

El tratamiento activo de las lesiones varía según la extensión de las mismas y el criterio de cirujano, estableciéndose las siguientes (variantes: a) irradiación con radium y disección de los ganglios inguinales cuando están afectados, b) amputación parcial del pene con disección de los ganglios linfáticos inguinales o sin ella, c) falectomía y linfadenectomía, d) emasculación completa y linfadenectomía y e) combinación de cirugía y radioterapia.

El pronóstico lo determinará la premura con que se actúe a pesar de la accesibilidad de la lesión.

CONCLUSION

Presentamos un paciente con epiteloma de pene sobre eritroplasia de Queyrat tratado con radioterapia. La misma permitió comprobar la remisión de las lesiones. Cabe destacar que el enfermo se negó a que se le realizara tratamiento quirúrgico, indicación precisa por la naturaleza y extensión de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Degos R.*: *Dermatology*, pág. 1116, 1953.
- 2) *Pillsbury, D. M.*: *Dermatology*, pág. 1163, 1964.
- 3) *Gay Prieto J.*: Eritroplasia de Queyrat. *Dermatología*, pág. 722, 1957.
- 4) *Richon*: La Maladie De Bowen des muqueuses. *Ann. Derm. et Sufhil*, 1952.
- 5) *Quiroga Marcial*: Contribución al estudio de la enfermedad de Bowen de las mucosas. *Rev. Arg. Derm.*, XX, 1936.
- 6) *Civatte*: *Nouvelle pratique Dermatologique*, pág. 636, 1936.
- 7) *Beury y Jeandilier*: *Eney Iopédie Medico-Chirurgicale. Dermatologie. Maladie de Bowen Muqueuse*, 12755, C10, pág. 2.
- 8) *Iacapraro, Gorodner y Hogman*: Balanitis xerotica obliterante. Nuevo factor etiológico. *Rev. Arg. Urol.*, V, XXV, 1959.
- 9) *Darier*: *Compendio de Dermatología*, pág. 119, 1928.
- 10) *Lowsley y Kirwinn*: *Clínica Urológica*, pág. 296. Eritroplasia de Queyrat.
- 11) *Campbell*: *Urology*, pág. 605, 1954.
- 12) *Saubidet J. A., Castria M. A. y Col.*: *Rev. Arg. Urol.*, XXXVI, pág. 219, 1967. Eritroplasia de Queyrat.

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 41 - Año 1972

PROSTATITIS GRANULOMATOSA

Por los Dres. CARLOS SCORTICATI, JOSE LUIS SGROSSO y NATALIO GUMAN

La prostatitis granulomatosa es una entidad nosológica incluida en el gran grupo de enfermedades reaccionales y por autoagresión, cuyo hallazgo en progresivo aumento es debido al mejor conocimiento que de ella tienen los patólogos y urólogos.

Diferenciada netamente del resto de las prostatitis crónicas granulomatosas específicas (tuberculosa, luética y micótica), fue conocido en 1943 gracias a una publicación de Tanner y Mc Donald (11). Más recientemente Kelalis y colaboradores (7), y Elizalde y Matz (6) realizan una minuciosa revisión del tema aportando una importante casuística. Definida como el

proceso granulomatoso no específico de la próstata, su frecuencia oscila entre el 0,33 % y el 2,3 % de las afecciones prostáticas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Generalmente se diferencian dos tipos de prostatitis granulomatosa:

A) Prostatitis granulomatosa no específica propiamente dicha (Tanner y Mc Donal (11).

B) Prostatitis granulomatosa eosinófila (Stewart y Wray (10).

Macroscopía: Ambos tipos son similares. Es una próstata dura en focos o difusamente. A veces impresiona como carcinoma debido a la dureza pétreo que presenta. Al corte se observan nódulos amarillo-pálidos que corresponden a los granulomas. La coexistencia con fibroadenomatosis es común.

Microscopía: Es diferente para ambos tipos de prostatitis granulomatosa.

a) Prostatitis granulomatosa no específica:

Es un granuloma constituido por histiocitos de aspecto epiteliode, células gigantes multinucleadas de citoplasma vacuolado con fragmentos de material hialino y nuclear fagocitados. Esta estructura es tanto periglandular como intraacinoso e intraductal. Dourov y Sauvage (5) hacen notar que los histiocitos intraductales se evidencian en el frotis de secreción prostática obtenida por masaje, dato probablemente útil en el diagnóstico.

b) Prostatitis granulomatosa eosinófila:

Admite dos subtipos:

1) Granuloma eosinófilo, que presenta necrosis fibrinoide, histiocitos, fibroblastos y células gigantes con infiltración eosinófila periférica.

