

ESTRECHEZ URETRAL, ADENOMA DE PROSTATA, DIVERTICULO VESICAL Y PAPILOMA INTRADIVERTICULAR

Por el Dr. RAUL A. RUBI

En el año en curso, se presenta un enfermo con un cuadro de manifiesta disuria total y hematuria.

Es el señor O. F. de 61 años de edad, argentino, casado, jubilado y cuyos antecedentes hereditarios y familiares no tienen nada digno de mención; y entre los antecedentes personales, cabe destacar que es un gran fumador, que ha padecido las enfermedades comunes de la infancia y adolescencia, y que niega venéreas.

Comienza su enfermedad actual, cinco años atrás, en que le fueron cauterizados "pólipos vesicales", quedando sin trastornos aparentes, hasta hace dos meses, en donde comienza con disuria franca, chorro fino y débil, goteo post-miccional y polaquiuria diurna y nocturna (3 ó 4 veces por noche).

Es un paciente con buen estado general, y de su exámen clínico global, obtenemos que presenta una dilatación aórtica y sobrecarga ventricular izquierda, comprobada clínica, electrocardiográfica y radioscópicamente, por lo que es medicado. El resto del examen general es negativo.

En lo que respecta al aparato urinario, está con orinas turbias, uretra permeable su tercio anterior, presentando en el posterior, una serie de anillos, que forman un verdadero tubo filiforme. El resto de genitales sin particularidades. Fosas lumbares libres e indoloras, así como los puntos ureterales.

Al tacto rectal muestra un esfínter tónico, ampolla libre, una próstata aumentada de tamaño, lisa móvil, blanda, con la forma conservada. La palpación bimanual no agrega más datos positivos.

Es tratado en el consultorio externo de la sala, consiguiéndose pasar después de varias sesiones, un beniqué calibre 36, pero en ese momento, apremiados por la hematuria, se le realiza una panendoscopia, con el panendoscopio infantil, que nos mostró una marcada congestión de uretra posterior, un cuello hipertrófico e hipoquinético y la proximidad de dos lóbulos prostáticos en la luz uretral, no pudiéndose certificar el origen de la hematuria. Continúa con la dilatación, llegándose a pasar un beniqué 55, realizándose en ese momento una cistoscopia, que transcribimos a continuación "Uretra libre, calibre 24, hay que bascular mucho el pabellón del cistoscopio para poder introducirlo, orina limpia, buena capacidad (300 cc.) cuello hipertófico, congestivo, meatos bien, ayeculaciones claras, mucosa trabeculada y en la cara posteroinferior izquierda y por encima del meato, orificio diverticular, de cuya luz brotan masas polipoides".

Los exámenes de laboratorio son normales en su totalidad.

Radiológicamente, la simple es negativa para imágenes calcúlosas, algunos picos de espondiloartrosis. La urografía muestra buena eliminación y concentración bilateral, sin alteraciones pielocaliciales. El cistograma tenue, muestra un cuello sobreelevado.



