

Bibliografía

1. Prader, A.; Lobhart, A.; Willi, H.: *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 86:1260, 1956.
2. Zellweger, H., y Schneider, H.: *Amer. J. Dis. Child.*, 115:588, 1968.
3. Ledbetter, D.; Riccardi, V.; Airhart, S.; Strobel, R.; Keenan, B., y Crawford, J.: *New England J. Med.*, 325:304, 1981.
4. Hamilton, C.; Schull, R.; Kilman, B.: *Amer. J. Med.*, 52:322, 1972.
5. Friesen, H., y Hwang, P.: *Ann. Rev. Med.*, 24:251, 1973.
6. Tolls, G.; Lewis, W.; Verdy, M.; Friesen, H.; Solomon, S.; Pagalis, G.; Pavlatos, F.; Fessas, Ph., y Rochefort, J.: *J. Clin. Endoc. Metab.*, 39:1061, 1974.
7. McGuffin, W., y Rogol, A.: *J. Clin. End. Met.*, 41:325, 1975.
8. Johnsen, S.; Crawford, J.; Hoesler, H.: 77th. Annual Meeting of the American Pediatric Society, Atlantic City, N. J., 1967.
9. Zipf, W.; O'Doriso, T.; Cataland y Sotos, J.: *J. Clin. End. Met.*, 1264:521, 1981.
10. Laurance, B.: *Arch. Dis. Child.*, 42:126, 1967.
11. Uehling, D.: *J. of Urology*, 124:103, 1980.

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

TRATAMIENTO DE LA "URETROPROSTATOVESICULITIS (U. P. V.) EXPERIENCIA PERSONAL

Dr. Otamendi, Belisario*

A) Tratamiento de las U. P. V. agudas

Tratamiento general

Antipiréticos, reposo tanto físico como sexual, régimen higiénico dietético intensivo, baños de asiento tibios con sustancias astringentes, como ácido bórico u hojas de malva, son también de utilidad.

Tratamiento quimioterápico

Las U. P. V. (agudas) suelen responder espectacularmente ante todo agente bacteriano que demuestre ser sensible en el antibiograma, pues el pasaje por la glándula y su llegada al líquido prostático no se ve en estos casos impedido, debido a la intensa y difusa reacción inflamatoria de los tejidos que permite su total acción.

Podemos clasificar en:

a) *Tratamiento con sulfamidas*

Son un grupo muy grande de compuestos con una fórmula básica, que al substituir "R" por otros radicales, se obtiene una serie de compuestos que varían sus acciones.

Así las denominadas "solubles" son bacteriostáticas y actúan sobre bacterias grampositivas o gramnegativas.

Se eliminan en gran cantidad por orina, en especial la sulfadiazina y la sulmerazina, en dosis de 4 a 8 g diarios.

b) *Tratamiento con antibióticos*

— *Penicilina*. Producto del metabolismo de ciertos hongos: *Penicillium (notatum o chrysogenum)* disueltos habitualmente en sales potásicas.

Existen diversas formas de penicilina, F, G, K, C, X, siendo la más usada la G.

Pueden actuar como bactericidas o bacteriostáticos.

Se utiliza por vía intramuscular o endovenosa.

— *Ampicilina*. Es una penicilina semisintética, 2 g diarios.

c) *Tratamiento con aminoglucósidos*

— Gentamicina.

— Sisomicina.

— Tobracimina.

Dosis de 2 a 3 mg/kg por día.

d) *Tratamientos combinados*

Cotrimoxazol, que es la combinación de la trimetoprima y el sulfametazol.

B) Tratamiento de la U. P. V. crónicas

Tratamiento general

Régimen higiénico dietético moderado, baños de asiento tibios, reposo relativo físico, pero no sexual, en el cual el paciente puede efecuar coitos a voluntad.

Tratamiento quimioterápico

Las U. P. V. (crónicas) hasta hace poco tiempo se consideraban como enfermedades incurables, porque los agentes antibacterianos no podían erradicar a la infección por no difundirse desde el plasma hasta el líquido prostático.

