

Instituto de Cirugía del Hosp. de
Clínicas. Director: Prof. J. ARCE

Por los Doctores

A. ASTRALDI, A. INTROZZI
y G. J. AMICI DI SAN LEO

A PROPOSITO DE UNA OBSERVACION DE UNA DIVERTICULOSIS PROSTATICA COMPLICADA

HEMOS tenido últimamente oportunidad de observar varios casos de lo que Heitz Boyer y su Escuela llamaron diverticulosis prostática, pero uno de ellos motiva la presente publicación, por tratarse realmente de un caso de enfermedad complicada como aquellos la apodaron.

Si deliberadamente hemos elegido esta observación, la más compleja de la serie que poseemos, es para llamar la atención y demostrar como lesiones en sus comienzos casi insignificantes, ignoradas unas veces y despreciadas otras, son capaces de trastornar profundamente la estática y la dinámica de todo el árbol urinario.

Recordaremos, como Heitz Boyer ha demostrado, que es posible, no sólo modificar, sino en muchos caso, curar a estos enfermos, con sólo atacar el complejo por su punto de partida, la cavernosis prostática, no haciendo en el presente caso un tratamiento preventivo que es lo más recomendable para evitar las complicaciones, sino ya curativo, tardío y complicado, de amplio drenaje, acompañado de una prostatomía endouretral.

HISTORIA CLINICA

Enfermo de 52 años. de antecedentes hereditarios sin importancia, y cuyos antecedentes personales interesantes se reducen a una úlcera duodnal, tratada quirúrgicamente hacen 2 años.

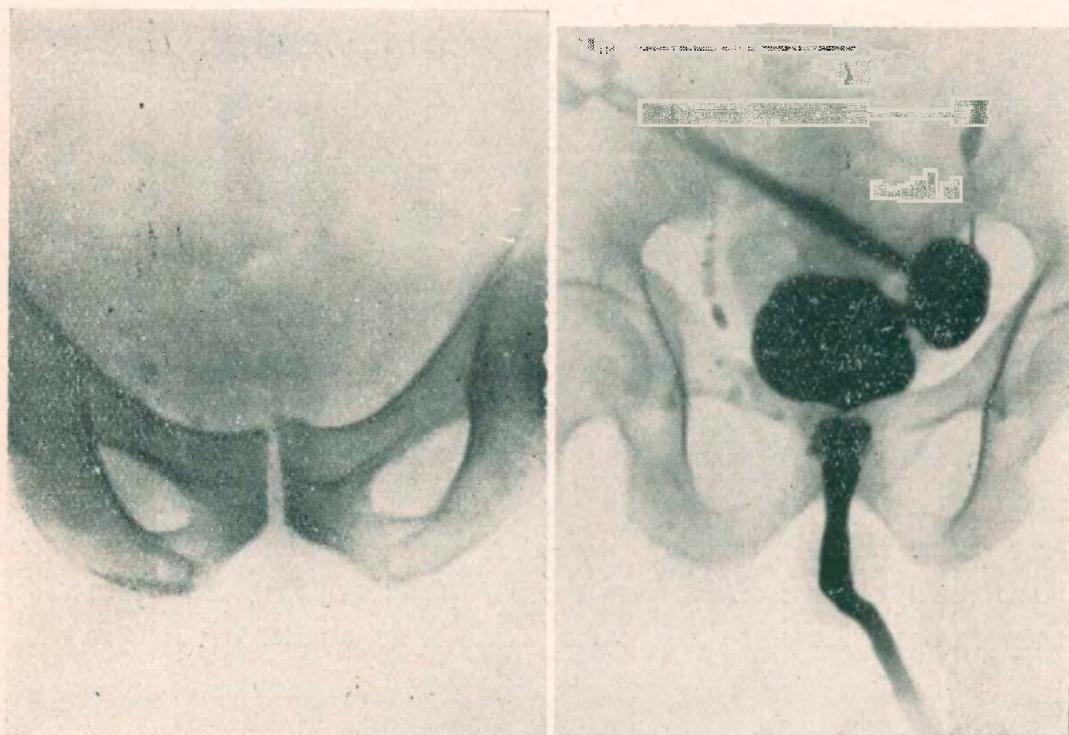
Enfermedad actual. — Hace más o menos treinta años, nota el enfermo secreción uretral de poca intensidad, cuyos caracteres, sin otro síntoma objetivo y subjetivo, nos hacen descartar la blenorragia.

