

Servicio de Urología del Hosp. Italiano;
Jefe: Dr. LUIS PAGLIERE

Por el Doctor
T. SCHIAPPAPIETRA

HEMORRAGIAS ESPONTANEAS DE LA PROSTATA HIPERTROFICA

ES necesario acordar que esta denominación corresponde a un tópico preciso y limitado, incluido dentro del vasto capítulo de las "hematurias de los prostáticos".

He preferido la denominación de hipertrofia prostática, que, para la nomenclatura clínica resulta útil y cómoda su conservación, permitiendonos incluir en el tópico sus distintas variedades histológicas.

En nuestra práctica hemos observado que las hemorragias espontáneas se registran como complicación frecuente en la próstata hipertrofica y si también incluimos aquellas hemorragias donde falta relación entre la escasa magnitud de la causa; maniobra habitual no accidentada y el efecto, hemorragia del tumor prostático; el número resultará ostensiblemente mayor a cualquier porcentaje anotado en comentarios anteriores.

En ocasiones ellas se presenta como síntoma primario, complicando fenómenos de prostatismo, otras veces en el curso de la preparación quirúrgica o en un tiempo de postergación premeditada por insuficiencia funcionales, etc.

Episodios que complican la evolución de la enfermedad de acuerdo a su magnitud y a la tendencia recidivante; desde el cuadro de urgencia eminente al de factible y fácil contemporización.

Con el propósito de ser lo más breve posible me refireré al cuadro sinóptico adjunto. En él he tratado de sintetizar las diferentes causas, de acuerdo a nuestras observaciones.

Como diátesis hemorragíparas recordaré un ejemplo por demás evidente, correspondiente a los casos 1º y 2º de la presente casuística.

Causas de hemorragias de la próstata hipertrófica	de orden general	discrasias	diatesis hemorrágicas. secundarias a estados tóxicos, uremias, etc.
			lesiones arteriales, con o sin hipertensión.
	de orden local	acción mecánica de los grandes adenomas.	éxtasis circulatorio y alteraciones tróficas sobre la mucosa. congestión, várices, estados pseudo-angiomasos, efracción necrosis.
		acción séptica	flucciones congestivas, localizaciones supuradas, lesiones ulcerativas, con proliferaciones inflamatorias.
	asociadas.		

Discrasias secundarias o estados tóxicos. — Algunos prostáticos llegan al servicio hospitalario, especialmente, en condiciones orgánicas y funcionales precarias, con cuadros de uremias por insuficiencia renal y hígato-renal, alteraciones hemáticas y labilidad vascular: equimosis fáciles y hasta verdadero estado de púrpura es dado observar.

Las lesiones arteriales y en especial hipertensivas suelen presentarse también en concausa a lesiones de orden local.

Como causa local, haremos notar la importancia y la frecuencia del *adenoma a gran desarrollo* en este tipo de complicación. En algunas ocasiones hemos observado verdaderas várices de la mucosa vesical y hasta uretral que cubrían los lóbulos adenomatosos, estado angiomaso fácilmente sangrante, efracciones espontáneas y zonas edematosas; exteriorizando éxtasis vascular y alteraciones tróficas, con probable relación a la acción mecánica del gran tamaño del adenoma.

Los puntos ulcerados, expuestos a la infección frecuente del medio, evolucionan con la reacción inflamatoria de los tejidos próximos. Casuística 3ª.

Hemos tenido oportunidad de seguir uno de estos adenomas gigantes cistostomizados de urgencia por hemorragia, donde confirmamos luego grandes focos de necrosis de la mucosa e intraadenomatoso. Casuística 4ª.

Estados sépticos del adenoma como manifestaciones puramente congestivas, pequeños focos submucosos y en especial los abscesos intraadenomatosos próximos a la mucosa uretro-vesical, los hemos documentados como causante de hemorragias por las alteraciones inflamatorias de la mucosa que los cubre; flucción que progresivamente llega hasta la ulceración. Casuística 6ª.

Otras veces el proceso séptico de evolución crónica, con pocas manifestaciones de orden séptico general y localmente transmitiendo tan sólo la sensación de infiltración dura; si a esta equívoca sensación se agrega la hemorragia y el dolor, explica que su interpretación puede ser errónea.