Esto ha sido superado con la aparición de drogas antibacterianas: trimetoprima-sulfametazol.

La experiencia nació cuando se comprobó que las bacterias del líquido prostático estaban protegidas por los agentes antibacterianos, impidiendo su acción.

Lamentablemente los macrólidos básicos no son eficaces frente a los gramnegativos.

Las membranas biológicas que impiden el pasaje de los elementos antibacterianos hacia la luz de los ácinos glandulares se

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

regulan mediante las concentraciones de hidrogeniones, y siendo las drogas antibacterianas ácidos o bases débiles y el líquido prostático francamente ácido, existe un gradiente de pH que complica la difusión de la droga.

Hasta el advenimiento de la trimetoprima, ningún agente bacterioco difundía a través del epitelio prostático.

La trimetoprima es una droga a base liposoluble de pH 7,3 y sólo se fija a las proteínas plasmáticas en 45 %.

Al combinar la trimetoprima con una sulfamida, se obtiene una acción antimicrobiana sinérgica.

Tratamiento médico

Los masajes prostáticos son de máxima importancia acompañados con desinflamatorios glandulares y si es necesario con psicofármacos como los diazepóxidos.

Consisten en efectuar por vía anal, luego de desaparecer el dolor por la contracción muscular del esfínter del ano, un masaje de la glándula prostática a partir de sus bordes laterales hacia la zona central, y desde el límite superior hacia el pico prostático.

La intensidad variará con la sensibilidad, practicando una verdadera expresión prostática; esta intensidad será más fuerte de acuerdo con lo que el enfermo tolere, y se continuará hasta que el masaje sea indoloro.

Se hará una vez por semana para evitar la congestión traumática y que poco a poco se normalice la glándula.

C) Tratamiento de las prostatitis

Son afecciones inflamatorias prostáticas de carácter crónico, en la cual no se encuentran gérmenes.

Estadísticamente es la más frecuente, siguiéndole las U. P. V. crónicas y por último las agudas, que son raras.

Experimentan síntomas similares a los que suelen ser producidos por agentes microbianos en el período crónico, como ser dolores lumbares bajos y perineales, ardor ocasional al efectuar la micción, cierto grado de disuria y polaquiuria.

Los cultivos son siempre negativos.

La glándula prostática presenta habitualmente un aumento de la sensibilidad al tacto rectal.

Es común también la presencia de 10 ó más leucocitos por campo y muchos cuerpos adiposos ovales.

Se presentan como prostatitis *congestivas* y que se benefician con la evacuación mecánica del líquido canalicular.

Algunos pacientes responden a los psicofármacos, como ser diazepóxidos y sus derivados, por un doble mecanismo, primero relajando la musculatura perineal y segundo atenuando el componente psicósomático.

Tratamiento personal

Me baso en el mismo tratamiento que utilizo en la U. P. V.

Los desinflamatorios prostáticos que usamos pueden ser:

- Los derivados del extracto microbiológico de polen seco (4 comprimidos por 60 días), que dan niveles altos de sistosterina y máxima producción de interferón circulante.
- Por comprimidos que contengan B-Sitosterol de 10 mg cada uno, 2 por día por 60 días.

Cualquiera de estos dos productos se combinan con derivados del Panax Ginsen (saponinas) aplicadas y estudiadas por los Dres. M. Yamamoto, A. Kumagi y Y. Yamamura en dosis de 2 comprimidos diarios durante 60 días, y que poseen cada uno: ginsen extracto seco, 200 mg, más glicerofosfatos de magnesio, 200 mg; p-aminobenzoil y oligoelementos en forma de sulfato, sales como zinc, cobre, cobalto y magnesio.

El ginsen es el principio activo del Panax Ginsen, siendo su modo de acción se centra por un lado sobre el S.N.C. (centro nervioso central) manifestando una marcada actividad antipasiva, produciéndose un restablecimiento de excitación general, siendo encontrado este efecto clínicamente en deportistas, no presentando "efectos antiestaminicos".

A nivel gonadal, esta droga produce elevación del A.D.N. testicular, así como mejoría clínica en casos de impotencia.