Tratado a base de infusiones vegetales, por boca, nota en esa época frecuentes sensaciones de escalofríos y de fiebre.

Al poco tiempo aparece con la defecación, una gota de aspecto purulento en el meato uretral.

Nota el enfermo que sus micciones se hacen más frecuentes de día y que poco a poco esta polaquiuria se hace también nocturna, orinando a veces cada 10 minutos.

En este estado continúa diez años, notando en este intervalo que sus micciones toman el ritmo de la micción en dos tiempos.



Radiografía N° 1. - Simple de la región
vésico-prostática.

Radiografía N° 2.- Uretrografía en
ántero-posterior.

En 1917 elimina pequeñas concreciones por la uretra. En 1923 se interna, pero es dado de alta por no encontrarse nada.

Sus orinas, ya turbias de tiempo atrás, se hacen fétidas, y aparece en el periné sensación dolorosa que calma con la micción o con la defecación al aparecer en el meato la gota purulenta ya mencionada.

Así continúa hasta que cansado de su situación, resuelve internarse nuevamente, haciéndolo en este Servicio.

Estado actual. — Enfermo pirético. Mal estado general. Decúbito indiferente.

Cabeza: Piezas dentarias en mal estado de conservación. Resto nada de particular.

Cuello: Nada de particular.

Tórax: Aparato circulatorio: Nada de particular. Aparato respiratorio: Percusión y auscultación: Normales.

Abdomen: Inspección: Cicatriz mediana supraumbilical. Resto, nada de particular. Palpación superficial y profunda, normal.

Enfermo muy constipado.

Aparato urinario: Orinas de emisión: Turbias piúricas. Orinas de sedimentación: piúricas de tipo renal. Chorro de orina de proyección y calibre disminuidos. Micciones retardadas y prolongadas, siendo a veces imperiosas. Pola-



Radiografía N° 3.- Uretrografía en posición lateral izquierda en repleción.

Radiografía N° 4.- Cistografía en antero-posterior y en repleción.

quiuria y disuria, con sensación de tenesmo al final de la micción, que es en dos tiempos.

Riñones y uréteres: Semiológicamente nada de particular.

Uretra: Semiológicamente: nada de particular. Instrumentalmente: sensiblemente dolorosa a nivel de la uretra posterior, al paso del explorador N° 20 de Guyón.

Uretroscopia: Cuello circular, ligeramente edematoso y levantado en el segmento inferior. No hay saliencias adenomatosas.

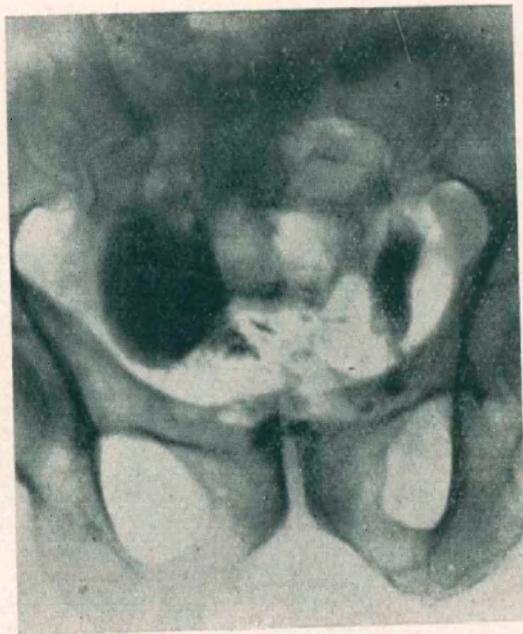
Porción supramontanal alargada en dos centímetros. Verum edematoso y blanquecino. Las paredes, en la porción supramontanal aparecen muy congestionadas, notándose más la congestión en las paredes laterales.

En una de éstas, en la pared izquierda, a nivel del verum Montanun, (coliculus izquierdo) se observa un orificio, de bordes regulares, del tamaño de un garbanzo chico, que deja salir abundante pus, al variar la presión del líquido del uretroscopio lavador.