Forma histológica. — Fundado en las lecturas de las historias del Archivo Clínico del Servicio de Urología del Hospital Italiano y en la observación personal de toda próstata hipertrófica que se hubiese comportado hemorrágica, no hemos encontrado relación alguna a la forma histológica.

Basta tener presente la edad prostática y el avanzado estado en que ingresan muchos de estos enfermos, con todas sus lesiones y secuelas, para pensar que, las *causas asociadas* suelen ser las responsables de un buen número de hemorragias graves de la próstata hipertrófica. En favor de la existencia de estas formas combinadas, deseo señalar la casuística 3ª, donde fué observado un estado pseudo-angiomatoso de la mucosa, con hemorragia difusa, que nos obligó a la prostatectomía de urgencia. La recidiva de grandes hemorragias difusas de la cavidad prostática, aún muchos días después de la ectomía confirmaron que, la causa no era solamente de orden local.

Nos ha parecido indispensable dejar sentado esta diversidad de formas y estados clínicos, antes de afrontarnos a su tratamiento.

DIAGNOSTICO

Deseo no determe en el diagnóstico de localización de las hematurias. Es necesario tener presente que, *toda causa de hematuria puede hacerse presente en el prostático*, más las inherentes a la decompresión del árbol urinario, si ella existiese. Nos ocupa las hemorragias de la próstata hipertrófica, en especial las grandes hemorragias, aquellas que llegan a poner en peligro la vida de los pacientes. Ante esta eventualidad de eminente urgencia, con retención de coágulos, anemia aguda, frecuente imposibilidad de toda maniobra endoscópica. Previo los exámenes pertinentes de laboratorio y el urograma excretorio, no cabe otra indicación diagnóstica para estos casos excepcionales, que la cistostomía; ella confirmará el lugar y causa determinante de la hemorragia. En diversas ocasiones hemos procedido a la aspiración de coágulos esforzándonos en la observación endoscópica, para lo cual hay que contar con un tamaño discreto del adenoma.

TRATAMIENTO

Al enumerar las causas de las hemorragias prostáticas por nosotros observadas, hemos pretendido dar una idea aproximada de las muy distintas condiciones de uno a otro paciente. En las pequeñas hemorragias, formas hematóricas, el simple reposo, el drenaje vesical y los antisépticos no congestivos o balsámicos resultan frecuentemente suficientes. En las grandes hemorragias con formación y retención de coágulos; el deseo de contribuir con el mayor porcentaje a la prostatectomía en un tiempo, nos ha obligado a esforzarnos en la aspiración de coágulos seguida del uso endovesical de solución de citrato de sodio como preventivo a su nueva formación, mientras dure el episodio congestivo.

Cuando ello no fué posible o hubo fracasado por la abundancia de la hemorragia, hemos procedido a la cistostomía exploradora. En alguna ocasión ha bastado la electro-coagulación del punto o zona de mucosa sangrante. En dos oportunidades nos hemos encontrado con hemorragias difusas de la mucosa uretro-vesical que cubría los lóbulos adenomatosos. Enfermos que presentaban condiciones precarias; descompensados e insuficientes a la más remota probabilidad de sobrellevar la prostatectomía. Debo manifestar que bajo la inyección submucosa e intraadenomatosa de Pituitrina, he visto

anemizarse casi de inmediato, el aspecto de morcilla sangrante que presentaban estos grandes adenomas, permitiendo llegar a mejor oportunidad para la ectomía.

La hemorragia no implica la postergación de prestatectomía en un tiempo, sino por el contrario, previa compulsión de las condiciones funcionales capaces de respaldar la operación radical y confirmación de causa local. Casuística 5°.

El drenaje del lóbulo mediano por vía transvesical, hallazgo casual terminó de inmediato con la hemorragia al efectuarse la retracción de la mucosa y con ella la hemostasia de los puntos erosionados: llegando después, de una prolija preparación en condiciones óptimas a la prostatectomía.