2) Prostatitis granulomatosa con infiltración eosinófila, que muestra un granuloma con intensa infiltración de eosinófilos principalmente en el estroma.

ETIOPATOGENIA:

Ambos tipos de prostatitis granulomatosa se diferencian en cuanto a su etiopatogenia.

A) Prostatitis granulomatosa no específica:

Se interpreta como una reacción tisular a cuerpo extraño por obstrucción, estenosis y alteración del epitelio de los conductos glandulares con salida de material (secreción prostática, cuerpos amiláceos), al intersticio y participación de infección sobreagregada. Posteriormente sobrevendría la sustitución del tejido granulomatoso por fibrosis.

B) Prostatitis granulomatosa eosinófila:

Sería una manifestación alérgica localizada que puede acompañarse de un cuadro general también alérgico (asma, manifestaciones cutáneas, etc.). Dicho mecanismo inmunitario se prueba por la presencia de eosinófilos.

Lo que es evidente es que la prostatitis granulomatosa en cualquiera de sus dos formas necesita de un terreno inmunitario apropiado para desarrollarse.

SINTOMATOLOGÍA:

Es inespecífica. Puede comenzar con disuria y polaquiuria, a veces fiebre y piuria, habiendo sido descriptos la retención urinaria aguda (uno de los casos que presentamos hizo esta complicación) y la hematuria.

Los antecedentes asmáticos y alérgicos, en general, deben ser tenidos en cuenta.

Destacamos que nuestros dos pacientes eran asmáticos.

ELECTROBISTURI

de Muy Alta
Potencia

Modelo I-16



- Potencia real de salida adecuada a las más exigentes técnicas quirúrgicas
 - Alto rendimiento en intervenciones urológicas bajo líquidos
 - Circuito de corte mediante válvulas alimentadas por onda plena mediante silicones de estado sólido
 - Circuito de coagulación a chisperos de muy alta potencia provistos de compensador térmico para operaciones de larga duración
 - Circuito de alimentación para endoscopia hasta 6 volts, regulado cada 0,5 volt
 - Triple pedal para uso individual o simultáneo de ambos circuitos especiales
- Solicite información técnica y demostraciones a nuestra red de distribuidores en todo el país

WEROS S.A.

FRAY J. SARMIENTO 741 T.E. 795-0871/6733 FLORIDA

ELECTROBISTURI - ELECTROCOAGULADOR - GENERADOR DE ONDAS CORTAS -
ELECTROSHOCK - REACTIVADOR ELECTRONICO - INCUBADORA PARA PREMATUROS

DIAGNÓSTICO:

El tacto rectal no nos da datos de gran importancia con respecto a esta enfermedad. Produce cambios en la forma, tamaño y consistencia de la glándula que se confunden con neoplasias e infecciones crónicas de la misma.

Sin embargo, un síndrome disúrico, de instalación aguda, siempre nos hace pensar en un componente inflamatorio infeccioso, cualquiera sea la patología subyacente; frecuentemente la disuria es dolorosa con orinas limpias, y el tacto rectal dificultoso por la gran sensibilidad, suele reconocer un franco aumento en la consistencia de la glándula. Es difícil apreciar otras características semiológicas por la resistencia del paciente al examen. Este cuadro agudo, remite parcial o totalmente con tratamiento médico, tal como ocurriera con uno de nuestros pacientes, y las diferencias semiológicas de la palpación prostática son tan evidentes que hacen dudar sobre el posible diagnóstico inicial de carcinoma.

En los casos de duda, la biopsia por punción puede aclarar el panorama y aporta el diagnóstico exacto de esta entidad.

El recuento de leucocitos y de eosinófilos es muy variable y no nos suministran datos de gran utilidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Es difícil por carecer de cuadro clínico característico. Debe hacerse con las prostatitis específicas (luética, micótica y tuberculosa) y por supuesto con el carcinoma.

El diagnóstico final lo hace la biopsia, ya sea por punción u operatoria.

TRATAMIENTO:

Debe ser siempre médico inicialmente. Muchos casos evolucionan catalogados como prostatitis inespecíficas o congestiones pelvianas, pues las características del tacto no justifican recurrir a la biopsia diagnóstica.

Otras veces, y por ser muy frecuente la instalación de esta entidad sobre patología prostática preexistente (adenoma, prostatitis, litiasis, etc.), es el estudio de la pieza quirúrgica el que da el diagnóstico definitivo. En nuestros dos casos la prostatitis granulomatosa coexistía con fibroadenomatosis de la glándula.

