

NUEVA DENOMINACION DE LAS PROSTATITIS, VESICULITIS Y URETRITIS: "URETROPROSTATOVESICULITIS" (U. P. V.)

Dr. Otamendi, Belisario*

Historia

Descrita hace dos siglos de manera vaga e imprecisa por J. L. Petit y Desant y hace un siglo por Boyer, Douglas y Beguin, que la describieron como una entidad nosológica y a la cual Lallemand a fines del siglo pasado le dio el nombre de foliculitis, y que más tarde Guyón y Serra hicieron una buena descripción clínica. Podemos así pasar a este siglo donde, en 1907, Oraison hace un estudio exhaustivo y se profundiza en la patogenia y el tratamiento de esta patología.

A partir de entonces y hasta nuestros días ha sido la causa de numerosas publicaciones y trabajos que sería casi imposible detallarlos por separado, y así llegamos a Lowley y Kirvin que opinan que se trata de una enfermedad muy frecuente, que raramente se presenta en forma aislada, coexistiendo con procesos de las vesículas seminales y de la uretra posterior.

En base a esto se me ocurrió la idea de estudiarlas y tratarlas bajo una sola denominación: *uretropolitovvesiculitis*, conjugada en una sigla: U. P. V.

De esta manera evitaremos describir estos procesos en capítulos por separado ya sean de causas:

- a) prostáticas;
- b) de las vesículas seminales;
- c) de la uretra posterior.

Juntamos así a las tres entidades nosológicas en una sola, las cuales tienen una sintomatología muy similar, que variará de acuerdo con la intensidad de la agresión y que hará modificar su evolución en los U. P. V. agudas o las U. P. V. crónicas.

Etiopatogenia

Las dividiremos por sus agentes causales en:

A) Bactericas

Pueden ser específicas o inespecíficas, agudas o crónicas.

- 1) *Bacterianas específicas: gonococos*, los cuales han aumentado actualmente su porcentaje de frecuencia.
Brucelósicas y tuberculosas, ambas muy raras.
- 2) *Bacterianas inespecíficas*, producidas por microorganismos grampositivos o gramnegativos.
Grampositivos: Estafilococos albus, los estreptococos alfa hemolíticos, los estreptococos fecalis y los difteroides.
Gramnegativos: Escherichia coli, proteus, Klebsiella, las Pseudomonas y las Gardnerella haemophilus.

B) Hongos

Candida albicans, coccidioides immitis, el paracoccidioides brasiliensis y el histoplasma capsulatum constituyen agentes productores de micosis profundas, sistémicas, que excepcionalmente suelen colonizar en la glándula prostática, produciendo cuadros subagudos o crónicos.

C) Parasitarias

Las Trichomonas vaginales se han constituido en una enfermedad de transmisión sexual, de elevada frecuencia, debido al alto número de mujeres que padecen de infección vaginal.

D) Otros gérmenes

Los *microplasmas* son, en realidad, bacterias sin pared celular. Se cultivan en medios artificiales. Muy frecuentemente infectan las mucosas genitales.

Las *clamidias*. El principal problema de estos gérmenes reside en el diagnóstico, pues sólo se cultivan en células vivas en los que ocasionan inclusiones citoplasmáticas características. Podrían constituir las causas de las uretritis del síndrome de Reiter: poliartitis, conjuntivitis y uretritis.

E) Virus

La etiología viral de las U. P. V. constituye un tema aun en discusión. Aparece después de una infección de las vías aéreas superiores o de una enfermedad viral indefinida. Se encontró virus del herpes simple en secreciones prostáticas.

F) Alérgicas

Prostatitis granulomatosa. Se inicia como una enfermedad febril y por lo general se encuentra asociada con piuria. Su evolución es lenta, paulatinamente la glándula se endurece y al examen microscópico se observa una reacción granulomatosa.

El estroma se encuentra invadido por una intensa fibrosis, hallándose secreción prostática por extravasación de ácinos rotos.

La biopsia es importante para hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma prostático.

Prostatitis abacteriana o prostatosis

Simulan síntomas que hacen pensar que son prostatitis bacterianas crónicas, pero no aparecen gérmenes patógenos.

Manifiestan alguna queja de su aparato genitourinario, especialmente a los que describimos nerviosos y miccionales.

El tacto rectal es normal o con sensibilidad ligeramente aumentada, especialmente al tacto profundo, con ausencia al examen bacteriológico de gérmenes, aunque en algunos se encuentran gérmenes gramnegativos. La elevación a 10 púócitos por campo es una señal muy común.

