

# CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE LITIASIS VESICO-URETRO-PROSTATICA

---

Por los Dres. R. I. MATHIS y JORGE A. SAUBIDET

No es frecuente observar litiasis de vejiga, próstata y uretra simultáneamente. Cada una de estas localizaciones entraña problema terapéuticos que es menester resolver con criterio particular y variable en cada caso.

Relatamos a continuación una observación clínica de este tipo.

J. G., que ingresa a la sala VIII del Hospital Teodoro Alvarez (Jefe: Dr. Pedro Wallace) el 2 de mayo de 1943, ocupando la cama 14.

Argentino, de 33 años de edad, casado, de profesión chófer. (Libro V, Historia N<sup>o</sup> ).

Entre sus antecedentes únicamente es digno de mención una blenorragia que adquiere a los 20 años, que trata irregularmente, ya consecuencia de la cual sobrevienen epididimitis bilaterales a repetición; desde entonces tiene reagudizaciones periódicas del proceso uretral, quedando como secuela una gota matinal.

La enfermedad actual comienza hace aproximadamente un año con disuria intensa que se instala bruscamente, refiriendo el enfermo que durante una micción sintió de golpe un dolor intenso en la parte media de la uretra perineal, saliendo luego la orina con mucho esfuerzo y gota a gota, episodio que cede rápida y espontáneamente.

Dos meses después comienza con dolores hipogástricos y polaquiuria que aumentan en intensidad día a día, dolor que se exagera al final de la micción, hasta que una quincena antes de su ingreso, al orinar siente un fuerte dolor en la región perineal, notando desde entonces, por palpación, una tumoración mal limitada y muy dolorosa que aumenta progresivamente. lo cual motiva su internación. Ultimamente persiste una polaquiuria intensa y en algunas micciones elimina pequeñas concreciones, y observa que las orinas son sumamente turbias.

*Estado actual:* Enfermo con buen desarrollo osteo-muscular. Regular estado de nutrición. Facies de intoxicado, febricitante. Lengua saburral seca. Mucosas pálidas. Fiebre 27<sup>o</sup>5 a 38<sup>o</sup>.

El examen clínico es negativo en lo que se refiere a aparatos circulatorio, respiratorio y nervioso.

Presión arterial Mx. 120; Mn. 60. Pulso regular, rítmico 96 por minuto.

El examen del abdomen no ofrece nada de particular, salvo la palpación de la región hipogástrica que es dolorosa.

Aparatos urinario: disuria intensa. Chorro en regadera y a veces gota a gota. Orinas lechosas en todos los vasos.

Uretra: La palpación la revela indurada e irregular, catenaria. Se comprueba en el ángulo peno-escrotal y uretra medio peneana dos zonas duras muy dolorosas, como granos

En la región perineal a nivel de la línea media y haciendo cuerpo con la uretra existe una tumoración del tamaño de una ciruela grande dolorosa mal limitada que adhiere a la piel caliente y roja. En la parte media de esta zona existe un orificio de bordes mal limitados por el que

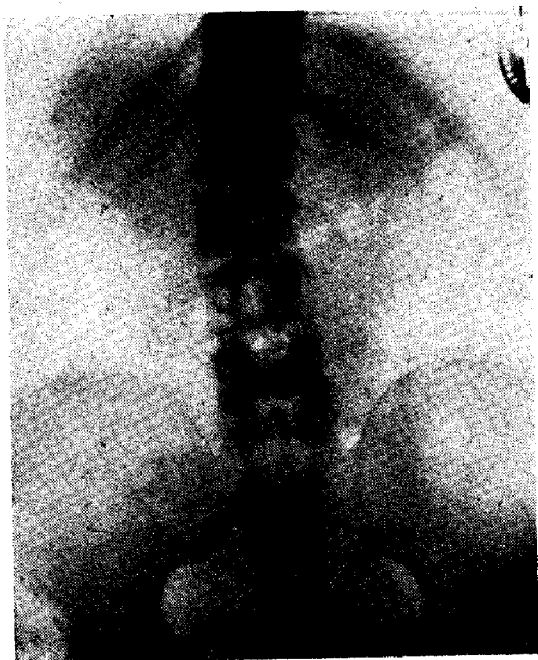


Figura 1



Figura 2

salen gotas de secreción de tipo purulento, bien ligado, y durante la micción es fácil comprobar la salida de líquido urinoso.

Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla rectal libre. Se percibe la próstata globulosa, irregular, bien limitada y dolorosa con clara sensación de crepitación.

Análisis de orina, bacteriológico revela numerosos glóbulos de pus, cocos aislados y colibacilos.

Análisis químico de orina: nada de particular.

Urea en suero: 0,22 ‰.

Glucemia: 0,92 ‰.

Se obtiene radiografía simple de árbol urinario. (Fig. Nº 1 y 2).

Igualmente radiografía simple en posición lateral. (Fig. 3).

3-mayo-1943, se procede a drenar ampliamente el proceso flegmenoso perineal, mediante una incisión de 8 centímetros se reseca parte del tejido escleroso que rodea la fístula. Se drena poca cantidad de pus.

