

Serv. de Urología del Hosp. Fernández;
Jefe Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por el Doctor
ENRIQUE CASTAÑO

ABCESO DE PROSTATA POST-GRIPAL

EL absceso de próstata de origen gripal no se puede considerar hoy en día como una complicación rara de esta afección, se conocen muchas observaciones en el extranjero y entre nosotros, como puede verse en la bibliografía que acompaño.

El caso motivo de esta comunicación es interesante por la serie de complicaciones sobrevenidas en el post-operatorio, como puede verse por la historia clínica que paso a describir.

HISTORIA CLINICA:

N. N., médico. Inicia su afección con una gripe con todas las características: elevación de temperatura, catarro intenso, tos, etc. Se hace el tratamiento común para estos casos, y cuando ya se muestra su mejoría, tiene un repunte de temperatura a los 10 días más o menos, con trastornos urinarios, polaquiuria, disuria y dolor en el periné que se fueron acentuando, la temperatura sube hasta 40°, por lo que resuelve a pesar de su estado delicado, venir a Buenos Aires, pues se encontraba en el campo y concurre de inmediato al consultorio.

Como antecedentes tenía una blenorragia curada sin complicaciones años atrás.

El examen del enfermo revela ante todo un aspecto grave, palidez intensa, gran temperatura, al hacerlo orinar, sólo consigue emitir un poco de orina, clara, con gran dificultad.

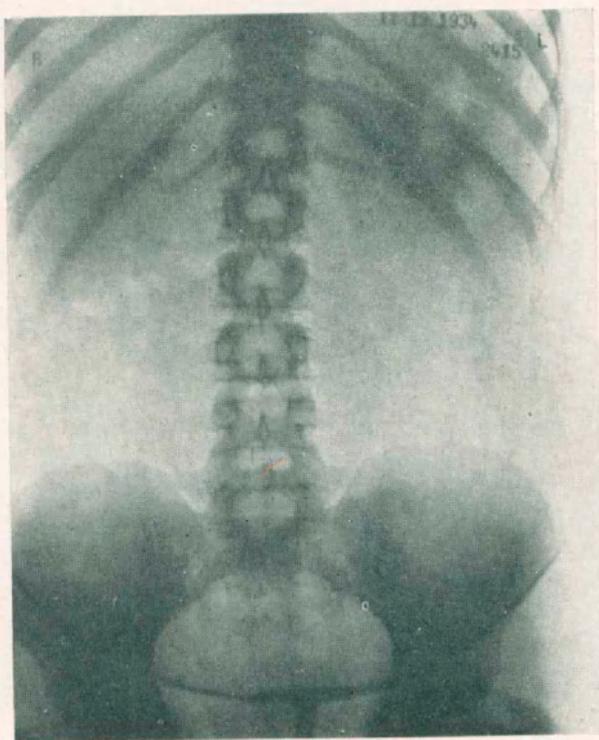
Se le hace un tacto rectal y se encuentra un enorme absceso que ha tomado toda la glándula que parece querer abrirse al recto y del tamaño de una mandarina grande.

En vista del estado del enfermo resolvimos la intervención de urgencia.

Con anestesia general practico rápidamente una talla hipogástrica y dejo una sonda Pezzer acodada, luego paso al periné y con una incisión en media luna llego rápidamente al absceso que ya se había abierto en los planos profundos y sale un pus chocolate, en gran abundancia que se recoge para su examen: taponamiento de la cavidad con gasa yodoformada.

El examen bacteriológico del pus revela la presencia de neumococos en gran cantidad. A los tres días se retira el taponamiento, manteniendo el drenaje perineal, la temperatura desciende y el estado general mejora. Se le hace suero glucosado, etc.

A los 15 días nueva elevación de temperatura y aparece un cuadro pulmonar, que se trata con ventosas, diénol, aceite alcanforado, etc. y a los tres días en un acceso de tos, tiene una vómica de pus abundante de color chocolate, que el examen bacteriológico revela el mismo neumococo. En vista de estar en pre-



sencia de un absceso de pulmón se le hacen inyecciones de alcohol al 30 % y toda la terapéutica adecuada, entrando en convalescencia.

La herida perineal casi cerrada, se resuelve colocar una sonda permanente para cerrar su vejiga, lo que no se consigue, posiblemente por el mal estado general del enfermo, por lo que se resuelve con anestesia local cerrar su fístula hipogástrica. Al mes, justo cuando ya se levantaba tiene un cólico renal derecho de gran intensidad, nunca había padecido de su riñón hasta ese momento. El cólico pasa y su orina queda turbia, radiografía negativa. Se le hace cilotropina endovenosa, etc., y se lo manda al campo a restablecerse después de 6 meses, pero con una pequeña fístula perineal.

