

Por los Doctores

E. CASTAÑO, R. DE SURRA  
CANARD y H. D. MUÑOZ

## LITIASIS URETRAL Y PROSTATICA

NOs lleva a presentar esta observación el querer contribuir a dilucidar en parte el problema etiológico de la litiasis prostática.

### HISTORIA CLINICA:

V. B. de 43 años, es visto por uno de nosotros hace seis años en Entre Ríos por padecer en ese entonces una estrechez filiforme de uretra anterior. Estrechez uretral secundaria a una primer gonorrea adquirida a los 17 años y seguida de varias recidivas tratadas deficientemente y complicadas hace 20 años con epididimitis bilateral.

En ese entonces, con los escasos recursos existentes en la localidad de residencia, se lo somete a una dilatación progresiva con instrumentos de goma llegando hasta un calibre N° 18 después de un intervalo de seis semanas.

Su estado de infección uretral traducido por el examen macroscópico de las orinas, revelaba la existencia de un proceso crónico localizado en uretra anterior y posterior (orinas turbias con filamentos en ambos vasos).

A pesar de los consejos, el enfermo abandonó su asistencia y no consulta sino tiempo después, por padecer un proceso inflamatorio peri-uretral localizado (abceso perineo escrotal).

Las periuretritis supuradas se repitieron en número de tres, haciendo en el intervalo de las mismas una dilatación deficiente.

Hace un año el enfermo baja a Buenos Aires, concurriendo al Servicio de Vías Urinarias del Hospital Fernández. El interrogatorio pone de manifiesto la existencia de una sífilis contraída a los 21 años mal tratada (una inyección de Neosalvarsán y 20 inyecciones intramusculares de bismuto).

El examen del enfermo revela el siguiente estado actual: Dificultad miccional, disuria, polaquiuria, tenesmo, escasez de chorro deformado, orinas turbias con filamentos en ambos vasos. Estrechez N° 9.

Escroto triple de lo normal, por proceso inflamatorio debido a un abceso periuretral insuficientemente drenado.

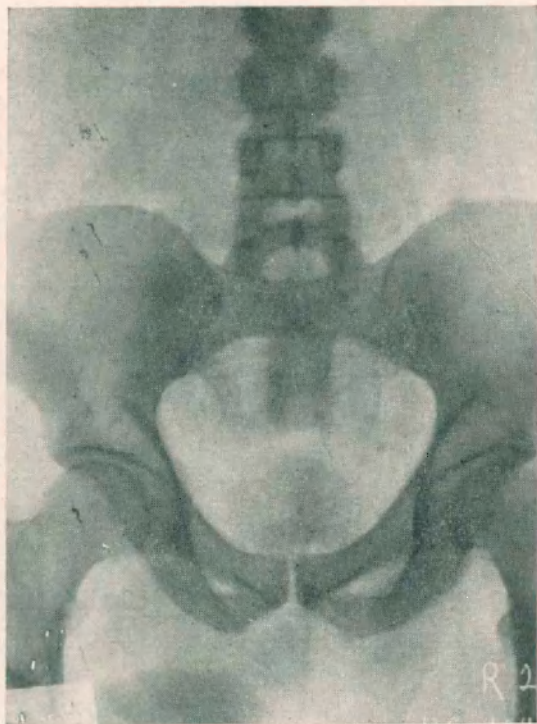
Se incinde el abceso ampliamente, dando salida a abundante pus sanguinolento. En los días siguientes enfriada la periuretritis y disminuída la supuración uretral, se reinicia la dilatación llegando hasta un N° 54. Pero debemos llamar

la atención que a partir del N° 45 los cateterismos se hicieron dolorosos y que el pasaje del beniqué 54 provocó una uretrorragia que atemorizó al enfermo y le hizo abandonar su asistencia.

Llamaba la atención además, la dificultad del pasaje del beniqué a su entrada a la uretra membranosa y la sensación de frote que se interpretó como producido por una fibrosis muy densa.



Radiografía N° 1  
Cálculo de uretra.



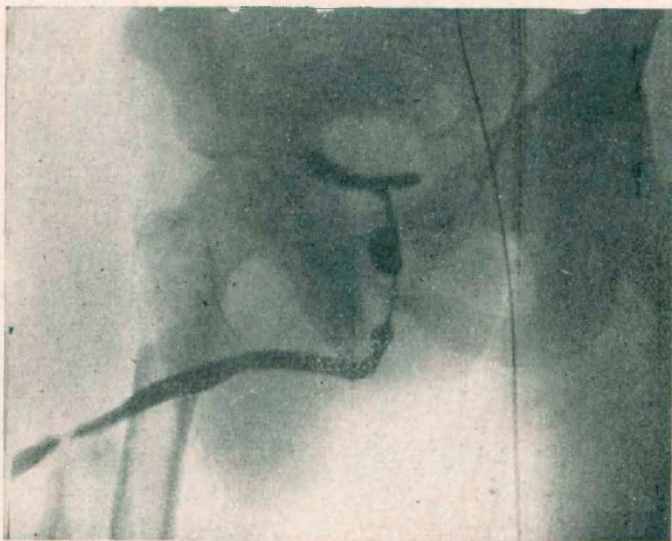
Radiografía N° 2  
Calculitos Prostáticos.