Figura 1

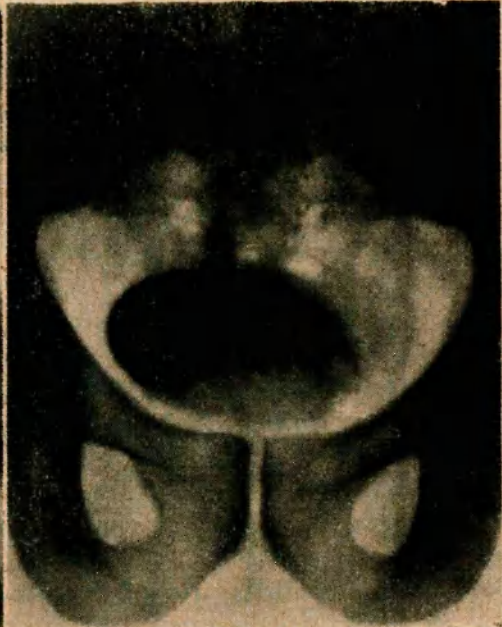


Figura 2

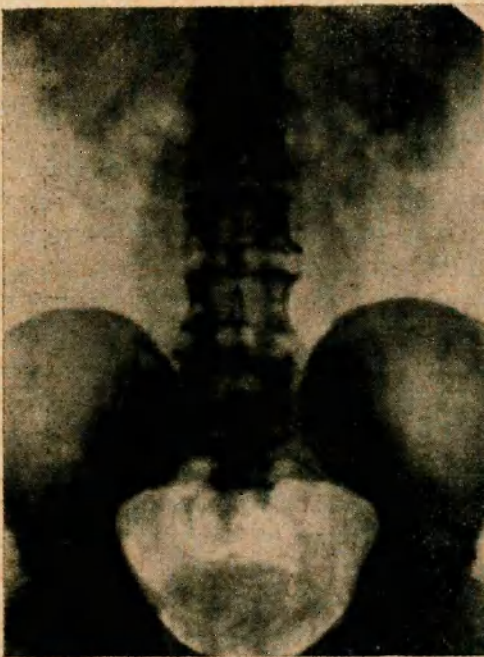


Figura 3

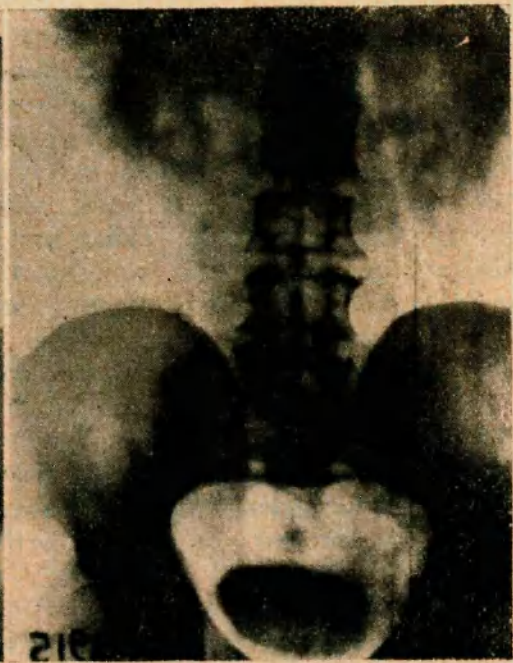


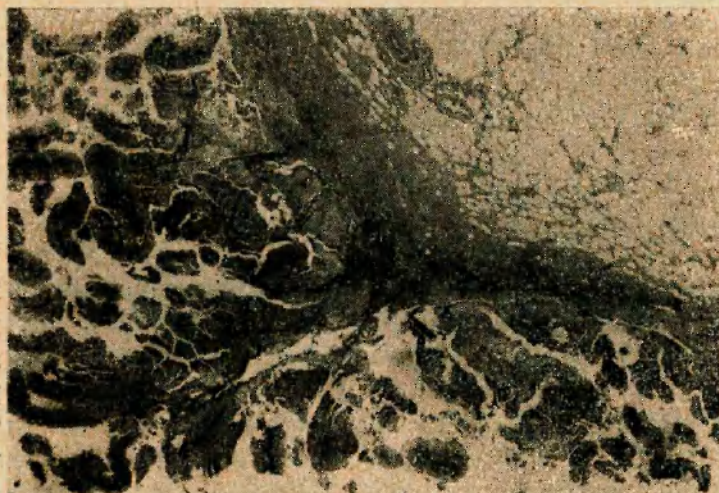
Figura 4

Eliminado el primer factor obstructivo, la estrechez, el paciente se interna con el objeto de proceder a su intervención quirúrgica.

Historia clínica N° 11081; cuyo parte operatorio que describimos a continuación "Anestesia peridural sin catéter con xilocaína con epinefrina al 2 %, Dr. F. Kleiman. Cirujano: Dr. R. A. Rubí (h).

Ayudante: Dr. N. Goren y Dr. E. Garzón

Incisión mediana suprapúbica, previa talla y exploración vesical, se descubre el orificio de entrada a un divertículo, situado en la cara postero-inferior izquierdo de vejiga y por encima del meato, haciendo proscindencia de su luz una masa de aspecto neoplásico. El cuello vesical, saliente, congestivo y deformado por un adenooma de próstata. Se realiza el abordaje del divertículo por vía extravesical con cierta facilidad excepto en su fondo que se encontraba



Aumento 15 x muestra el papiloma, una delgada pared conjuntivo-muscular y tejido adiposo.

adherido a los planos vecinos por tejidos más o menos escleroso. Se procede a realizar la ectomía por la misma vía de abordaje, cerrando la brecha vesical en dos planos, un primero mucoso con catgut simple y en segundo con catgut cromado, con puntos separados.

A continuación se efectúa la adenomectomía que se completa con una cervicotomía posterior colocándose puntos hemostáticos en el cuello.

Se deja una sonda Foley N° 22 balón 30 cc. en la celda y constatada la buena hemostasia se cierra la pared vesical con catgut cromado en puntos separados, dejando un tubo de Marion. Se drena con una sonda el espacio látero-vesical cierre de la pared a dos planos, piel con lino. Vasectomía bilateral.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin particularidades, retirándose el tubo de Marion el cuarto día y la sonda uretral al décimo.

El informe anatómopatológico de la pieza, se lo debemos a una gentileza del Prof. Dr. Julio C. Lascano González, que dice: "Trabajo N° 10.818 - Inclusión N° 11.338.

Examen macroscópico: el material quirúrgico que se estudia comprende tres lobulaciones prostáticas de forma irregular y la pared de un divertículo

de la vejiga; las primeras están constituídas por un tejido compacto, de consistencia firme, encapsulada y de superficie abollada por el relieve de nódulos sub-yacentes; cuando se seccionan se encuentran nódulos compactos y esponjosos irregularmente distribuidos tal como sucede en las hipertofías nodulares adenomiosomas.

La pared del divertículo vesical es delgada, está recubierta exteriormente por una gruesa capa de tejido adiposo y en su cara interna se observa una proliferación tumoral vegetante de tipo papilomatoso.

Examen microscópico: se incluyen en parafina secciones de los diferentes lóbulos prostáticos y del divertículo vesical y se hacen cortes que se colorean con hemalumbre de Mayer y eosina.

Los preparados de la próstata muestran los caracteres comunes en todas las hipertofías adenomiosomas y no se observan signos de transformación blastomatosas.

La pared del divertículo es de estructura fibromuscular y muy delgada; en cuando a la proliferación tumoral de su cara interna histológicamente es un papiloma paramalpighiano extendido en superficie pero sin penetración ni caracteres atípicos.

Diagnóstico: Hipertrofia nodular adenomiosoma de la próstata y divertículo de vejiga con un papiloma paramalpighiano sin caracteres histológicos atípicos.

Hemos creído interesante hacer breves comentarios sobre esta cuádruple asociación de afecciones urológicas, la estrechez uretral, el adenoma de próstata, el divertículo y la neoformación intradiverticular, de observación no muy frecuente.

Destacamos la importancia del factor éstasis urinario, estrechez y adenoma, como determinantes de la aparición del divertículo, y el factor carcinogénico de la orina en los obstruidos urinarios, como ya lo indicaran Trabucco y Borzone; factores que actúan en forma ideal en el caso del divertículo, explicándose así la frecuencia de su asociación con la neoformaciones, que en este caso, felizmente no llegó a la degeneración.