

Hospital Rawson Sala Cátedra del  
Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

GUILLERMO IACAPRARO

## PROSTATECTOMIA POR HEMATURIA GRAVE DE LA PROSTATA

**C** REEMOS de interés relatar el caso clínico siguiente que se refiere al criterio adoptado ante un enfermo con hematurias graves de origen prostático.

J. R., de 56 años, chacarero, nos consulta en mayo del año pasado por hematurias.

El comienzo de sus trastornos urinarios se remonta a enero de 1936, caracterizándose ellos por polaquiuria nocturna, discreta disuria inicial y sensación de ardor al comienzo de la micción.

En abril del año pasado, agregado a su síndrome urinario mencionado se instala por primera vez una hematuria espontánea, muy abundante, indolora con coágulos. Hematuria de 3 días de duración que cesa espontáneamente durante 15 días, para reaparecer con iguales características, más abundante aún.

La micción se realiza ya con suma dificultad motivado ello por la abundancia de coágulos. Es en esas condiciones que nos consulta el enfermo constando como datos salientes en el momento del examen lo siguiente: hombre fatigado, disneico, taquicárdico, piel blanca y mucosas decoloradas, la micción es difícil, muy dificultosa, orina oscura con coágulos.

El examen urinario permite constatar: hematuria abundante, no existe estrechez uretral, el tacto denota la existencia de un discreto adenoma con sus caracteres clásicos de tal. No se palpan riñones. Instituímos tratamiento médico anti-hemorrágico, al mismo tiempo que intentamos practicar una cistoscopia. Durante media hora la aspiración de gran cantidad de coágulos, seguidos de lavaje vesical con solución caliente de antipirina, nos permite realizar el examen endoscópico con suma dificultad. No obstante ello, podemos confirmar: 1º, que la hematuria es baja, vesical; 2º, que la región que sangra es la cervical.

El examen de sangre practicado en el enfermo da como datos salientes:

Hemoglobina, 90 %; hematies, 2.900.000; leucocitos, 8.100; azoñemia, 0.43 %.

El drenaje vesical permanente resulta inútil; todos los esfuerzos fracasan, por la abundancia de coágulos que obstruyen la sonda. La hematuria sigue abundantemente y resolvemos en esas condiciones la intervención con carácter de urgencia.

Anestesia general con éter. Cistostomía amplia, evacuación prolija de los numerosos coágulos negruzcos que llenan la cavidad vesical. Exploramos luego la vejiga y ello lo realizamos como habitualmente en dos formas: 1º, exploración táctil; 2º, examen vesical con ayuda del espéculum vaginal.

Constatamos: mucosa vesical sana y el tacto intravesical ratifica la presencia del adenoma de próstata ya diagnosticado. No titubeamos en practicar la prostatectomía, que se realiza sin dificultad, taponamiento de la "loge prostática" y drenaje vesical con el tubo de Freyer.

Tratamiento del post operatorio, el habitual en los casos de prostatectomía, agregada a la terapéutica intensa para combatir el síndrome de anemia aguda por hemorragia, motivo de la intervención.

El enfermo se repone, mejora rápidamente, se aclaran las orinas, al tercer día se retira el taponamiento. Sonda uretral que reemplaza al drenaje hipogástrico a los 10 días, quedando el enfermo curado con su cierre vesical perfecto a los 25 días de operado.

El informe histológico de la pieza extraída dice: distintos puntos de la preparación muestran adenoma prostático típico a fondos de sacos glandulares muy separados unos de otros por tejido intersticial hiperplasiado. En ciertas zonas se observan tejido de granulación y de infección antigua.

Este breve relato se agrega a las observaciones por todos nosotros conocidas que es dable observar a veces hemorragias graves en el curso de la evolución de la hipertrofia simple de la próstata.

Las causas determinantes de estas hemorragias bien las conocemos, son las siguientes: en primer lugar el traumatismo directo por el cateterismo mal practicado o intempestivo y a veces también por un sondaje que parece haberse realizado en perfectas condiciones.