Hace seis meses ingresa a un Servicio de Cirugía, donde se le practica una talla hipogástrica, ignorando las razones que indujeron a esa terapéutica. Durante su internación se le hace además un tratamiento consistente en una serie de inyecciones intramusculares de bismuto.

Hace tres meses ingresa al Servicio del profesor Castaño. Su examen revela lo siguiente: Talla hipogástrica. Orinas purulentas. Uretra calibre 22, llamando la atención la existencia en la porción bulbar, de un cuerpo extraño. Periné cicatrizado. Tacto región retrobulbar infiltrada, esclerosa, por los procesos inflamatorios habidos. Uretra posterior normal. Próstata aumentada de tamaño, blanda, muy depresible, vaciándose con facilidad y dando la sensación de crepitación, el líquido de expresión obtenido es muy purulento.



Una uretroscopía anterior pone de manifiesto en la región bulbar la existencia de un anillo de estrechez, y detrás de él la presencia de un cálculo. Se intenta prudentemente tomarlo con la pinza de cuerpo extraño, sin lograr extraerlo. Se practica una primera radiografía simple que pone en evidencia en primer término una sombra con los caracteres de un cálculo en una zona correspondiente a uretra bulbar, y en segundo término en plena región prostática un sinnúmero de manchas pequeñas de calcificación, que se interpretan como arenillas y calculitos asociando esta imagen con la sensación táctil percibida al hacer el examen digital



Uretrografía N° 3  
Cavernas prostáticas y Cálculos  
prostáticos.

de la próstata. La tensión arterial alcanza a 19 mm. de máxima y 11.50 de mínima (Vaquez Laubry).

La úrea en sangre es de 0.540.

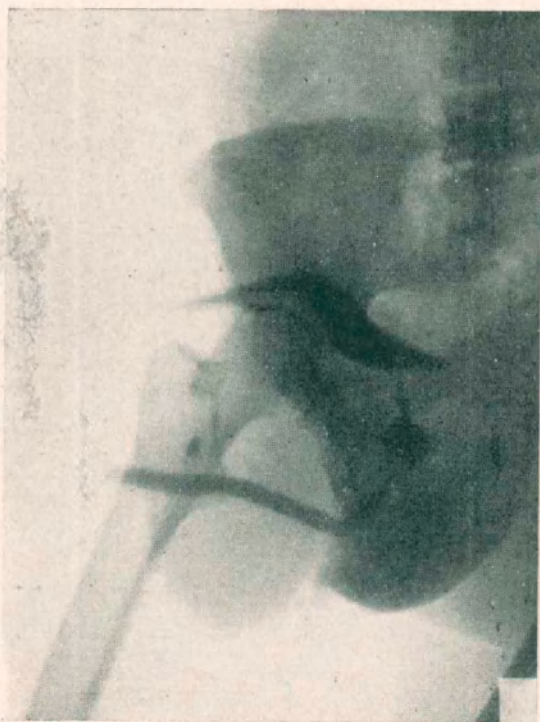
Se inicia tratamiento mercurial moderado. Prepárase al enfermo con anti-sepsia (lavajes) para intervenirlo, yendo en un primer tiempo a extraerle el cálculo por uretrotomía externa; operación que se realiza el 3 de julio de 1936. Se hace incisión atípica para extirpar la cicatriz perineal. Se reseca también en el plano subcutáneo y aponeurótico todo tejido escleroso. Se llega a la uretra guiado por la presencia de un beniqué recto, y se la incinde sobre el cálculo haciendo una brecha longitudinal lo suficiente para extraer la piedra. Sutura de la uretra con puntos de catgut no perforantes y del periné en varios planos superpuestos para acolchar el canal urinario. Afrontamiento de piel con crin en la medida de la elasticidad cutánea, quedando un losange sin cubrir intencionalmente. Postoperatorio



muy bueno, un poco de edema en el periné los primeros días, cicatrización, por segunda. A los 15 días se reinicia la dilatación, que se lleva a cabo hasta un calibre 56 sin tropiezos, insistiendo conjuntamente en el tratamiento mercurial.

Llama la atención la purulencia de las orinas que no beneficia de los lavajes prolijos.

Con uretroscopio de Buerger se examina la uretra posterior y se comprueba: Cuello de vejiga con un poco de edema. Fosilla supra-montanal normal. Verum



Uretrografía N° 4  
Cavernas Prostáticas Electrocoaguladas.

