

Serv. de Urología del Hosp. Pirovano  
Jefe: Doctor CARLOS D. PICCARDO

Por el Doctor  
ANTONIO GRANARA COSTA

## ADENOMA DE PROSTATA Y LITIASIS MULTIPLE DEL MISMO

SI la litiasis prostática es una afección de relativa poca frecuencia, aunque su conocimiento data del año 1586 en que Marcelo Donato habla en su tratado "De Médica Historia" sobre un caso de litiasis que impedía la eyaculación de espermatozoos, menos frecuente es la concomitancia de adenoma y litiasis, como en el caso clínico que entraré a detallar sucintamente, donde además del adenoma se extrajeron una cantidad superior a dos mil pequeños cálculos.

*Historia clínica.* — C. C., italiano, edad 68 años, escultor.

Fecha de entrada. 17 de Octubre de 1938. Serv. del Dr. C. Piccarod.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre, muerto a los 63 años de reumatismo; madre, a los 43, ignora la causa; 5 hermanos, vivos 2; ignora la causa de la muerte de los demás.

*Antecedentes personales.* — No recuerda enfermedades en su infancia. Niega venéreas. Comienza hace 4 ó 5 años con cierta dificultad al orinar, prolongándose la micción al final en forma de gota a gota. Polaquiuria diurna y nocturna, hasta hacerse cada hora de día 7 a 8 veces de noche, en el último tiempo tiene ardores durante la micción. Hace un año aproximadamente también tuvo una retención aguda de orina, que pasa con bolsa de agua caliente. Sigue más o menos en las mismas condiciones hasta que últimamente tiene otros dos ataques de retenciones agudas, que pasan espontáneamente sin cateterismos.

La disuria es sobre todo inicial, con chorro mal calibrado y muy poca fuerza, ligero ardor al comienzo de la micción; en los intervalos no tiene síntoma alguno.

*Examen clínico.* — Nada digno de mención.

*Examen urológico; clínico e instrumental.*

*Inspección de la esfera génito urinaria.* — Nada de particular.

*Riñones.* — No hay puntos renales dolorosos, no se palpan.

*Uréteres.* — Puntos ureterales superiores, medio e inferior, indoloros.

*Uretra.* — El explorador a bola de Guyón se detiene a nivel de uretra posterior, pasando bien la sonda bequille N° 20 notándose alargada.

*Vejiga.* No duele a la palpación mono y bimanual; no es sensible al contacto ni a la distensión; retención 260 c.c.; orinas piúricas. Al examen cistoscópico, la mucosa es despulida y está surcada de pequeñas columnas. Cuello deformado por la presencia de masas adenomatosas, con la V característica y signo de Marion positivo.

*Próstata.* — Del tamaño de una mandarina, superficie lisa. borde superior

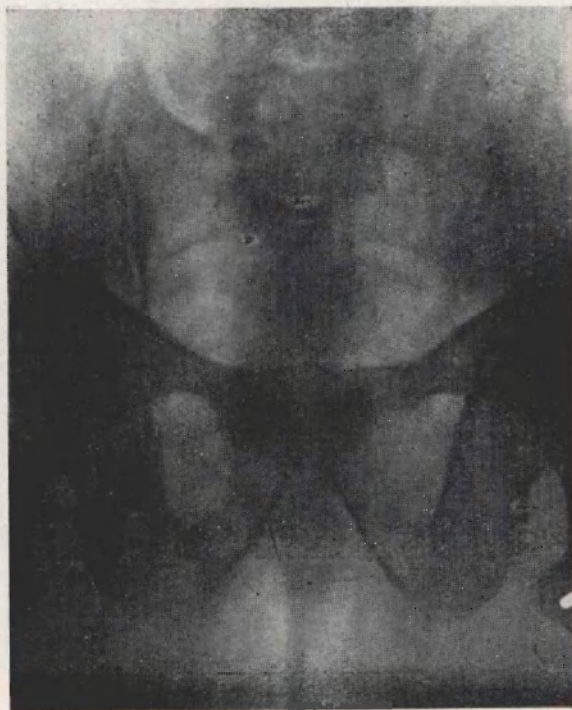


Figura N° 1.

se alcanza con dificultad. surco medio borrado; todos los caracteres propios del adenoma.

*Urea en sangre:* — 035° grs. ‰. Sulfo fenolptaleína: 45 ‰.

*Testículos, Epidídimos, cordones, vesículas seminales:* — Nada de particular.