Los días siguientes se obtiene una mejoría franca del estado general, enfermo sin fiebre.

6 de mayo. Se procede a explorar la uretra con explorador a bola N° 10, comprobando una uretra con numerosos anillos de estrechez, sumamente irregular, y cuyo paso a nivel de la parte medio peneana y prostática recoge la sensación de frotos duros.

Con diagnóstico de litiasis vésico-uretro-prostática y dado el estado del enfermo se resuelve efectuar una talla hipogástrica con extracción de los cálculos vesicales.



Figura 3

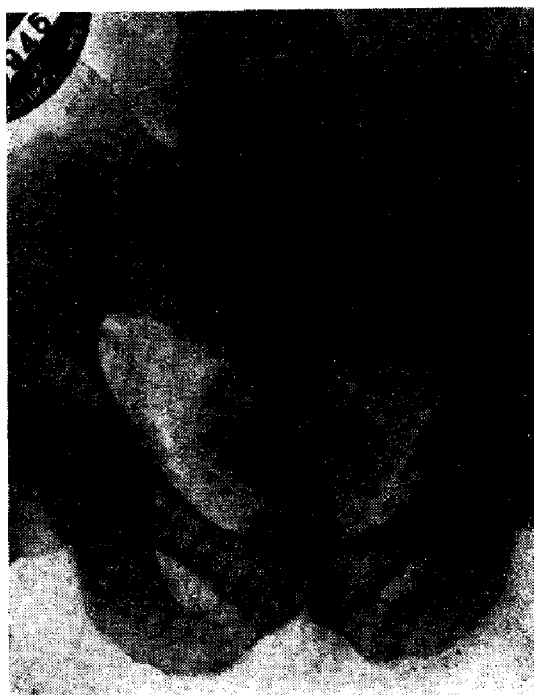


Figura 4

Intervención el 6 de mayo, bajo anestesia raquí-novocaina 0,12 grs. Se efectúa una talla hipogástrica típica comprobando un extraordinario engrosamiento de la pared vesical. Se extraen tres cálculos facetados algo mayores que el tamaño de una nuez. Se deja drenaje con sonda Pezzer.

8 de mayo: Post-operatorio 38°. Pequeño absceso de la pared abdominal que obliga a drenar.

13 de mayo: Descenso de la temperatura. Abundante supuración de la herida.

20 de mayo: La supuración ha disminuído, buen aspecto de la herida, mejoría del estado general.

25 de mayo: Se inicia la dilatación uretral.

2 de junio: La dilatación uretral no progresa. Se obtiene una uretrografía de frente y perfil (fig. 4 y 5), donde se puede apreciar la irregularidad de toda la uretra anterior. Las

cavidades prostáticas que coinciden con las sombras de la radiografía simple. La sombra de la vejiga irregular que dibuja un pequeño divertículo bien visible.

12 de julio: Como la uretra no progresa en su dilatación se deja sonda permanente cuyo calibre va aumentando paulatinamente (en el día N° 19 Charrière).

8 de agosto: Se efectúa uretrotomía externa a nivel de la parte media de la región Perineal, sacándose un calculito del tamaño de un poroto aprovechando la incisión para introducir en la uretra cistoscopio y por electrocoagulación practicar el debridamiento de los dos canales prostáticos en la mejor forma posible.

El medio sangra abundantemente, lo que dificulta la visión de la uretra posterior, no



Figura 5



Figura 6

obstante, permite apreciar una mucosa roja, edematosa, con numerosos orificios a ambos lados del veru-montanum en cuyo fondo asoman algunos cálculos. Llama la atención la longitud de la uretra posterior.

*Post-operatorio:* Sin incidentes.

24 de agosto de 1943: Chuchos de frío, hematuria. Temperatura 38,7. Se retira la sonda permanente.

8 de septiembre: Se introduce una bujía filiforme hasta la parte media de la uretra peneana, donde después de pasar un obstáculo duro es imposible su extracción. Se deja hasta el día . . . .

13 de septiembre: Anestesia local con novocaína al 1 %. Uretromía externa a nivel de la zona medio-peneana, de 1 cent. de longitud, extrayéndose otro cálculo del tamaño de un poroto junto a la bujía filiforme retenida. Inmediatamente se practica una uretrotomía interna, dejándose sonda permanente N° 18.

Post-operatorio febril los dos primeros días. Al 5º día se retira la sonda uretral y se efectúa lavaje por la sonda hipogástrica, eliminando en el acto de micción artificial, por la uretra numerosas concreciones de tamaño variable mayores algunas que una lenteja.

23 de octubre de 1943: Como el enfermo retiene aún casi todos sus cálculos prostáticos y las eliminaciones por vía uretral son difíciles por la mala uretra, se resuelve abordar la próstata por vía transvesical.

