

## CUERPO EXTRAÑO EN UN ADENOMA DE PROSTATA

Dres. ROBERTO J. BARISIO \*, JOSE M. DE MARCO y JUAN C. RADICE

Hemos decidido presentar este caso, de un proyectil de arma de fuego, localizado en adenoma de próstata, no sólo como contribución casuística, sino también para destacar lo siguiente:

- 1) Su rareza, ya que no hemos hallado precedente en la bibliografía nacional e internacional que hemos consultado.
- 2) Las características histopatológicas de la glándula, entre las que se destacan la metaplasia epitelial de la zona en contacto con el proyectil.

Pasamos a relatar el caso:

*Historia clínica N° 3311.* — B. B., 63 años, italiano. Ingresó: 27/7/67. Egresó: 20/9/67.

*Enfermedad actual:* El paciente fue internado en el Servicio de Urología por presentar disuria, de dos meses de evolución, que fue intensificándose paulatinamente.

*Antecedentes personales:* Sólo destacamos los de importancia. El paciente refiere que el 26 de mayo de 1967, en el hospital de la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires, fue intervenido quirúrgicamente como consecuencia de una herida de bala con orificio de entrada en el flanco izquierdo, de dirección oblicua, de arriba hacia abajo y fuera adentro. Se le efectuó una resección interna de 0,80 cms., no encontrándose el proyectil. En el postoperatorio inmediato sufrió una retención aguda completa de orina, por lo cual debió permanecer con sonda uretral durante diez días. Posteriormente, no pudo orinar como lo hacía hasta entonces, debiendo realizar esfuerzo para evacuar la vejiga, con disminución de la proyección del chorro de orina.

*Estado actual:* El examen clínico general: nada de particular; sólo existe la cicatriz paramediana izquierda de la operación anterior y la herida de la bala.

*Examen urológico:* Los riñones no se palpan. Puntos ureterales indoloros. Genitales externos: Normales.

Uretra: Calibre normal.

Vejiga: La palpación profunda y bimanual no ofrecen particularidad alguna.

Cistoscopia: Buena capacidad vesical. El cuello, que ha perdido en parte su elasticidad, presenta la forma de un ángulo diedro, con dos lóbulos laterales que hacen prociencia en la luz. La mucosa vesical es de aspecto congestivo.

Los meatos ureterales, bien implantados, eyaculan normalmente.

Tacto rectal: Próstata aumentada de tamaño con dos lóbulos laterales; surco medio conservado; consistencia elástica, bien delimitada sin adherencias a los planos vecinos.

Estudio radiológico: La Rx simple y el urograma excretor revelan una imagen de condensación semejante a la de una bala, proyectado a un través de dedo sobre la sínfisis del pubis, y a uno y medio, a la derecha de la misma.

Exámenes de laboratorio: G. R. 3.900.000 por mm<sup>3</sup>. G. B. 6.000 por mm<sup>3</sup>. Hematocrito: 36 %. Glucemia: 0,90 gr. por litro. Uremia: 0,35 gr. 0/00. Eritrosedimentación: 1ª hora: 46 mm. 2ª hora: 78 mm. Índice de Katz: 42,5. Ori-

na: Amarilla, ligeramente turbia, ácida. Densidad: 1026. Contiene leucocitos, algunas células epiteliales y uratos amorfos. i

*Informe quirúrgico.*

8/8/67. Anestesia peridural. Incisión mediana infraumbilical. Fueron explorados el Retzius y los espacios laterovesicales. Abierta la vejiga, se efectuó la adenomectomía según técnica de Freyer. Fueron extraídos dos lóbulos adenomatosos del tamaño de una nuez que nada presentaban de particular. Se dejó tapón de gasa hemostático en la loge. Drenaje del Retzius. Sonda Pezzer hipogástrica. Vasectomía bilateral.

El post-operatorio se desarrolló normalmente.

*Anatomía patológica.*

Entrada 12729 y 12665.

El material recibido corresponde a una próstata, formación esférica de 5 cm. de diámetro, de consistencia acartonada, de superficie externa regular, lisa, con finas demarcaciones de aspecto alveolar. Al corte se reconoce en la parte interna, un elemento duro, que aislado resulta ser, el plomo de una bala. La superficie del corte de la próstata presenta dibujos de alvéolos limitados por zonas blanquecinas y se observa una cavidad de 5 mm. de diámetro. El plomo aislado de 13 mm. de largo, y 6 mm. de ancho en su porción mayor; el plomo presenta en su parte superior bandeletas transversales.

*Microscopía.*

Se registran formaciones glandulares atróficas con epitelio cúbico, de protoplasma finamente vacuolado con núcleos redondos basales, algunos picnóticos, en zonas de hiperplasia con escaso estroma intersticial y glándulas dilatadas quísticas de contenido albuminoide en su luz. En contacto con la bala, se registran glándulas en que el epitelio ha sufrido una atrofia con un contenido albuminoideo en su luz y zonas de metaplasia epitelial tipo de transición polimorfo estratificado con carácter típico (Fotm. N° 1 y 2) que en algunos campos se presenta aplanado (Fig. 3) dando formaciones quísticas; en su luz contenido albuminoideo con restos nucleares y circunscriptos por un denso infiltrado linfoplasmocitario con reacción histioide.

En contacto directo con la bala se presentan las glándulas que sufren una transformación del epitelio en polimorfo estratificado. En algunas zonas este epitelio se presenta intensamente hipertrofiado y en estado irritativo.

*Comentario final.*

Las heridas y cuerpos extraños de la glándula prostática se hallan en su mayor frecuencia en épocas de guerra, tratándose siempre de gente joven, que por razones de edad, por lo general no presentan adenoma.



FIGURA 1

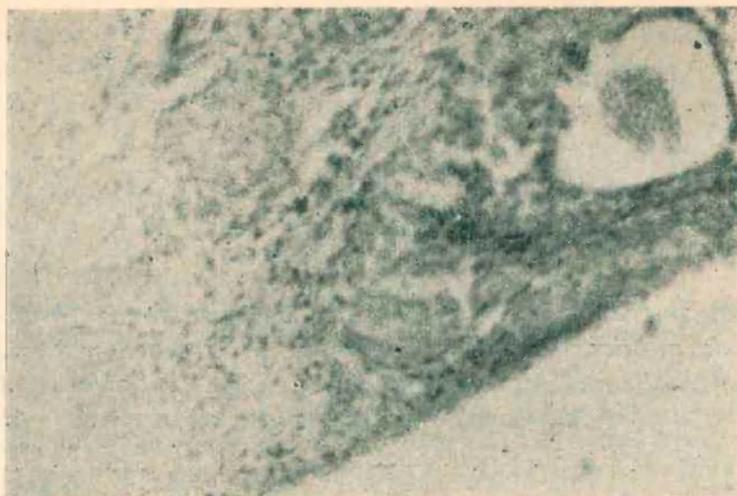


FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4