

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI

y ALFREDO A. GRIMALDI

SARCOMA DE PROSTATA EN UN NIÑO

EN nuestras sesiones del año 1940 presentamos ⁽¹⁾ un caso de tumor maligno de la próstata en un niño de 15 años, en el cual la retención aguda fué el síntoma predominante, hecho que ya constituye lo clásico en esta afección, Herman ⁽²⁾, Campbell ⁽³⁾, Hinman ⁽⁴⁾.

Hoy, nos vamos a ocupar de otro en el cual todo hace suponer, si no seguro, verosímil, la existencia de una tumoración de origen prostático con los caracteres anátomo-patológico del mixosarcoma.

Se refiere al niño A. M. F., de 10 años de edad, que ingresa el 12 de julio da 1940 ocupando la cama No. 40.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: De las enfermedades de la infancia, padeció de coqueluche solamente, según referencia de los padres. A los 8 años de edad recibió varias aplicaciones de rayos ultravioletas para el tratamiento de unas adenopatías abdominales, aparecidas en esa época coincidiendo con manifiesta debilidad general; quedó aparentemente en buenas condiciones.

Hace 4 meses, a raíz de una caída desde una silla, su región perineal chocó contra el suelo, provocando el traumatismo un proceso local (tumoración discreta y dolor), que desapareció con diversas fomentaciones y reposo.

No tuvo, entonces trastorno uro-genital alguno.

Desde hace un mes ha perdido peso en forma pronunciada (varios kilogramos).

Enfermedad actual: Hallándose en buenas condiciones de salud, sufre una crisis de retención aguda completa de orina, un mes después del traumatismo perineal referido. Ocurrió este episodio al volver del colegio y a la imposibilidad de emitir una sola gota de orina se agregaron intensos dolores en hipogastrio, observando los padres la existencia de un globo vesical típico. En el Hospital Tornú

es sondado, con bastante dificultad pudiendo después orinar espontáneamente. Un examen realizado en el Hospital Alvear, al día siguiente, no aporta al parecer ningún elemento que pueda aclarar la causa de la retención sufrida.

Pasan 15 días, durante los cuales el paciente se queja de disuria poco marcada, y al cabo de ellos surge nuevamente otro cuadro de retención aguda completa de orina. Llevado al Hospital Alvear se le extrae la orina de su vejiga por sondeo, previa anestesia general dándosele de alta después de un examen radiográfico.

De esta segunda retención no pasó a la recuperación aparentemente casi completa de sus micciones, como ocurrió con la primera.

Persistió evidente dificultad para la micción y el estado general fué progresivamente en descenso. Es vuelto a examinar hace 20 días en el Hospital Tornú, donde sospechan la existencia de una neoformación, lo que manifiestan a los padres, proponéndoles intervenir quirúrgicamente.

El 23 de junio, por una nueva retención completa de orina, se le coloca una sonda durante 5 días, luego fué objeto de sondeos repetidos pues no pudo volver a orinar espontáneamente. Es de advertir que el cateterismo de su uretra se hacía cada vez con más dificultad, hasta que fué prácticamente irrealizable. En estas condiciones ingresa a nuestro servicio.

Estado actual: Paciente en precarias condiciones generales: enflaquecido y deshidratado. Facies dolorosa y febril.

Se halla en retención completa de orina observándose el globo vesical cuya base se ve y se palpa a mitad de trayecto de la línea xifo-umbilical.

La pared abdominal anterior se encuentra contracturada, siendo su palpación muy dolorosa.

A nivel del periné en la zona comprendida entre las bolsas y el ano, se observa una tumoración, de un diámetro de 6 cm. aproximadamente, lisa, blanda, fluctuante, y dolorosa que parece formar cuerpo con la uretra y cuya expresión provoca la salida por el meato de una sustancia espesa, achocolatada.

El tacto rectal practicado en estas condiciones, revela una próstata evidentemente aumentada de volumen, blanda, lisa.

El sondeo vesical es imposible.

Es llevado inmediatamente a la mesa de operaciones.

Operación: Talla vesical hipogástrica. La orina es fétida, sanguinolenta, sin coágulos.

La incisión de la tumoración perineal da salida a un líquido sero-sanguinolento y a unas masas, de aspecto y consistencia glandular, que se remiten al anatómo-patológico para sus análisis.

La cavidad que deja la salida de los brotes de neo-formación al parecer, es del tamaño de un puño, y su exploración digital permite ubicarlas entre la uretra, el recto, un plano horizontal a nivel del pubis (que se alcanza a tocar nítidamente) y, por supuesto, el piso del periné.