Raqui-percaína 0,007 grs. Resección de cicatriz hipogástrica; la vejiga está retraída, lo que dificulta el abordaje, la que es ampliamente abierta. Se coloca un separador de Gosset y buena valva baja. Se aborda el cuello y se incide en ambos lados en forma oblicua reseándose trozos de tejido muy esclerosado. Con un dedo en recto y otro intra-vesical se debrida las cavidades prostáticas, maniobra difícil por la gran esclerosis de los tejidos, necesitando la ayuda de la tijera para completar el debridamiento. Las cavidades se hallan llenas de concreciones calcúlosas que se logran extraer en su gran mayoría; muchas adherentes a las cavidades que las retienen. Se taponan la cavidad previa sulfamida. Sutura de la vejiga en dos planos. Tubo de drenaje. Cierre de la pared por planos.

El enfermo está ligeramente febril los días siguientes. Se retira el taponamiento prostático a los cuatro días. Poco después se deja sonda permanente para el cierre de la vejiga.

12 de noviembre de 1943: La radiografía de control demuestra ausencia de sombras anormales.

#### CONSIDERACIONES

El enfermo que presentamos en su larga evolución nos plantea un triple problema.

1º Problema vesical.

2º Uretral.

3º Prostático.

No creemos discutible el vesical que fué resuelto con la talla hipogástrica, única solución.

La uretra nos ofrecía el tratamiento del proceso flegmonoso y fistuloso previo y la estrechez tan rebelde que constituiría un achaque para toda la vida del enfermo. Y no creemos tampoco posible otra conducta que la seguida.

Nos queda a encarar el problema de la litiasis prostática el único que justifica esta comunicación.

Indudablemente de tipo endógeno secundario podíamos adoptar en el tratamiento de este tipo de litiasis, tres vías:

a) perineal.

b) endoscópica.

c) transvesical.

La perineal está justificada cuando existen procesos de uretra posterior o fístulas abiertas en periné. En otras circunstancias esta vía es engorrosa, peligrosa, por sus complicaciones más frecuentes: incontinencia de orina, fístulas incurables.

Entrevimos la posibilidad de la vía endoscópica pero conceptuamos contraindicada en nuestro caso, a pesar de ello, de acuerdo con nuestra experiencia anterior.

Creemos que es la vía de elección cuando existe un buen canal uretral, cálculos prostáticos móviles y no muy grandes.

Nos queda la vía transversal cuyos inconvenientes todos conocemos en especial por las dificultades técnicas que sabíamos íbamos a encontrar, y que en efecto encontramos.

El resultado final ha sido la curación después de la larga evolución relatada.

#### DISCUSIÓN

Sr. Presidente Dr. García. — *Quiero efectuar algunas consideraciones relacionadas con el interesante caso de los doctores Mathis y Saubidet, que considero muy interesante dada su complejidad.*

*Indiscutiblemente, en este enfermo debe ser un factor predominante en la patogenia de todo su proceso, la estrechez uretral. Nosotros, que con entusiasmo persistimos en nuestra investigación uretográfica, encontramos un sinnúmero de enfermos con reflujo uretro-canalículo-acinoso secundario a la estrechez crónica de la uretra, lo que da lugar, en el momento de la micción, a una hiperpresión tan intensa en la uretra posterior que puede vencer la resistencia normal del canalículo al desembocar en la foseta prostática.*

*Evidentemente, en buen número de nuestras litiasis prostáticas —que ya creo que suman casi 20, de las cuales más de 10 han sido presentadas al seno de esta Sociedad— existía la concomitancia de una estrechez uretral. Por ello, le asignamos gran importancia a este reflujo uretro-canalicular en la patogenia de la litiasis prostática secundaria.*

*Naturalmente, compartimos con el Dr. Mathis, y así lo hemos enunciado en una comunicación anterior, el criterio seguido por cuanto el calibre uretral es fundamental para llevar a cabo la terapéutica endoscópica y también es fundamental para la eliminación del cálculo movilizado por la electrocoagulación.*

*Es posible que el cálculo enclavado en la uretra secundariamente, haya sido un cálculo movilizado después de la electrocoagulación que dió origen a un accidente agudo de indudable gravedad. La rebeldía de la estrechez y la ineficacia de la terapéutica seguida justifica también, plenamente, el abordaje de la próstata por vía transvesical, lo que tiene grandes inconvenientes de realización e indiscutiblemente es una operación mucho más seria que la electrocoagulación, de la cual tenemos gran experiencia, sin tener que lamentar el más mínimo inconveniente en ningún caso.*

Dr. Mathis. — Quiero agregar que en nuestro trabajo cito una experiencia anterior nuestra sobre la vía transvesical para el tratamiento de la litiasis prostática en un caso de litiasis prostática también secundaria, pero con un canal más o menos bueno.

En este caso, efectuamos el abordamiento por vía transvesical, presentándose muchas dificultades en el acto quirúrgico. Fué una operación engorrosa, de difícil realización, en que la vejiga estaba un tanto retraída. Asimismo, era tal la esclerosis que encontramos a nivel de la próstata que hacía casi imposible el desbridamiento de esas cavidades. La operación fué incompleta, lo que obligó a reoperar al enfermo poco tiempo después.

En este caso, queríamos ver si utilizando la vía transvesical, podríamos simplificar la evolución, lo que fracasó rotundamente en este enfermo.