CASUÍSTICA

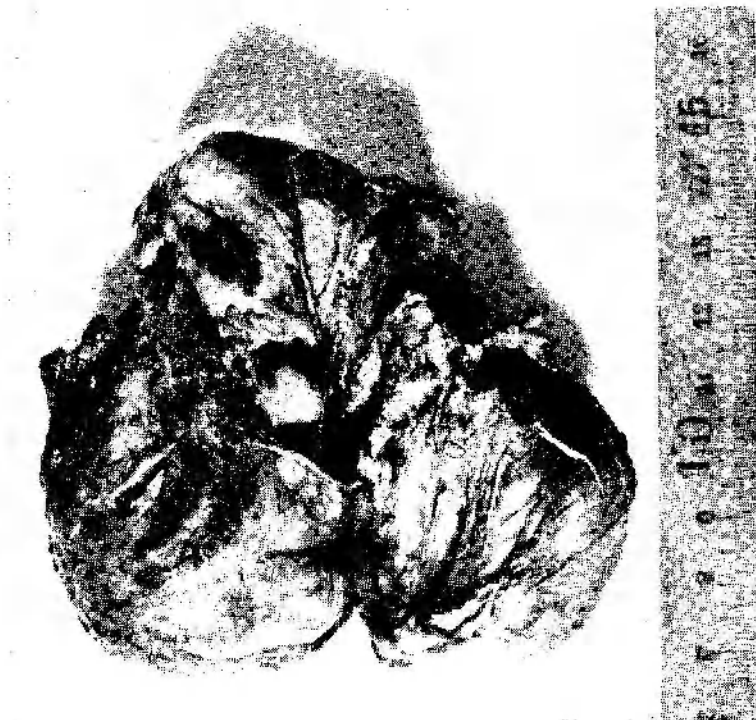
1°. — N° 148.882 del archivo clínico del Hospital Italiano, S. J., de 68 años. Internado el 6 de Junio de 1926 por hematuria con formación de gruesos coágulos que dificultaban la micción. Antecedentes de prostatismo, próstata hipertrófica. Fué factible de preparación con drenaje vesical con sonda uretral. A los pocos días había cesado la hematuria, mejora el estado general concomitantemente a las pruebas de funcionalidad renal.

Prostatectomía a lo Freyer. — Pese al prolijo taponage efectuado, esa misma noche gran hemorragia que obligó a la exploración y retaponage. Al 6° día, al retirarse el taponamiento se reproduce la hemorragia con alternativas durante ese día, hasta cohibirse durante la noche, para reproducirse a la mañana siguiente después de una transfusión. En horas de la tarde de ese mismo día fué necesario reponer el taponage seguido de nueva transfusión. Muere a la mañana siguiente con síntomas de anemia aguda por recibidas de hemorragias.

2°. — Diez años después, su hermano S. V., de 70 años, ingresó bajo el número de matrícula 198.680. Dificultaba su preparación la repetición de episodios hemorrágicos a la más insignificante maniobra uretral y la existencia de una gingivitis hemorrágica. El signo del lazo fué observado. Se determinó la disminución de plaquetas 120.160 c.c. sin otras modificaciones hemáticas que una ligera anemia. Marcado retardo en la retracción del coágulo y (Duke) ligero alargamiento del tiempo de hemorragia. Se prepara con calcio, extracto de plaquetas; coaguleno; coagulasa, etc. pequeñas

y repetidas transfusiones. Pese a la preparación, el post-operatorio de la prostatectomía fué también accidentado por hemorragias que por fortuna no fueron de la gravedad del anterior operado.

3° — S. B., de 68 años, a quien había examinado días antes, reconociéndole una retención crónica de orina en estado de distensión con próstata muy aumentada de tamaño. Absteniéndome de



FOTOGRAFÍA 1
Adenoma extraído, grs. 120.