Se taponan con gasa.

EVOLUCION

La talla vesical dió cuenta en pocos días de una azoemia de 2,21 gr. por mil.

La herida del periné da lugar a una copiosa hemorragia que se produjo aproximadamente a las 15 hs. de la intervención.

El contaje globular realizado posteriormente a ese accidente, mostró la existencia de 2,1000.000 hematíes y 45 de hemoglobina al Sahli.

Los brotes neoplásticos hacían procidencia cada vez más acentuada, en la brecha perineal.

Repetidas transfusiones levantaron el estado general del enfermo, que es llevado por sus familiares a su casa donde fallece un mes más tarde, según nos comunican.

Agreguemos que el tacto rectal practicado repetidas veces después de la talla vesical permitió asignarle a la región prostática enormemente aumentada, los caracteres que presentaba la tumoración perineal (blanda, simulando absesos), alternando con zonas de gran consistencia.

COMENTARIOS

El enfermo fué intervenido, en lo que se refiere a su proceso perineal, ya que la talla tenía su justificativo perentorio e indiscutible, porque creímos estar en presencia de un hematoma supurado, el que, ubicado en las inmediaciones de la uretra perineal, provocaba por compresión y propagación del proceso a la misma, los episodios de retención.

El antecedente del traumatismo, la expulsión por la uretra, mediante la expresión del tumor perineal, de una substancia con las características descriptas y las dificultades que presentaba la realización del tacto rectal de un enfermo en tales condiciones (enorme globo vesical, dolor abdominal y perineal a la más simple manobra, etc), son, si no justificativos, elementos que nos indujeron a tal diagnóstico.

El drenaje de la tumoración perineal, si así puede llamarse, y la exploración en el acto operatorio nos permitieron sentar el diagnóstico de "*sarcoma de la próstata con invasión de la uretra y del espacio infraprostático con deformación consecutiva del periné*", es decir, que el tumor siguió una de las dos modalidades a que se refiere Young (5), cuando dice que puede hacerlo hacia arriba, hacia atrás de la vejiga o hacia abajo introduciéndose en el periné.

El diagnóstico anátomo-patológico de *mixosarcoma* lo debemos a la gentileza del Prof. Brachetto Brian (Protocolo N° 3236, Julio 12-1940).

Consideramos que no debe ser despreciado el traumatismo como causa desencadenante del proceso tumoral.

La reticencia con que iniciamos esta comunicación cuando decimos que suponemos como verosímil el origen prostático de esta tumoración, se debe a la falta del examen anátomo-patológico de la próstata que no pudo realizarse por fallecer el enfermo en su casa.

No queremos caer, por mucho que nos apoye el examen histológico de la tumoración perineal y el tacto prostático post-operatorio, en el error demasiado difundido de asignarles a estos neoplasmas que nacen en cualquier parte del conectivo un indudable origen glandular.

Quedaría como último punto a comentar en cuanto hemos precipitado la evolución del proceso con la intervención perineal. Va sin decir, que ella no se hubiera realizado sin el diagnóstico de hematoma supurado.

BIBLIOGRAFIA

- (1) F. E. Grimaldi, J. Duggan, C. Drysdale: Tumor maligno de la próstata en un niño. Págs. 5 y 6 de la Revista Argentina de Urología.
- (2) Herman: The practice of Urology. Pág. 774.
- (3) Campbell: Pediatric Urology. Vol. II - Pág. 314.
- (4) Hinman: Principles and practice of Urology. Pág. 904.
- (5) Young: Practice of Urology. Pág. 624.

DISCUSION

Dr. Alvarez Colodrero. — Pido la palabra, exclusivamente para ratificar lo que ha dicho el Dr. Grimaldi. Ese enfermo fué visto por el que habla en el hospital Tornú, quien hizo inmediatamente el diagnóstico —por la característica del tacto y la evolución clínica— de sarcoma de próstata. Pensaba presentar este caso con el Dr. Vilar en esta Sociedad y tenemos la documentación pertinente en forma de una cistografía que realmente es muy interesante.

Lo prometemos hacer, entonces, para la próxima sesión. Desgraciadamente, este niño, cuando hicimos la indicación quirúrgica, pensábamos hacer una talla para facilitar la evacuación de su orina y con el deseo de hacer una biopsia para establecer el tipo de tumor. el niño fué al hospital Ramos Mejía, donde lo trató el Dr. Grimaldi.

Dr. Grimaldi. — No me queda más que agradecer la colaboración prestada.