Desde el punto de vista intelectual se ha observado una importante mejoría en diferentes tests psicométricos.

El glicerofosfato de magnesio es una sal perfeccionada de esta catión, fácilmente absorbible por vía bucal, atribuyese importancia en la contracción muscular y en la neurotransmisión.

El p-aminobenzoil-2-dietilamida se comporta como activador cerebral, ya que en el organismo se transforma en dietilaminoetanol, precursor de la acetilcolina-neurotransmisor, como bien lo describe en su trabajo "Evaluación clínica de una asociación conteniendo ginsen en síndromes asténicos y en la impotencia sexual" del Dr. Juan A. Bonet Sendra.

Cumplidos los 2½ meses de iniciado el tratamiento de ataque, se repetirán los exámenes de laboratorio y se verán los cambios efectuados en relación con los iniciales, que llevaron al paciente a la consulta.

De acuerdo con ello, pasaremos a un *tratamiento de mantenimiento* que consistirá en alargar el tiempo entre cada masaje de 7 a 15 días, y disminuir a la mitad la dosis de los desinflamatorios durante 2 meses más. Al terminar este tiempo se repetirán sus estudios y se continuará con el *tratamiento de sostenimiento*, haciéndose un masaje prostático mensual y en forma esporádica, por ejemplo la primera semana de cada mes: los desinflamatorios.

Los resultados obtenidos con este método son para mí ampliamente satisfactorios, pues responden a las inquietudes del paciente, tan motivados en estas afecciones.

Consideraciones

He expresado el tratamiento de las U. P. V., en todas sus fases, haciendo recalcar en las afecciones crónicas bacterianas y abacterianas los resultados obtenidos mediante la combinación de los masajes prostáticos, con ciertos medicamentos, lo que nos ha deparado muchas satisfacciones.

Conclusiones

Destacamos los masajes prostáticos, como complemento indispensable en las prostatitis crónicas y en las prostatosis.

Discusión

Dr. Guzmán: Quiero felicitar al doctor Otamendi por presentar esta noche un tema que hace a la consulta diaria en urología. Los que estamos en relación con los consultorios externos, con la recepción de enfermos en el ámbito urológico, observamos la alta incidencia de esta entidad, la uretroprostato-vesiculitis, sobre todo en pacientes jóvenes, ansiosos, tensos, en los cuales podemos reconocer algún otro tipo de enfermedad o padecimiento, más que nada de tipo funcional.

Con respecto a la primera parte de su trabajo, en cuanto al diagnóstico, probablemente no se le dio suficiente énfasis a una maniobra que todo urólogo realiza —el Dr. Otamendi lo ha hecho y nosotros lo venimos haciendo desde hace mucho— que es ver orinar al paciente.

La observación de la micción nos puede ilustrar, a nuestro juicio, acerca de una condición inseparable de la prostatitis y de la prostatosis, que es algún vicio de tipo funcional u orgánico que puede existir en la uretra, ya sea a nivel de la porción membranosa o distal, o estenosis, a veces irreconocibles o no identificables por el paciente, por algún antecedente traumático o infeccioso o la simple falta de relajación del esfínter en el momento de la micción.

Es llamativo ver que casi todos estos enfermos presentan una inestabilidad neuromuscular. Es cierto que si hacemos orinar al paciente frente a uno, no va a lograr una micción correcta muchas veces. Por ello, es muy interesante y útil poder hacerlo orinar en diversidad y poder registrar la micción. Puede observarse así que a veces las micciones son dentelladas, en ocasiones son de baja fuerza, lo que está poniendo de relieve un trastorno en la emisión de la orina. Personalmente, pienso que para que un germen pulule en una glándula debe tener alguna dificultad en salir al exterior.

De ahí que pasando a la segunda parte, que es el tratamiento, los antiguos tratamientos en esta entidad nos aconsejaban baños de

asiento, nos decían que debían ser baños calientes, tibios, sin hacer mayor hincapié si le poníamos malva u otro tipo de sustancia. Lo importante, sí, es la temperatura.