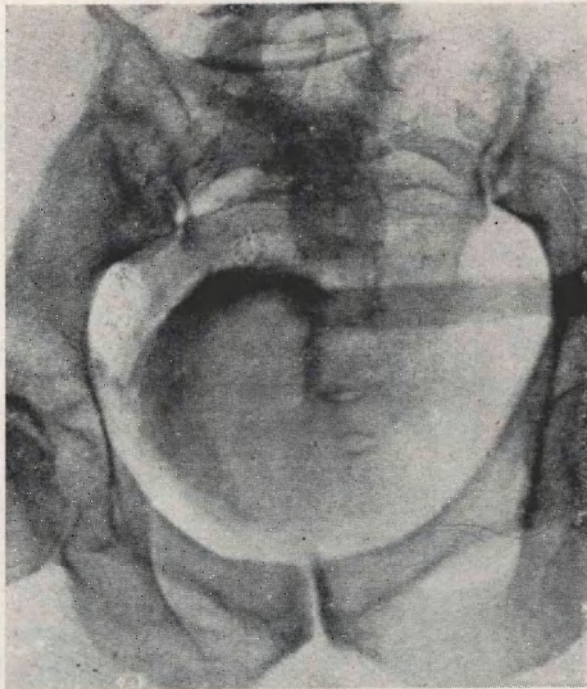
efectuar maniobra instrumental alguna, le indiqué la internación, que cumplió después de la aparición de micciones espontáneamente hematóricas. Sujeto de constitución obesa, cardio-arterial con hipertensión: Máx.: 24. Mín.: 14. Concentración de úrea en suero sanguíneo gramos 1.20 ‰. El vaciamiento lento, gota a gota, de la vejiga fué cumplida pese a las interrupciones por pequeños coagulos. Al 6° día de sonda uretral en permanencia, cuando ya había aclarado las orinas, la concentración de úrea en suero sanguíneo se había reducido a gramos 0.72 ‰; pero con poca modificación de

su presión arterial, nuevo episodio congestivo, terminando con la retención de grandes coágulos que obligan a maniobras de aspiración en repetidas oportunidades en el día. En vista del estado de anemia, procedemos a la cistostomía. Comprobamos un enorme adenoma a desarrollo vesical, cuya mucosa de aspecto equimótico y surcada por formaciones varicosas, sangraba en toda su superficie. Decidimos la prostatectomía y libre la vejiga de tamaño adenoma, se pudo limpiar una gran cavidad prostática sin mayor tendencia hemorrágica de la superficie cruenta, que taponamos con gasa yodoformada y bajo el mayor control factible. Cuidamos de transfundir y mantener la hidratación en lo indispensable con el fin de aprovechar el descenso de la presión arterial. El post-operatorio próximo resultaba muy alentador. El nuevo problema se presentó al retirar el taponage, que le hicimos por parte y a partir del 7º día. Contra todas nuestras precauciones la tensión arterial era ya casi tan alta como al principio de su asistencia. Las hemorragias se repitieron hasta obligarnos a nueva exploración de la cavidad prostática que sangraba en napa y nuevo taponage al undécimo día después de la prostatectomía.

4º — Número de matrícula 229.215; S. R., de 61 años, internado por retención completa, con vejiga distendida, precedida de algunas micciones hematóricas. Aparición de coágulos a través del meato uretral. Próstata muy aumentada sin ser posible delimitar su borde superior y de acuerdo al alargamiento de la uretra posterior. Profundamente desnutrido y deshidratado. El estado cardio-arterial sin otras particularidades que la hipotensión en relación a las condiciones ya indicadas. Con anestesia local procedimos haciendo una pequeña incisión supra-púbica, fijamos la vejiga y punzamos con trocar grueso del aspirador de Finocchietto sin conseguir adelantar en el vaciamiento de tan gruesos coágulos. Ampliamos la incisión de vejiga y reconocimos un enorme adenoma a desarrollo endovesical. Al librar su mucosa de coágulos, vimos sangrar en forma arterial a nivel de una pequeña ulceración, con punto de transición hicimos su hemostasia y electrocoagulación de otros dos puntos que sangraban en napa. Ello resultó suficiente para satisfacer la indicación de urgencia.

Evolución. — La funcionalidad renal muy insuficiente, el estado urinoso séptico no fué influenciado por la medicación, pasando

de la desnutrición a la caquexia. Treinta días después de practicada la cistostomía de urgencia, abundante cantidad de sangre hacía aparición a través del drenaje hipogástrico. Una nueva exploración reconocía un gran esfacelo con necrosis de mucosa y lóbulo adematoso.