El 17 de Noviembre se le practica la cistostomía con anestesia local, haciendo un post-operatorio bueno, dándosele de alta el 30 del mismo mes, esperando la oportunidad para la prostatectomía.

En Marzo de este año (1939), se presenta al hospital con un cuadro infeccioso agudo, temperatura elevada en forma intermitente, escalofríos, sensación de peso en periné; al tacto de próstata, la sensibilidad está muy aumentada, superficie ligeramente abollonada como empastada y de consistencia blanda; se

diagnóstica, proceso inflamatorio agudo del adenoma, o se pensó también en una prostatitis en vías de absceso; todo pasó en un período de 22 días más o menos, con vacunas y cytotropina endovenosa.

En el mes de Junio último se interna nuevamente para efectuarle la prostatectomía. Al efectuar el tacto prostático, me da la sensación de crepitación, nevosa, como el estallido de burbujas, percibiendo además frotos como si estuviera en presencia de una bolsa llena de pequeños cálculos. Este diagnóstico se com-

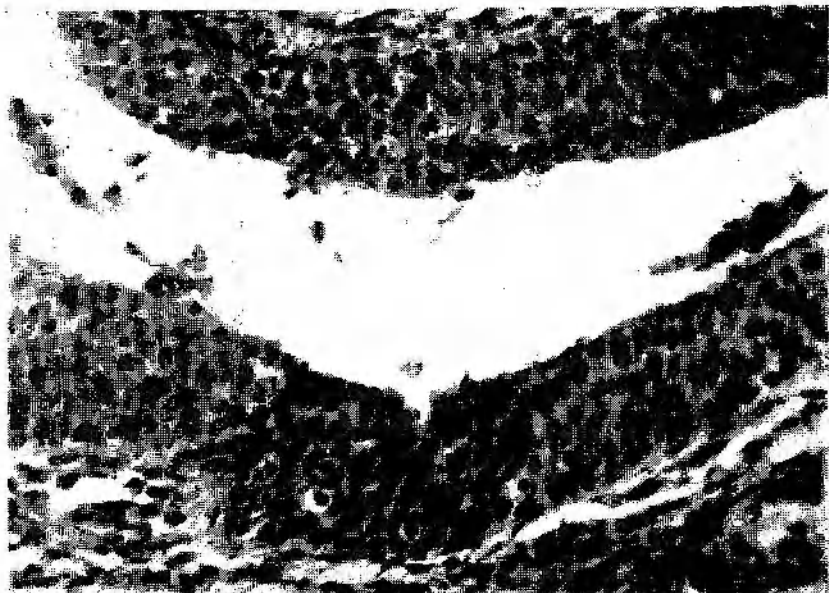


Figura N° 2.

probó con el examen radiográfico, en la radiografía simple a cada lado de la línea media del pubis, detrás de las ramas óseas del mismo existen dos manchas del tamaño de una nuez chica y de contornos irregulares; también existen pequeñas sombras calcúlosas muy cerca de esas sombras mayores.

Previo estudio y preparación del enfermo, el 6 de Junio se interviene con anestesia general, se extirpa un pequeño adenoma, encontrándose los planos de clivaje con toda facilidad, por debajo de él se encuentra una cavidad de regulares dimensiones repleta de pequeños cálculos, viéndose la tarea de extraerlos facilitada porque se hallaban aglutinados en los coágulos, y el resto con la ayuda de una cucharita doblada en ángulo recto, es en esta forma que pude retirar unos 184<sup>o</sup> pequeños cálculos, unos 300 más salieron espontáneamente después de sacar el tapón para hemostasia de la loge.

Post-operatorio normal, cerrando el meato hipogástrico a los 22 días.

*Anatomía patológica.* — Pieza operatoria del tamaño de una nuez, de contornos irregulares en su polo inferior donde presenta una serie de pequeñas cavi-

dades separadas por tabique fibrosos en parte perforados; polo superior bien delimitado pero ligeramente irregular, se encuentra el orificio propio de la uretra que atraviesa el adenoma en todo su espesor. El resto de sus paredes es de carácter más o menos liso. Al corte, se encuentran incluidas dentro del mismo adenoma y sin tener comunicación alguna con la uretra, una serie de pequeñas cavidades de distinto tamaño rellenas de pequeños cálculos en número variable y facetados.