En otros casos la hemorragia es producto de pequeñas ulceraciones originadas en la superficie mucosa endovesical del adenoma y provocadas por la presencia del tubo de Freyer o sonda Pezzer, colocados en la cistostomía previa, como así lo relata Soria y Blanchot y otros.

Cuando la hematuria es espontánea, como en el caso que relatamos, en general es debida a una fuerte congestión del adenoma y muchas veces el examen cistoscópico permite verificar la presencia de una circulación venosa, considerables dilataciones varicosas, y verdaderas equimosis en la región cervical de la vejiga (Jacoli Bruni y

Nitze). Puede así observarse en toda esa zona una verdadera transudación sanguínea en forma de hemorragia en napa.

Muy a menudo la próstata es susceptible de sangrar más o menos abundantemente; y es un error creer que la hematuria de origen prostático es en general un síntoma de degeneración maligna, por el contrario, es frecuentemente observada en el curso de la evolución de un adenoma simple.

Bien recordamos que Guyón sostiene que sangran en general los adenomas grandes, glandulares puros, blandos, detalle este que no es compartido por Pasteur y otros que han observado hematurias abundantes en prostáticos portadores de pequeños adenomas.

Nuestra modesta experiencia nos permite afirmar que la neoplasias de próstata únicamente provocan hematurias graves cuando la lesión ha avanzado en grado tal que constituye la forma clínica conocida con el nombre de forma prostato pelviana de Guyón, en cambio el simple adenoma de la próstata puede originar hematurias gravísimas en las primeras etapas de su evolución clínica.

¿Cómo debemos tratar esas hematurias graves de origen prostático? La evacuación completa de la vejiga con aspiración completa de los coágulos se impone.

Es elocuente la comparación de Guyón: como en el útero, cuando aún quedan restos de placenta, la vejiga continuará sangrando hasta que ella no se halle completamente vacía de coágulos.

Si la hematuria es de poca importancia el reposo absoluto de la vejiga con la sonda permanente es el procedimiento de elección. Es importante recordar que para que ella sea de resultado efectivo, se debe tener la precaución y paciencia de vigilar que esté siempre libre la luz de la sonda.

Si la hematuria persiste y es abundante, la cistostomía suprapúbica se impone y es entonces que se plantea el nuevo problema que motiva este comentario: ¿debe realizarse la simple talla o la prostatectomía?

Pasteur en el Congreso Francés de Urología del año 1924, al comentar la prostatectomía de urgencia, señala el hecho que si bien la gravedad inmediata de una prostatectomía depende del estado renal, ella es un tratamiento racional de urgencia en caso de hemorragia persistente y abundante.

Bazy, Guerin, Gayet, Marión, Legueu, Escat, Michón, Naggiar citan casos de prostatectomía realizadas por hematurias graves y que salvaron la vida del enfermo. Sin embargo, es importante recalcar que no es el caso de practicar sistemáticamente la prostatectomía en los enfermos prostáticos con hematurias graves, es necesario antes establecer el diagnóstico preciso de hemorragia prostática y es por ello que la conducta a seguir deberá ser siempre la siguiente:

1º La vejiga limpia de sus coágulos permitirá con la ayuda del examen endoscópico indagar el origen de la hematuria.

2º Constatado el origen prostático por adenoma, si la hemorragia es abundante y grave siempre debe practicarse la prostatectomía. En efecto, la simple talla, el taponamiento vesical, las cauterizaciones químicas con percloruro de hierro la antipirina, la diatermocoagulación no dan en general resultado eficiente.

Bajo la reserva de un examen completo y de un diagnóstico de certitud la única terapéutica racional es la prostatectomía, sola operación capaz de salvar la vida del enfermo, si se hace de inmediato. Y si el paciente de nuestra clientela privada fué objeto de esa intervención con carácter de urgencia fué en base: 1º: al criterio expuesto, 2º: al recuerdo de un enfermo asistido por un distinguido colega y amigo, de cerca de 80 años de edad, tallado y cuya prostatectomía no se realizaba por la deficiencia de su aparato renal. Una hemorragia grave obligó a realizar la exéresis del adenoma y para feliz solución del enfermo salvó así de su hemorragia y de su drenaje hipogástrico, que estaba destinado a llevar con carácter permanente.