Vuelve a los 4 meses molesto y preocupado por su fístula y como su orina era turbia se le hace una nueva radiografía y con gran sorpresa vemos un cálculo

en pelvis renal derecha del tamaño de una almendra que se había constituido en unos 6 a 8 meses después de su primer radiografía.

El enfermo pide ser operado de su fistula perineal, lo que se hace con anestesia local, y cierra su fistula para en un segundo tiempo operar su cálculo del riñón.

Se deja pasar dos meses y vuelve a ser intervenido de su riñón. La nueva radiografía revela el cálculo más o menos de las mismas dimensiones.

Dosaje de urea en suero 0.40 %.

Prueba P.S.P., 62 %.

Indigo carmín. Riñón izquierdo aparece a los 4 minutos, riñón derecho 7 minutos.

Reserva alcalina. 60.4 %.

Cloro en sangre. 3.58 gramos.

Bajo anestesia general se practica la quinta operación, una pielotomía, se extrae el cálculo con facilidad, se sutura la pelvis, se deja drenaje a la loge perirenal, se reconstruye la herida por planos. A las 48 horas se extrae el drenaje. Curación plana.

Al quinto día, se inicia una elevación de temperatura, con síntomas pulmonares, y en un acceso de tos nueva vómica de pus. La radiografía del pulmón revela la presencia de un absceso pulmonar y el examen de los esputos abundantes neumococos y algunos estafilococos. A pesar de esta complicación el postoperatorio sigue su curso más o menos normal. Cierra su herida y puede levantarse a los 25 días, saliendo de alta curado.

COMENTARIOS

Puede verse en esta historia clínica, la serie de complicaciones sobrevenidas como consecuencia de un absceso de próstata. Respecto a la formación del cálculo del riñón, creo debe interpretarse por infección secundaria, pues primero se inicia una pielitis posiblemente ascendente y luego hace un cólico renal, persistiendo su infección renal, a pesar del tratamiento médico instituido, no se hicieron lavajes de la pelvis renal por no permitirlo el enfermo, quien se encontraba en un estado de intolerancia perfectamente justificada por todas las complicaciones e intervenciones a las que se había sometido.

En presencia de un absceso prostático de esta naturaleza, se tiene que pensar si se trata realmente de una metástasis grial a localización prostática, o si la próstata sería un punto de menor resistencia por una afección anterior y que la gripe hubiera podido provocar una exacerbación de la virulencia microbiana banal. Sin embargo, está demostrado hoy día, las infecciones prostáticas por vía sanguínea.

El caso de Bugbee, lo demuestra plenamente, por tratarse de un enfermo virgen de todo antecedente venéreo.

En nuestra observación, donde se pudo hacer el examen bacteriológico del pus del absceso y la serie de complicaciones que tuvo el enfermo, el absceso de pulmón con el mismo microorganismo, demuestra plenamente su etiología y lo que más llama la atención, que en la última intervención por su cálculo renal, hace un nuevo absceso de pulmón de la misma etiología.

BIBLIOGRAFIA

- ORAISSON: "Des supurations prostatiques non tuberculeuses." Ass. Franç. d'Urologie, 1907.
- DESNOS: "Complications grippales portant sur les voies urinaires". Presse Médicale, 1900.
- BUGBEE: Journal of the American Medical Association, Oct. 1919.
- GOLDBERG: "Prostatite metastatique." Zeit. f. Urol. T. XIV, 1920.
- GRUGET Y LOISELEUR: "Prostatite suppurée d'origine sanguine." Arch. Med. de Angers., 1911.
- SERANTES, MONSERRAT, GARCÍA: Rev. Cirug. Bs. Aires. Diciembre 1931 y Revista de Especialidades, Julio 1931.
- SVIBEL: Semana Médica, Agosto 1932.
- SACCHI: Archivo Italiano Urologia, Vol. III, pág. 219.

Discusión

Dr. Salleras. — Cree que si la próstata hubiera sido rápidamente drenada, como cree que en la actualidad es un axioma, posiblemente se habrían evitado la mayor parte de las complicaciones. Cita el caso de un colega que estuvo un mes con un absceso prostático sin drenar, a raíz de lo cual le quedó una fístula uretro-próstato-perineal.

Dr. Castaño. — Explica que en el caso del relato, por tratarse de un cuadro posiblemente embólico (4 días) no pudo asistirse a la formación del absceso, que él drenó a las pocas horas de haber examinado al enfermo.

Por otra parte cree que no hay que ser absoluto en el criterio de drenar precozmente todas las prostatitis supuradas. El las ha visto evolucionar normalmente con el tratamiento médico, que siempre prefiere el enfermo y que por otra parte evita siempre la posibilidad de una fístula residual, que considera una seria complicación.