Vías de infección

a) Vía uretral o ascendente

Es la más habitual. Primero se produce una uretritis posterior que luego toma la próstata y las vesículas seminales.

Es la llamada vía ascendente de Albarran.

b) Vía urinaria o descendente

Es producida por una infección urinaria que puede ser de origen renal (pielonefritis), de origen ureteral (ureteritis) o vesical (cistitis), que por reflujo de esta orina infectada hacia los conductos prostáticos produce la infección de la uretra posterior de la próstata y de las vesículas seminales.

c) Vía hemática

Es frecuente su presencia y se produce por traslado directo de los gérmenes desde infecciones focales: ántrax, anginas, forúnculos, etcétera.

Son verdaderas septicemias que se localizan en la próstata.

d) Vía linfática o por contigüidad

Por esta vía acceden a la glándula prostática bacterias que provienen de infecciones de órganos vecinos, tal como el caso de proctitis, diverticulitis sigmoidea.

e) Vía directa

Causadas por heridas accidentales, por iatrogenia quirúrgica o instrumentación uretral cruenta.

* Profesor Reg. Adjunto de la Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Sintomatología

a) *Escurrimiento uretral*

Los factores uretrales son la gota matinal o la secreción uretral persistente o piouretorrágica con marcada alteración psicopática del paciente, que lo lleva al cambio frecuente del médico tratante y a veces es causa de impotencia sexual, por perturbaciones psicológicas.

b) *Factores dolorosos*

Son bastante frecuentes y se caracterizan por su irradiación hacia la región perineal, que les impiden permanecer sentados en una misma posición durante cierto tiempo o dolores sacros y lumbares bajos que al pararse el paciente le impiden una marcha normal, con posiciones antálgicas, debido a contracciones musculares, que muchos interpretan como de índole reumática.

Existe otro dolor frecuente que se irradia desde la raíz del pene al glándula.

c) *Factores miccionales*

Pueden ser mínimos o nulos. En los casos positivos aparecen como un pequeño espasmo terminal, disuria, micciones imperiosas, polaquiuria, ardor miccional.

d) *Factores sexuales*

Se caracterizan en la *eyaculación* que puede ser dolorosa por hiperreflexia o presentar hemospermia.

La erección puede ser incompleta o completa debido a irritación permanente de la *masa* ganglionar del plexo hipogástrico, y no como se decía anteriormente, por la perturbación hormonal de la próstata o por verumontanitis.

Diagnóstico

Anamnesis

Debe ser sumamente minuciosa, puesto que cualquier patología orgánica por más dispar que parezca, o por la poca relación que podamos darle, puede ser la causal de la patología que nos preocupa.

Estudio clínico general

Debe ser realizado sobre todos los aparatos que componen el organismo: por ejemplo, el aparato digestivo, circulatorio, respiratorio, etc.

Aparato urogenital

Debe dividirse entre las afecciones congénitas y las adquiridas, muchas de las cuales ya se vislumbran en el interrogatorio.

El estudio de los *genitales externos*, pene, bolsas, testículos, epidídimos, síndromes cremasterianos, etc., son de suma importancia.

En los *genitales internos*, próstata y vesículas seminales completarán el estudio.

Estas dos últimas se deben de transcribir en la historia clínica informando sobre los distintos caracteres: forma, tamaño, consistencia, sensibilidad, límites y su relación con la mucosa rectal.

Esta información no se detalla bien, especialmente a lo que a sensibilidad se refiere, no realizándose con la presión necesaria, debido posiblemente al temor de producir una iatrogenia, dado que siempre se insiste en que el tacto prostático debe de ser suave para no tener complicaciones a posteriori, como orquitis, epididimitis, etc.

En realidad debemos decir, parafraseando aquel dicho: *ni tanto ni tan poco*, y que la presión del dedo tactante debe ser firme y si existe dolor disminuirla, alternando éste en distintas zonas de la glándula.

Exámenes de laboratorio

En todo paciente que se considere que pueda existir una patología de U. P. V. se deben pedir primeramente los exámenes de laboratorio de rutina, como ser, una orina completa, hemograma, eritrosedimentación, tiempo de protrombina, tiempo de coagulación y sangría, glucemia, azoemia.