CASUÍSTICA:

Presentamos dos casos de prostatitis granulomatosa que observamos:

1) C.E.: 56 años. 26-1-70. Asmático. Consulta por padecimientos prostáticos de 5 años de evolución. Litiasis renal operada en 1947. Litiasis ureteral en 1956 con eliminación espontánea. Examen: orinas claras, próstata normal, uretra permeable. Urograma: litiasis prostática. Tratamiento médico. 26-2-70: Chorro débil, sin residuo. 9-4-70: Disuria por prostatitis. Cistoscopia: ligera formación adenomatosa de cuello a predominio del lóbulo medio. Mejora notablemente con tratamiento médico. 27-7-70: Polaquiuria intensa y ardor miccional, orinas turbias. Tacto: próstata adenomatosa. 3-10-70: Operación: adenomectomía tranvesical. Buena evolución postoperatoria.

A. patológica:

Macroscopía: Se remite masa de 6x4 cm de superficie irregular, que al corte muestra tejido prostático de color amarillento con áreas nodulares blanquecinas y otras de un tinto amarillento más intenso.

Microscopía: Las diferentes secciones muestran tejido prostático constituido por áreas nodulares de glándulas revestidas por un epitelio hiperplásico estratificado.

Otros grupos de acinos glandulares presentan su luz dilatada y llena de polinucleares que en zonas rompen el epitelio y penetran en el estroma constituyendo un granuloma con focos de necrosis, mononucleares (con plasmocitos), polinucleares, células xantomizadas y en algunas áreas, células gigantes de tipo cuerpo extraño o Langhans.

Diagnóstico: Fibroadenomatosis de próstata. Prostatitis granulomatosa inespecífica.

2) L.M.: 77 años. 29-1-70: Bronquitis asmátiforme de 6 meses de evolución. Hipertiroideo. Consulta por retención urinaria aguda. Tacto: ligero adenoma de próstata. 8-6-70: Operación: Adenomectomía retropúbica (Millin). Buena evolución postoperatoria.

A. patológica:

Macroscopía: Se remite formación irregular de 6 x 4 cm, de forma ovoide, de color amarillento, que al corte muestra áreas nodulares blanquecinas y otras de dilatación quística; hay pequeñas zonas nodulares de 0,5 a 1 cm de color amarillento.

Microscopía: Las diferentes secciones muestran tejido prostático con áreas nodulares constituidas por la proliferación de acinos glandulares revestidos por un epitelio hiperplásico y zonas de involución quística y glandular en un estroma fibromuscular proliferado. Además presenta el tejido prostático áreas nodulares granulomatosas con zonas centrales de necrosis rodeadas por un exudado de mononucleares (linfoplasmocitosis), macrófagos cargados de grasa, polinucleares, algunos eosinófilos, a su vez rodeados por tejido fibroso con vasos de neoformación. En algunos nódulos hay células gigantes de cuerpo extraño o Langhans.

Diagnóstico: Fibroadenomatosis de próstata. Prostatitis granulomatosa inespecífica.

CONCLUSIONES:

La oportunidad de asistir casi concomitantemente dos pacientes afectados de prostatitis granulomatosa, entidad no común, nos llevó al interés de comunicarlos efectuando a la vez una revisión bibliográfica del tema.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Aboullter P., Roujean J., Chome J. y Rogemont Cl.*: La prostatite granulomateuse non spécifique. *Presse Méd.*, 69:1392-1394 (1961).
- 2) *Buddington W. T.*: Granulomatous prostatitis. *J. Urol.*, 84:147-150 (1960).
- 3) *Chome J.*: Un diagnostic différentiel de la tuberculose prostatique: la prostatite granulomateuse. 52^e Congrès Français d'Urologie, Paris (1958).
- 4) *Delaney, W. E., Burros H. M. y Bhisitkul T.*: Eosinophilic granulomatous prostatitis simulating carcinoma. *J. Urol.*, 87:169-173 (1962).
- 5) *Dourov N., y Sauvage R.*: Prostatite granulomateuse. A propos d'un cas de prostatite chronique histiocytaire etbgiganto-cellulaire résorpetive. *Acta Urol. Belg.*, 35:412-419 (1967).
- 6) *Elizalde C., y Matz S. A.*: Granulomas no específicos del aparato urinario. Prostatitis granulomatosa. *An. de la Fund. Puigvert*, 1:15-30 (1971).
- 7) *Kelalis P. P., Greene L. P., y Harrison E. G.*: Granulomatous prostatitis. *J.A.M.A.*, 191:850-859 (1965).
- 8) *Kelalis P. P., y Moghaddan A.*: Prostatite grenulomateuse simulant le cancer de la prostate. *J. d'Urol. Neph.*, 73:701-705 (1967).