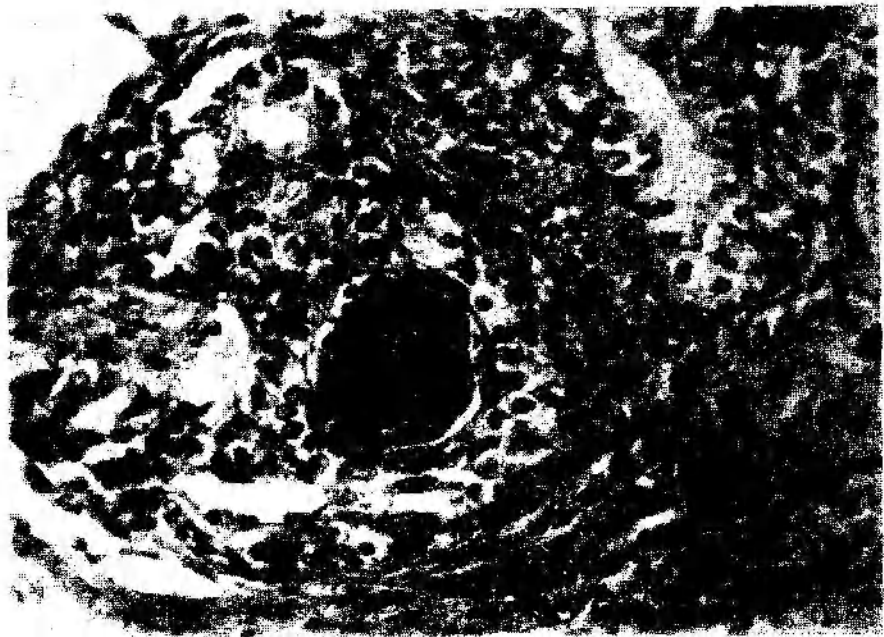


Figura N° 3.

El examen histológico es de un adenoma a predominio de tejido fibroso con reducción del elemento glandular. En medio del estroma se observan algunos pequeños focos de infiltración linfóide. En la parte superior pueden observarse las clásicas concreciones en la luz de los conductos glandulares conservados. En la parte inferior donde la dilatación quística y la esclerosis se han hecho considerables, no existen en cambio más que tabiques esclerosos y tejido de granulación, sin revestimiento epitelial, delimitando directamente a las cavidades quísticas calculosas.

La litiasis prostática se divide en dos grupos, cálculos endógenos y exógenos. A su vez los endógenos, en primitivos y secundarios. Los cálculos endógenos primitivos son aquellos que se forman dentro de la glándula y con elementos propios de la misma, la orina no entra en función en la patogénesis y la cavidad que los



contiene no comunica sino en casos excepcionales con la uretra; están constituídos a expensas de un núcleo que para Posner se debe a la coagulación de substancias albuminoideas contenidas en las células de los acinis y sacos glandulares y por la imbibición de lecitina que es abundante en el esperma y en el líquido prostático. Robín las divide en concreciones azoadas y fosfáticas, no siendo estas últimas más que el producto de incrustaciones de las primeras, el examen histo-químico demuestra la presencia en el núcleo azoadado, de materias grasas, colessterina, úrea, cistina, fosfatos, carbonatos de sodio y glóbulos rojos.

Los verdaderos cálculos endógenos primitivos son entonces estas incrustaciones azoadas, de relativa rareza y que se pueden limitar a los llamados *sympexions* azoados de Robín en el adenoma de próstata y los desarrollados en los acinis y conductos glandulares en prostatitis crónicas. A menudo pasan sin ser observados, siendo la teoría más aceptable como patogenia la de Montot, Pousson etc., y es la de la perturbación de la función con retención de la secreción; esta teoría está reforzada por el hecho de que los cálculos endógenos primitivos son desconocidos en los jóvenes, encontrándose después de los 40 años, aumentando su frecuencia con la edad; es también de hacer notar que la influencia de una infección es evidente, pues en casi todos los casos de la literatura se encuentra, como hemos visto al hacerla historia del caso en estudio.

De los cálculos endógenos secundarios, variedad, la más frecuente, formados por la precipitación de sales de la orina en las diverticulitis prostática, y de los exógenos, que son excepcionales, o sea aquellos que primitivos de otros órganos se detienen al paso por la uretra en una cavidad prostática, no voy a entrar en detalle, no son variedades que correspondan a nuestro caso clínico, o sea a los endógenos primitivos.

---