Con esta base se iniciarán los distintos exámenes urológicos, pero predominará el estudio para la búsqueda de los microorganismos que han producido esta patología, que se efectuarán en la orina del primer chorro miccional, en la secreción emitida durante el masaje y en los diez primeros centímetros cúbicos de orina de la micción postacto rectal.

Estas serán recogidas en dos frascos perfectamente estériles, marcados con O. I. (orina inicial), y S. U. (secreción uretral emitida durante el masaje prostático), y otro con P. P. O. (primera porción de orina luego del masaje prostático).

Deberá previamente retraerse el prepucio y limpiar el meato uretral. A estos elementos, al llegar al laboratorio se les efectuará un examen bacteriológico en fresco, para detectar *Trichomonas*, o con coloraciones especiales, y se cultivarán buscando así los elementos patológicos y practicando un recuento de colonias.

Asimismo se aprovechará esta orina para un antibiograma.

Finalmente, cuando se sospeche una prostatitis micótica, los exámenes serológicos para detectar los hongos enumerados serán de utilidad.

Exploración endoscópica: uretroscopia (contraindicada en las U. P. V. agudas).

Se observa la coloración de la mucosa de la uretra posterior que variará del rojo suave al rojo intenso.

La observación del cuello vesical, comprobando la movilidad del músculo de Trabucco al descender a la orden miccional o al ascender al indicarle al paciente que interrumpa su micción, que estará alterado en los casos de la inflamación y su estado de esclerosis.

El verumontanum puede estar afectado por el proceso flogístico con edema y aumento de volumen.

La uretra posterior en los casos de esta afección se observa con un cierto grado de rigidez.

Exploración radiológica

En toda afección urogenital debe iniciarse todo estudio radiológico con una *radiografía simple del árbol urinario*, que difiere de la radiografía simple de abdomen por su extensión, la cual permite en la primera observar todo el pubis hasta 1 ó 2 cm de su borde inferior; en cambio, en la de abdomen se ve sólo hasta el borde superior del pubis, perdiendo el campo prostático.

Esta variación es de suma importancia y es responsabilidad del médico tratante, al no efectuar correctamente su indicación.

El urograma excretor es un estudio anatómico y funcional del cual debemos recoger el estado del árbol urinario alto, alterado en las esclerosis del cuello vesical o pielonefritis asociada.

Uretrocistografía retrógrada, también contraindicada en las U. P. V. agudas, sirve para estudiar la morfología de la uretra en toda su extensión, rigidez de la misma, existencias o no de estenosis, esclerosis del cuello vesical, cavernosis prostática, etc.

Uretrocistografía funcional o miccional. Estudia el funcionamiento de la vejiga, cuello y uretra durante la micción, marcando las anomalías. Ambas uretrocistografías no se excluyen, sino que se complementan.

Biopsia prostática. Finalmente la punción biopsia prostática resulta un procedimiento obligado en todos aquellos casos en que la consistencia de la glándula haga sospechar una patología tumoral. También resulta fundamental avalar el diagnóstico histopatológico de procesos crónicos, tales como la prostatitis granulomatosa, micosis prostáticas y aun prostatitis tuberculosas. Contraindicada la biopsia en procesos agudos.

Consideraciones

He querido *enfatizar* en este trabajo una *nueva denominación* de las tres patologías: prostatitis, vesiculitis, uretritis posterior, en una sola, la denominada *uretroprostatovesiculitis*, cuya sigla U. P. V. nos permite simplificar la denominación, en su transcripción, ya sea oral como escrita, agregando sólo a esta sigla la evolución de la misma, ya sea aguda o crónica.

Bibliografía

1. Backlock, N. J.: "Anatomical factors in prostatitis". Brit. J. Urol., 46, 47, 1947.
2. Brown, H. B.: "Granulomatous prostatitis". J. Urol., 105:549, 1971.
3. Chesley, A., y Dow, D.: "Use of trimetoprim in chronic prostatitis". Urology, 2:280, 1973.
4. Conner, G. W., y Drach, G.: "Genitourinary aspects of disseminated coccidiomycosis". J. Urol., 113:82, 1975.
5. Drach, G.: "Trimetoprim/Sulfamethoxazole therapy of bacterial prostatitis". J. Urol., 111:673, 1974.
6. Jameson, R. M.: "Sexual activity". Invest. Urol., 5:297, 1967.
7. Nielsen, M.: "Virological investigations in chronic prostatitis". J. Urol., 109:1023, 1973.
8. Weitzner, S.: "Coccidiomycosis". Southwest Med. J., 49:67, 1969.
9. Schmidt, J. D.: "Non specific granulomatosis prostatic". J. Urol., 94:607, 1965.
10. Tanner, F.: "Granulomatous prostatic". Arch. Patol., 36:358, 1943.
11. Morrisseau, P., y Phillips, C.: "Viral prostatitis". J. Urol., 103:767, 1970.