CISTORADIOGRAFÍA

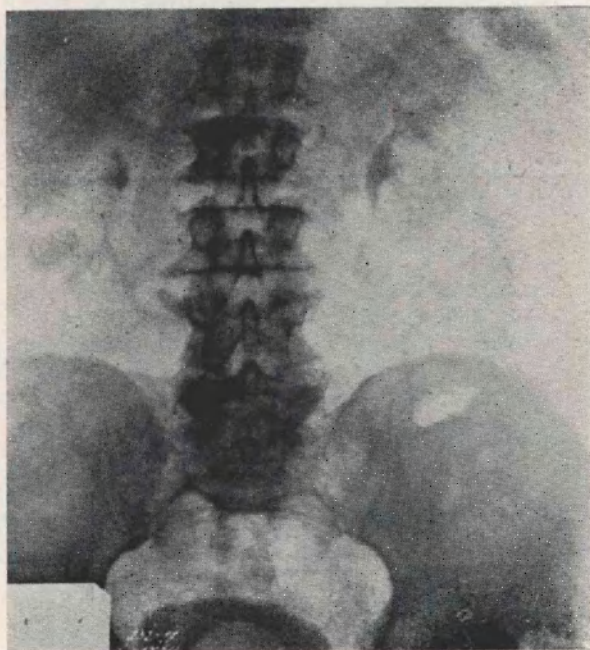
Gran adenoma ocupando totalmente la vejiga cistostomizada. La solución de contraste proyectándose en media luna sobre la mitad derecha del adenoma.

5° — A. J., de 62 años, consulta por repetidos y persistentes episodios hematúricos sin otros antecedentes que los de protatismo. Próstata hipertrófica. Resíduo vesical 80 c.c.

Aprovechando la presencia de hematuria, practiqué de inmediato el examen endoscópico. Uretra prostática alargada con reducción de su luz por dos lóbulos laterales. Cuello vesical deforme por un gran lóbulo mediano que cubre gran parte del trigono y orificio uretral derecho. En la parte preeminente de este lóbulo se observa una lesión ulcerada a bordes netos, haciendo ligero relieve no papilomitoso y de superficie sangrante. Las orinas eyuculadas a través

del orificio uretral izquierdo, único visible, se comportaban claras. Internado en el Servicio de Urología bajo el número de matrícula 232.47, observamos su hematuria durante varios días, mientras se efectuaron los exámenes pertinentes.

En la orina, fuera de la hematuria, el examen químico y microscópico normal y en relación a la diuresis diaria.

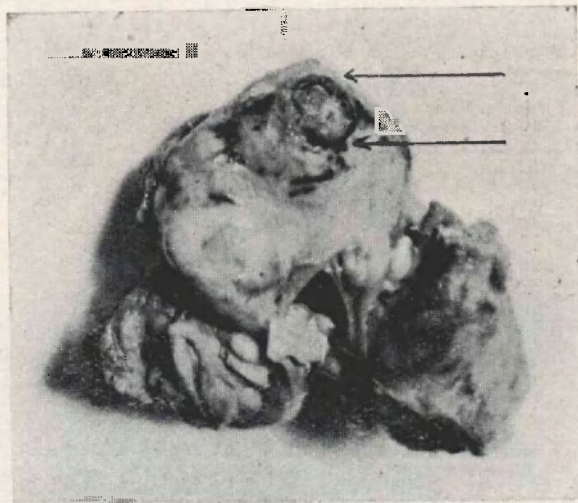


UROGRAMA 3

Urograma con imagen de contraste de un gran lóbulo prostático a desarrollo endovesical.

Concentración de úrea en suero sanguíneo: grs. 0,50 ‰.

Recuento globular		Examen citológico	
Glóbulos rojos	3.060.000 mm. ³	Polinucleares neutrófilos	76
„ blancos	12.600 „	„ eosinófilos	4
Hemoglobina	59 „	Linfocitos	14
Valor globular	0,56 „	„ leucocitoides	14
Relación globulares	1:242 „	Monocitos	1
Plaquetas por mm. ³	333.540	Ligera anisertosis	100
Tiempo de coagulación		Sangre examinada	
Se inicia apreciablemente a		5' 30''	
Es total:		6' 58''	
Retracción del coágulo: Aumentada.		Grupo sanguíneo: 0 (cero).	



FOTOGRAFÍA 4
Lesión ulcerada comprendida entre las
dos flechas, sobre la mucosa vesical
que cubre el lóbulo mediano.



