

Servicio de Urología del Hospital
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI
y JUAN P. TORROBA

CALCULOSIS PROSTATICA

LA circunstancia de disponer de 3 observaciones de calculosis prostática, nos ha llevado a sus consideraciones, en momentos en que su número se multiplica, a la par que vamos teniendo un concepto definido de la diverticulosis prostática.

Ha sido y es clásico aún, dividir la calculosis prostática en 2 grandes y únicas categorías: endógenos y exógenos: clasificación que tiene por base el lugar de nacimiento, es decir, que se considera endógeno el cálculo que nace en el interior de la glándula prostática y exógeno, el que venido de afuera, se ha introducido por circunstancias a determinar, en el interior de la glándula y ahí se le ha descubierto. Esto es bajo el concepto rigurosamente etimológico.

El concepto urológico es otro, ya que los cálculos puramente endógenos, es decir, los nacidos a expensas de un núcleo de tal o cual naturaleza, que para el caso no interesa y que está en el fondo de un saco glandular o en un acini, y desarrollados a expensas de sus propios elementos, forman, según Robin, una estrechísima proporción con respecto al número total de cálculos prostáticos; estos deberán considerarse como cálculos endógenos primitivos.

Por otro lado tenemos a los endógenos secundarios, que si bien etimológicamente son endógenos por tomar nacimiento en el órgano que los engendra, debemos considerarlos secundarios por formarse en cavidades preexistentes y con elementos ajenos a la glándula.

En definitiva, llamaremos *cálculos endógenos primitivos* los nacidos en el interior de la próstata y engendrados y desarrollados con elementos propios, ya normales, ya patológicos de la glándula.

Serían *cálculos endógenos secundarios* los nacidos también en el interior de la próstata, pero a nivel de cavidades preexistentes, por

lo general, patológicas, y en comunicación con uretra y engendrados con elementos ajenos a la glándula.

Por último quedarían los *exógenos* puros, o sean aquellos que venidos de afuera, se encastillan en una de las cavidades preexistentes o en las que ellos mismos se labran.

Nosotros creemos colocarnos en esta forma en el justo lugar, tanto de orden etimológico como urológico, tan necesario en estos momentos en que se multiplica el número de observaciones, como consecuencia de los métodos exploratorios de orden corriente de que hoy disponemos: nos referimos a la radiología y endoscopia urológicas.

Estos, puestos en un principio al servicio de manifestaciones sintomáticas o sindromáticas imprecisas, de orden urinario bajo o genital, han hecho que se descubrieran las causas de estos trastornos y que se fueran confeccionando cuadros clínicos más precisos y hoy es el momento en que estos conceptos clínicos definidos, son los que orientan las exploraciones endoscópicas y radiológicas.

El gran aumento de observaciones de calculosis prostáticas se ha hecho a base de las llamadas endógenas y, dentro de éstas, si analizamos bien las historias clínicas, la mayoría corresponden al tipo de endógenas secundarias.

Las endógenas primitivas quedarían reducidas a los cálculos que tienen por núcleo los *sympexions* azoados de Robin en el adenoma de próstata y a otros muy raros desarrollados en los acinos y conductos glandulares, favorecidos en su crecimiento por procesos de prostatitis crónica.

Los *exógenos* de etiología y patogenia conocidas, nos parecen rarísimos y las causas que los explican poco convincentes. Las cavidades que se mencionan y que les sirven de lecho, si son de gran abertura a uretra, no son suficientes para detener un cálculo venido del árbol urinario superior, ya que la fuerza de proyección del chorro de orina, es capaz de vencer fácilmente este obstáculo y el cálculo se proyectaría al exterior, y si consideramos a la diverticulosis, ésta tiene un orificio de comunicación a uretra tan pequeño y un trayecto tan tortuoso, que la concepción de esta eventualidad es más imposible aún si se quiere.

Analizados rápidamente estos dos tipos de calculosis, nos detendremos para hacer algunas consideraciones sobre los endógenos

ceso silencioso e insospechado jamás, cuando se complica y se nos pone en evidencia bajo la forma de diverticulitis, tiene todas las posibilidades de ser acompañada por la calculosis prostática, proceso éste, en un todo, producto de aquél.