Rev. Arg. de Urología y Nefrología
Vol. 51 - Nº 1 - Año 1985

OTRO PROCEDIMIENTO PARA EL ABORDAJE SIMULTANEO DEL ADENOMA PROSTATICO Y HERNIA INGUINAL

Dr. Amuchástegui, Roberto M. - Dr. Agugliaro, José Pedro - Dr. Amuchástegui, Diego Martín - Dr. Partamian, Juan José

No es infrecuente la presencia simultánea de dos estados patológicos anatómicamente vecinos y con una vinculación etiopatogénica. Nos referimos al adenoma prostático y a la hernia inguinal intra o extrafunicular de acuerdo con la terminología de Corbellini. Lo que sí poco frecuente, es encontrar estas patologías junto con las condiciones requeridas para hacer el abordaje quirúrgico simultáneo.

Existen distintos criterios, ya sea en pro o en contra de esta conducta:

- Los que operan ambos casos reparando poco en el peligro que para la herniotomía y la herniorrafia significa la vecindad de un foco séptico presente o potencial.
- Los que se oponen a ultranza a la operación combinada, fundamentalmente por el riesgo de infección.
- Los que adoptan un criterio ecléctico, aceptado por muchos, y dentro del cual hemos realizado nuestra pequeña experiencia. Según el mismo, para que la operación simultánea sea aconsejable, se deben tener en cuenta ciertos factores y circunstancias.

Factores constitucionales

Todo individuo que presente laxitud musculotendinosa evidenciada por hábito asténico, visceropatías, presencia de hernias múltiples o la recidiva de hernias ya operadas, se aleja del caso ideal.

Factores morfológicos

La obesidad es un factor negativo, no sólo por la dificultad que en toda operación condiciona el exceso de tejido adiposo, sino también por la mayor propensión a los procesos inflamatorios del mismo, hecho que se magnifica cuando hay simultáneamente un ligero dismetabolismo glucídico como en los obesos de más de cuarenta años. Las hernias voluminosas, presumiblemente por deslizamiento, tampoco deben operarse.

Factores funcionales

En líneas generales, cuando la capacidad funcional de un órgano vital se reduce en 40 % se contraindica una doble operación. Con este criterio, un hígado precirrótico, un riñón insuficiente pero sin descompensación, un corazón fibrosado pero con reservas funcionales hemodinámicas suficientes para atender las exigencias de pequeños y medianos esfuerzos, nos permitirán afrontar una operación de adenoma prostático, pero nos plantearán un interrogante frente a dos intervenciones simultáneas, cuando la segunda, en este caso, la herniorrafia, puede significar 50 % de prolongación del tiempo operatorio.

Factores bacteriológicos

Quizá sean los más importantes, y en consecuencia deben ser tenidos muy en consideración. Son pocos los enfermos, especialmente en el medio hospitalario que, portadores de un adenoma de próstata, no hayan sido sondados si es que no son pacientes con una sonda a permanencia. Una y otra circunstancia es equivalente en la práctica a infección urinaria, que fácilmente puede propagarse a los tejidos vecinos, en nuestro caso los de una hernia recién reparada. Obviamente, cualquier proceso infectivo especialmente regional debe evaluarse detenidamente.

Después de lo dicho y resumiendo diremos que el caso ideal está dado por un paciente no muy añoso, con buena estructura muscular, con aceptable capacidad cardiopulmonar y hepatorenal, sin dismetabolismos, con orina estéril, con la piel de la zona sana, sin obesidad, y que presente una hernia pequeña o mediana.

Iniciamos nuestra experiencia con el propósito de tratar quirúrgicamente en un solo acto operatorio un adenoma de próstata y una hernia inguinal, abordando a ésta por dentro del recto anterior del abdomen y a través del espacio fibrocelular laterovesical y retropúbico (técnica de Henry). En aquel entonces no conocíamos la vía de abordaje de Mc Evedy que llega a la misma zona por fuera del músculo recto. Debemos confesar que tuvimos