FOTOGRAFÍA 5
Corte ántero-posterior del lóbulo me-
diano comprendiendo la lesión
ulcerada.
Igual dirección para el corte del
estudio histológico



FIG. 6
Microfotografía 1ª

Vista de conjunto a pequeño aumento. En la parte superior se observa la formación vegetante, constituida por tejido de granulación inflamatoria que, presenta su pedículo junto a la cápsula fibrosa donde la mucosa vesical se muestra interrumpida —señalada por la flecha mayor— más profundamente ya elementos glandulares. A mayor aumento se observa que ese tejido de infiltración inflamatoria sin características de especificidad, muy vascularizado y con puntos superficiales donde es notable la angiectasia.



FIG. 7
Microfotografía 2ª

A mayor aumento. Un punto de gran infiltración inflamatoria de la parte vegetante desprovista de mucosa —señalada en la preparación anterior por la flecha pequeña.

De los urogramas por excreción, sin haber obtenido una imagen completa de la porción superior del árbol excretor, se observó: silueta renal de tamaño y forma normal, buen tiempo de eliminación para ambos riñones; en la última película puede observarse abundante sustancia eliminada y la imagen de contraste de un gran lóbulo prostático a desarrollo endovesical. Un aumento de hemorragia llega a la formación y retención de coágulos, este accidente adelanta la hora de la operación fijada para ese mismo día. Prostatectomía perineo-hipogástrica, previa confirmación a cielo abierto del punto hemorrágico.

El post-operatorio se desarrolló en forma ideal. Al 7º día fué retirado el taponaje de la cavidad prostática y 6 días después la vejiga era continente, ya en condiciones de ser retirada la sonda uretral.

Las fotografías 4 y 5 corresponden al adenoma extraído; y las microfotografías 1ª y 2ª al estudio histológico.

6º — Internado el 7 de Abril de 1938 bajo el número de matrícula 228.890, de 70 años de edad. Fenómeno de prostatismo que databan desde dos años atrás. Disuria con orinas piúricas. Próstata hipertrófica. Residuo vesical: 280 c.c. Estado subfebril, 37,2 temperatura axilar, que se normalizó a los pocos días de sonda permanente y antisepsia urinaria. El día 20 se inicia la hematuria que no fué posible localizar por vía endoscópica dado el tamaño de la próstata y su desarrollo endovesical. Con mayor abundancia, formación de coágulos y ascenso de la temperatura a 37,3 el día 26; precedido ya de tenesmo vesical y sin modificación apreciable a través de la pared rectal. En horas de la tarde hubo de decidir la cistostomía de urgencia. Extraídos los coágulos se comprueba un lóbulo mediano, haciendo gran relieve endovesical cuya mucosa fuertemente congestionada turgente y con varios puntos sangrantes se presume fluctuante y se punza. Drenamos un gran absceso que vaciaba casi por completo el lóbulo mediano, retraída la cápsula y mucosa observamos como se cohibía la hemorragia.

Repuestas la condiciones de su estado general y mejorada la funcionalidad renal, procedimos a la prostatectomía el 28 de Junio, que evolucionó sin la más mínima tendencia hemorrágica.

RESUMIENDO

De acuerdo a nuestras observaciones, las hemorragias de la próstata hipertrofica responden en su mayoría a causas de orden local, deben tenerse presente las causas de orden general y la acción de ambas simultáneamente.

Nos hemos detenido especialmente en el estudio de las lesiones de la mucosa que cubre los grandes adenomas hemorragíparos. Mucosa hemorragíparas.

Respecto al tratamiento: En los enfermos compensados, con buenas condiciones funcionales, la prostatectomía puede ser requerida de urgencia sin dar lugar a duda; pero en esas condiciones ella es excepcional. Lo frecuente resulta ser que, la situación de urgencia se presenta en enfermos descompensados, con estados tóxicos o sépticos donde es preferible toda medida paliativa dirigida a hacer factible la espectación, o ya, dirigida al foco hemorrágico. Para hacer factible la espectación, hemos señalado la aspiración seguida del uso endovesical de la solución de citrato de soda. Dirigida al foco hemorrágico la electrocoagulación de las lesiones de la mucosa, la hemostasia de los vasos ulcerados y la inyección intraprostática de Pituitrina para las formas de hemorragias difusas. Estas medidas paliativas nos han permitido conducir al mayor número de enfermos en condiciones precarias a mejor oportunidad para la prostatectomía.