También es de utilidad el masaje a través del ano y el empleo de algunas drogas de efecto sedante que se utilizaron en la primera parte de este siglo. Todas ellas tienen un común denominador.

Tanto el masaje prostático que dilata el ano por una parte y suprime los ácnos prostáticos por otra, tiene un doble mecanismo, facilita la evacuación de las secreciones que están ubicadas en el canalículo, permite la desedematización del intersticio prostático y si se hace una sobredilatación anal, como fenómeno de neurofisiología, se produce una relajación.

Los baños calientes no hacen más que elevar el umbral de contractilidad de la fibra muscular. Facilitan la relajación de la fibra muscular.

Y por ese doble mecanismo volvemos otra vez a poder interpretar la fisiopatología de esta entidad, que ya todos sabemos que con el solo uso de los antibióticos no podemos mejorar o curar al paciente. Es decir que al lado del antibiótico, que algunas veces puede estar indicado, yo creo que cada vez menos, poder detectar el vicio obstructivo, a mi juicio, es lo más importante. Y es difícil muchas veces poderlo detectar si es exclusivamente funcional.

Muchas gracias por haberme permitido hacer este aporte.

Dr. Petrone: A mí me quedó grabado un trabajo de Stanley (?) de hace muchos años, que transmite la opinión de otro autor, que decía que la uretroprostatovesiculitis era una entidad poco conocida, mal interpretada y exageradamente tratada.

Entiendo que eso más o menos resume las distintas opiniones que existen sobre esa enfermedad.

Dr. Otamendi: Le agradezco al doctor Guzmán su cariñoso apoyo a lo que he dicho.

Considero que es muy interesante ver orinar al enfermo.

Yo he querido, prácticamente, basarme en este trabajo, en lo que a mí respecta, para señalar que el masaje prostático, como lo explico anteriormente, dentro de las distintas variantes es para mí de una importancia fundamental.

Nosotros vemos muchos enfermos con prostatitis y creemos que la administración de calmantes, baños y algunos medicamentos son de gran utilidad, pero cuando el paciente llega a la consulta y se le palpa la próstata, se advierte un aumento de la sensibilidad, que va de mucho a poco, a menos.

Ese aumento de la sensibilidad puede observarse en pacientes portadores de gérmenes o sin gérmenes.

Con una serie de masajes prostáticos y un tratamiento antiinflamatorio, el enfermo mejora. Si se le practican exámenes semanales, puede advertirse que el masaje cada vez le duele menos. A mí me enseñaron que al dolor nadie se acostumbra.

Cuando llegan estos enfermos al consultorio vienen desganados y con pocas esperanzas de mejorar. Sin embargo, al cabo de 3 ó 4 visitas, tienen más espíritu de trabajo, se les advierte un menor proceso de intoxicación, sean portadores o no de gérmenes. Y mientras tanto, se va tratando de estimular lo que se quiere, ya sea el número, la motilidad, la viscosidad, y a través de las consultas se aprecia que estos pacientes mejoran.

El fundamento de este trabajo es insistir sobre el masaje de próstata. Hay personas que me han dicho, cuando les explicaba esto, que ellos no le hacen a los enfermos lo que no les gusta que le hagan a ellos.

A nadie le agrada que le hagan un tacto rectal, pero si al enfermo hay que hacérselo, habrá que practicárselo, le guste o no.

Con respecto a las palabras del doctor Petrone, estoy de acuerdo que no hay que darle al tratamiento más valor que el que tiene, pero si el enfermo mejora, se siente mejor y con el tratamiento de ataque o de mantenimiento desaparece el problema que lo ha traído a la consulta, bendito sea lo que se le ha hecho.

Todo esto hará que el paciente se sienta mejorado, sobre todo en la parte nerviosa, ya que el proceso que lo afecta puede provocar problemas nerviosos y, al final, el médico no sabe por qué llega a la consulta.

He expuesto mi tratamiento personal. Será bueno, será malo; al que le agrade, que lo haga; si no les gusta, lo siento mucho, pero tengo la impresión de que estoy haciendo bien las cosas.