

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del  
Hospital Alvear; Prof.: JUAN SALLERAS

Por el Doctor

CONSTANTE COMOTTO

## CANCER DE LA PROSTATA PROPAGADO A RAMA ISQUIOPUBIANA

EL enfermo que motiva nuestra comunicación, nos ha sido enviado con una retención aguda de orina desde un Servicio de clínica médica donde estaba internado con diagnóstico de osteosarcoma de rama isquiopubiana. Nos refería el enfermo, que desde principios del año pasado experimenta molestias en sus micciones, traducidas por disuria inicial y polaquiuria discreta, sin que llegara a darle importancia, preocupado por el dolor continuo y creciente en la región inguinal y pubiana izquierdas, que le dificultaba cada vez más la marcha, hasta que decide internarse, pero sin acusar sus trastornos vesicales, que precedieron muy poco tiempo a la sintomatología dolorosa. La retención aguda de orina completa, obliga a consultarnos revelándonos el diagnóstico el examen urológico que pasamos brevemente a describir.

### HISTORIA CLÍNICA

Nº 1840. J. F. Casado. Italiano. Agricultor. Ingresó el 19 de febrero de 1935.

*Antecedentes familiares.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Niega venéreas. Inicia vida sexual a los 24 años, al casarse. No hubo abortos. Cuatro hijos sanos.

*Enfermedad actual.* — Desde principios del año pasado, disuria inicial y polaquiuria, que fueron acentuándose lentamente hasta llegar a la retención completa de orina, que se establece desde hace unas 36 horas. Refiere que sus dolores de la región inguinal izquierda y muslo se iniciaron poco después del comienzo de sus molestias vesicales.

*Estado actual.* — Inspección: El pliegue inguinal izquierdo desaparecido, existiendo un abombamiento discreto de la región en el muslo del mismo lado y pierna, aumentados de volumen. Palpación: Dolorosa en el hipogastrio, donde se palpa un globo vesical hasta tres traveses de dedos por encima del pubis; dolor acentuado en pubis y rama horizontal izquierda, que se palpa irregular y engrosada: varios ganglios medianos adheridos a los planos profundos en región inguinal.

*Tacto rectal.* — El dedo choca contra una masa de forma irregular, de límites mal definidos, sobre todo hacia arriba y hacia la pared pélvica del lado izquierdo, con la que parece continuar, de consistencia leñosa, alternando con zonas más blandas, y dolorosa en algunos puntos más que en otros. La mucosa rectal, desliza bien sobre la masa subyacente. Signo de Chevassu positivo. El conjunto tumoral no es nada movilizable.

*Uretra.* — Desviada y alargada la porción posterior.

*Vejiga.* — Se evacuan 200 centímetros cúbicos de orina turbia con intenso olor amoniacal; se deja la sonda para evacuar vejiga gota a gota.

*Cistoscopia.* — Evacuada vejiga en dos días, se hace cistoscopia y se constata: Capacidad: 120 c. c. Mucosa enrojecida, sin brillo, con red vascular casi invisible. Numerosas columnas y celdas medianas. Trígono convexo, irregular, con edema inflamatorio que alcanza la región ureteral. Meatos ureterales eyaculando bien sin particularidades. Cuello vesical deformado por mamelones gruesos sobre todo el borde inferior e izquierdo.

*Examen radiográfico.* — 1º, Radiografía simple, efectuada hace 5 meses (23-IX-34). Pubis izquierdo deformado en cuerpo y ramas sobre todo en bordes internos, que se presentan irregulares, invadiendo el agujero obturador, cuyo diámetro reducen considerablemente; 2º, Uretrocistografía (28-II-1935): Imagen vesical de bordes y forma irregular, lateralizada en conjunto hacia la derecha y netamente separada en toda su base del pubis y sus ramas horizontales. La uretra prostática se presenta irregular y alargada. El agujero obturador casi desaparecido, reducido a una hendidura vertical, invadido por la masa neoformada del pubis, del isquion y de sus ramas, cuyos bordes se hacen irregulares y borrosos: es notable el avance de la neoformación ósea comparando la radiografía de hace cinco meses. En el lado derecho también se nota una disminución del agujero obturador y un mayor engrosamiento de los bordes de las ramas isquiopubianas.

*Evolución.* — El enfermo queda con sonda permanente pues no ha vuelto a recuperar su micción espontánea. Una biopsia practicada sobre un ganglio inguinal, sólo revela elementos de reacción inflamatoria. La Wasserman y la Kahn son negativas. Se establece tratamiento antiespecífico de prueba sin que un mes después hubiera dado resultados apreciables. Los dolores de la pierna izquierda permanecen estacionarios. Pérdida de quince kilos en los últimos 4 meses. El enfermo decide abandonar el Servicio con la indicación de volver periódicamente para vigilar la evolución.

CONCLUSIONES:

El tacto rectal revelándonos la presencia de un bloque durísimo, irregular, de bordes difusos, bien fijo, continuándose por un lado con la pared pélvica, prolongándose hacia arriba; con signos de Chevassu positivos; no influenciado por el tratamiento de prueba; la pérdida de 15 kilos de peso en pocos meses; la coexistencia de una neoplasia ósea de cuya evolución progresiva nos ilustran las radiografías, nos llevan a sentar el diagnóstico clínico de *epitelioma de la próstata* con propagación a rama isquiopubiana, basándonos para esto último en la predilección que presentan los cánceres de próstata para propagarse a los huesos sobre todo a los de mucho tejido esponjoso como los huesos cortos y los planos, ya en la variedad osteoclástica o ya osteoplástica como nuestro caso, en el cual quizás deba aceptarse una invasión directa dada la adyacencia de los órganos atacados y la continuidad que el tacto rectal, permite apreciar entre ellos.

Un interés casuístico nos ha llevado a presentar nuestro caso que consideramos muy poco frecuente. Recalcando de paso el interés clínico que existe en recomendar el tacto de próstata en todo caso de tumor de huesos.

---