OBSERVACION N° 1.

Enfermo de 56 años, que acude por trastornos disúricos e infección; polaquuria, piuria. Acusa un pasado blenorragico en su juventud que trató irre-



Radiografía N° 1.

gularmente. Al practicar examen semiológico, denota en vejiga una retención crónica incompleta, piúrica, de 150 cc. Al tacto rectal llama la atención una franca crepitación que induce al examen radiológico y endoscópico. El radiológico (radiog. N° 1) muestra a nivel de ambas ramas horizontales del pubis, sombras típicas de calculosis prostática y al examen uretroscópico se ve, sobre el culículo lateral izquierdo, una superficie del tamaño de una arveja, irregular, que permite sospechar se trate de un cálculo que asoma. A electrocoagulación se abre ampliamente, dando salida a 4 cálculos en los días subsiguientes. Es portador de un franco adenoma a dos lóbulos. Sobre el culículo lateral derecho varios orificios por donde sale pus. No se ven cálculos. El enfermo se pierde.

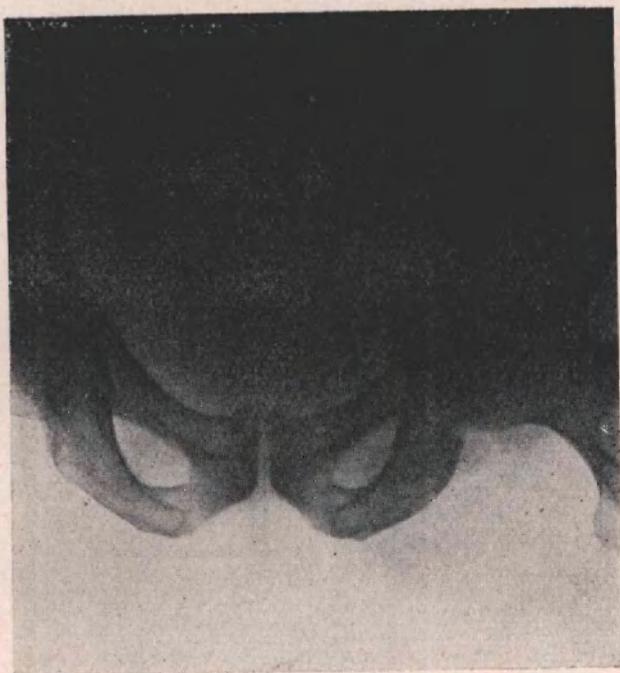
OBSERVACION N° 2.

Se trata de un hombre de 60 años que concurre con un pasado blenorragico. Franca piuria y dolores renales. Al examen semiológico llama la atención al

tacto, la crepitación, que induce al exámen endoscópico y también al radiológico. La radiografía nos da una calculosis renal enorme, coraliforme, bilateral y una calculosis múltiple prostática. El exámen uretroscópico muestra a ambos lados del verum, orificios por donde sale abundante pus a la descompresión del medio. No se ven cálculos. A electrocoagulación se hace una brecha sobre el lado derecho que da salida a 2 cálculos del tamaño de una arveja grande. El enfermo se fué a Europa y no lo hemos vuelto a ver.

OBSERVACION N° 3.

Enfermo de 54 años de edad. Uretritis al parecer no blenorragica hace 30



Radiografía N° 2.

años. Desde entonces polaquiuria, piuria, con gota purulenta uretral durante los esfuerzos de defecación. Hace 10 años refiere el enfermo, eliminó al orinar unas concreciones blanquecinas. Había micciones en dos tiempos. Fué tallado hace 1 año.

Actualmente presenta orinas purulentas. Al tacto, próstata fundida con franca crepitación calculosa. Al exámen endoscópico, se observa a nivel del culículo lateral izquierdo y a la altura del verum, un orificio irregular, por donde sale pus a la descompresión del medio. En vejiga, entrada a dos divertículos situados entre las 9 y 10 horas. Radiográficamente (1) calculosis prostática, diverticulosis prostática y divertículo vesical. En dos oportunidades y a electrocoagulación se abren ampliamente los orificios diverticulares dando salida a cáculos. El enfermo sigue en tratamiento.

(1) Ver radiografía N° 2.