Vejiga: Semiológicamente, nada de particular. Instrumentalmente: Sensible al contacto y a la distensión. Retención post-miccional de 150 c.c. de orina muy turbia.

Contractilidad activa y pasiva: conservadas.

Cistoscopia: Capacidad ligeramente disminuída. Paredes congestionadas. So-



Radiografía N^o 5. - Cistografía en ántero-posterior en vacuidad.

bre la lateral derecha, en las 9 y 10 del reloj, se ven dos orificios, uno más "oscuro" que el otro, redondeados y de bordes netos.

Meatos ureterales entreabiertos y ligeramente edematosos. Resto, nada de particular.

Próstata: Se palpa, pero difícilmente se delimitan sus bordes, pues la glándula da la impresión de estar fundida. Lisa e indolora a la palpación superficial, es irregular, con núcleos muy duros, unos romos y otros como bordes cortantes, a la palpación profunda que es dolorosa.

Se nota al tacto franca sensación de crepitación.

Vesículas: Se palpan ligeramente distendidas pero sin periespermatocistitis.

Bolsas y contenido: Nada de particular.

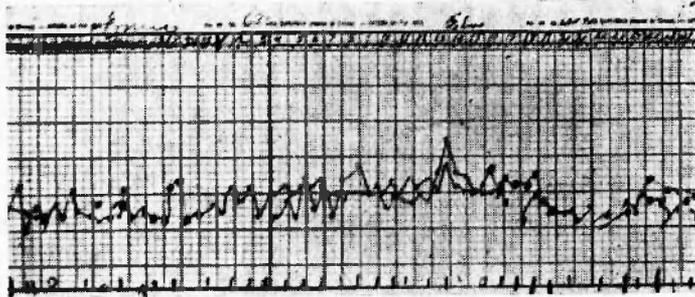
Examen radiológico: Descripción de las radiografías adjuntas.

Radiografía N° 1. — Simple, de la región vésico-prostática. Se observan a ambos lados de la sínfisis pubiana y sobre borde superior de las ramas horizontales, sombras que, por sus características, corresponden a los cálculos de ambos lóbulos prostáticos. Sobre la rama horizontal derecha se observan otras sombras redondeadas que corresponden a flebolitos.

Radiografía N° 2. — Uretrografía en anteroposterior. Se observa la dilatación de la uretra prostática y las sombras de la diverticulosis prostática, que a ambos lados de la línea media se observa en la porción supramontanal.

Radiografía N° 3. — Cistograma en el que se ven las celdas y el divertículo vesical, así como el reflujo vésico-ureteral.

Radiografía N° 5. — Radiografía en estado de vacuidad vesical, donde se pone de manifiesto el divertículo y el reflujo ureteral de ese lado.



Parte del cuadro térmico durante la estada en el hospital; el resto es igual.

Exámenes de laboratorio. — Sangre: Glóbulos rojos: 4.140.000. Glóbulos blancos: 8.200. Con neutrofilia, monocitosis y linfopenia.

Wassermann y Kahn: Negativas. Glucemia: 1.10 %. Urea: 0.30.

Pruebas funcionales renales: Sulfofenoltaleína: . . % en 70 minutos.

Diagnóstico. — Diverticulosis prostática complicada, de calculosis prostática, prostatitis crónica hipertrofiante, esclerosis del cuello vesical, diverticulosis vesical, dilatación ureteral bilateral, con reflujos vésico-uretero-renales y pielonefritis ascendente.

COMENTARIOS

Si estudiando atentamente los antecedentes del enfermo, quiéramos hacer un diagnóstico topográfico de su lesión, creeríamos sin exagerar, que todo su árbol urinario estuviera afectado. Así nos lo harían pensar, la gota uretral durante la defecación, la polaquiuria diurna y nocturna, la disuria y la micción en dos tiempos, sus orinas piúricas, etc.

La amplia confirmación de esta creencia nos la da el estudio semiológico e instrumental del enfermo, tal como fué enunciado más arriba.

Ante esa confusa presentación de síntomas y lesiones, cabe el preguntarse cuál ha sido la lesión primera, originaria del complejo cuadro que presenta nuestro enfermo.

La lesión inicial, la enfermedad en sí, es la diverticulosis de la próstata, lesión adquirida en el 99 % de los casos a consecuencia de una localización prostática de un proceso infeccioso general o de una infección local, frecuentemente la blenorragia.