Montarum escleroso. En las goteras laterales del Verum Montarum varios orificios de ambos lados del tamaño de lentejuelas, por donde se ve salir abundante pus y algunos calculillos facetados.

Antes de tratar las cavernas y litiasis prostática confirmada, se hace una uretrografía con Lipiodol. En ella se ve de un lado una gran caverna ocupada en su totalidad por el líquido de contraste, y del lado opuesto ausencia de sombra iodada por estar la cavidad llena de arenillas.

El día 8 de septiembre se electrocoagula la uretra posterior, aumentando el tamaño de los orificios existentes y haciendo saltar los puentes de tejido esclerosado que los une.

El post-operatorio de esta terapéutica ha sido excelente, no hubo uretrorragia, no tuvo el enfermo proceso alguno consecutivo a la caústica eléctrica, y pasado el período de la caída de la escara, las orinas se han aclarado en forma muy halagadora. Una nueva uretrografía de fecha 23 de septiembre pone de relieve las dos cavernas prostáticas con amplia comunicación con la uretra, y la uretroscopia posterior confirma la amplia apertura hecha que impide el acúmulo de residuos calculosos y purulentos.

Resuelto los varios problemas que presentaba nuestro enfermo, la estrechez uretral, el cálculo enclavado en el canal urinario, la retención de pus y cálculos en las cavernas prostáticas, y estando el enfermo con sus orinas limpias y su terreno saturado de terapéutica antilúética, se procede el día 26 de septiembre al cierre de su vejiga, operación que se lleva a cabo con la técnica habitual.

#### COMENTARIOS

¿Qué comentarios nos sugiere esta historia clínica? En primer término: la existencia de una estrechez de uretra en un terreno sífilítico adquirido, consecutiva a una blenorragia contraída 37 años antes, y la existencia de cavernas prostáticas consecutivas a la misma gonorrea culpables de la persistencia de un estado infeccioso.

En segundo término: el origen de la litiasis prostática.

La rebeldía de la estrechez uretral se ha debido en gran parte al abandono del enfermo; también a la influencia conocida del terreno sífilítico; y por último, la existencia de un foco purulento que ha mantenido por espacio de muchos años el estado séptico de la uretra.

Más difícil es interpretar el origen de la litiasis, pero creemos sujetos a equivocarnos que el cálculo uretral es secundario a la litiasis prostática, porque nada nos dice en el pasado del enfermo, que éste hubiere sufrido de una litiasis renal o vesical primitiva; en efecto no ha tenido crisis de cólico reno-ureteral que denunciase una migración calculosa. No ha tenido sintomatología vesical de litiasis ni síntomas de enclavamiento en uretra de una piedra primitivamente vesical.

En la clasificación aceptada, las formaciones calculosas prostáticas están divididas en: Cálculos endoprostáticos, cálculos de origen extraprostáticos, cálculos autóctonos y cálculos exóticos.

Los primeros proceden de la calcificación de las concreciones prostáticas, y nada tienen que hacer, a nuestro juicio, con el caso presente.

Dentro de los segundos interpretamos que la litiasis de nuestro sujeto cuadra dentro del tipo del cálculo extraprostáticos (vale decir, de origen urinario) pero perteneciente a la variedad autóctona. Es decir, formación de cálculos a expensas de materiales excretados por la orina, pero desarrollados en cavidades preexistentes.

Este criterio es hoy día fácil de justificar, ya que es bien conocida la existencia de cavernas intraprostáticas de origen inflamatorio (principalmente gonocócicas) en número, tamaño y formas variables, que comunican con la uretra por orificios o conductos de dimensiones más o menos amplias.

El aspecto macroscópico de algunos cálculos que se pueden ver en la primera uretrografía era del tipo de piedras facetadas de color amarillo rosado.

Ningún síntoma subjetivo llamó la atención por el lado de litiasis prostática, ya que el cuadro de estrechez y de infección dominaron el escenario, y el único síntoma clínico que hizo sospechar esta enfermedad fué la crepitación percibida al hacer el tacto rectal. La radiografía y la endoscopia confirmaron la litiasis.

En lo que atañe al cálculo de la uretra, cremos se trate de algunas de las concreciones originadas en la próstata y detenida en su camino hacia el exterior por la estrechez uretral tan cerrada. Esa concreción ha crecido por apósitos sucesivos de sales hasta adquirir el volumen alcanzado en el momento de su extracción.

### Discusión

*Dr. Isnardi. — Pregunta qué tipo de corriente han utilizado para destruir las cavernas prostáticas, si era cortante o coagulante.*

*Dr. Surra Canard. — La corriente utilizada fué coagulante, con poca intensidad, porque los puentes de separación entre los orificios de las cavernas eran muy pequeños.*