Esta primera participación de la glándula, bajo la forma del pequeño y gran absceso prostático, pasa las más de las veces desapercibida.

Otras veces, cuando la infección prostática se conoce, el tratamiento instituido es insuficiente por no dársele la importancia que merece o, por ignorarse ésta.

Este primitivo absceso prostático, se abre en uretra posterior, y puede su cavidad permanecer asintomática y por lo tanto desconocida; pero las más de las veces, se infecta esa secundariamente, por microbios locales o llegados allí por vía urinaria descendente (síndrome entero renal) o por vía hemática, infección que tarde o temprano provoca el cuadro sintomático de la enfermedad.

Desgraciadamente el período de latencia es a veces muy largo, y es durante el que se teje toda la gama de complicaciones.

Estas se traducen ya por un síntoma de aparición larvada, ya por un síndrome completo, o permanecen latentes hasta períodos muy avanzados.

Nada podemos nosotros agregar al concepto patogénico de esta afección emitido por Heitz Boyer y su Escuela, y más arriba enunciado. Sólo nos contentaremos con desarrollarlo, para comprender la evolución de las lesiones hasta llegar a dar un cuadro análogo al presentado por nuestro enfermo.

Los divertículos, restos del antiguo absceso prostático, por condiciones de su configuración anatómica y ubicación, y por razones de forma, calibre y dirección de su cuello y orificio de abertura en uretra posterior, evacúan con dificultad su contenido, de allí que la retención y la dilatación sean hechos a los que no pueden escapar.

En esta forma ofrecen a los microbios llegados por las vías ya mencionadas, un excelente medio para su desarrollo.

La infección transforma al divertículo en un verdadero foco séptico, capaz de irradiar embolias microbianas, a cualquier sitio del organismo. A este respecto, y coincidiendo con ideas expuestas en trabajos argentinos y norteamericanos, podría atribuirse la úlcera duodenal padecida por el enfermo, como originada por una embolia séptica partida de su foco prostático.

La retención e infección del divertículo, al igual de lo que sucede en otras cavidades, nos explica la formación de cálculos en las diverticulosis, no siendo esta una complicación frecuente, que se presenta cuando por la dirección y tamaño de su conducto y orificio de drenaje, la retención alcanza en la cavidad su máxima expresión.

La persistencia de esta cavidad infectada en el seno de la próstata, origina necesariamente una reacción del tejido circundante y la peridiverticulosis que se forma es la causante de la prostatitis crónica hipertrofiante que se constituye en estos casos.

Esta prostatitis crónica da motivo a la aparición del síndrome cervical, que presentan estos enfermos, síndrome de tipo esclerosante y estenosante y a veces hipertrofiante, de origen puramente inflamatorio, o a veces, las menos de ellas, adenomatoso.

La histología de estos procesos desarrollados en el cuello vesical, es análoga, como lo ha demostrado Champy, a la de los cuellos uterinos hipertrofiados, cuando un proceso crónico los aqueja.

De la hipertrofia del cuello de tipo adenomatoso, resulta y no sin razón, como sostienen Heitz Boyer y Champy, de que no todos los llamados adenomas prostáticos tengan su punto de origen en las glándulas periuretrales, posteriores centrales y supramontanales, dejando al respecto, amplio campo a la investigación.

Constituído el síndrome cervical, el resto de las lesiones es sin duda su consecuencia.

Los divertículos vesicales de tan mentada etiología congénita, dada su frecuente concomitancia con adenomas prostáticos, son admitidos como su consecuencia. En este caso y de acuerdo con Marion, Heitz Boyer y autores americanos, es de imputar su presencia a la lesión cervical.

Y así, como el divertículo es el resultado de la lucha y agotamiento del músculo vesical contra el obstáculo cervical, la dilatación uretral y los reflujos ureterales traducen la insuficiencia de la musculatura de Waldeyer de las paredes ureterales.

Superfluo es agregar el importante papel que la infección presente en estos casos, tiene sobre las alteraciones estáticas y dinámicas del árbol urinario, infección que ellas mismas tienden a mantener.

El tratamiento, del que no nos ocuparemos ahora, será el objeto de una próxima comunicación.