

Por los Doctores

ENRIQUE CASTAÑO y
R. DE SURRA CANARD

COMENTARIOS SOBRE UN ABSCESO DE PROSTATA

LA función de la próstata crea para este órgano condiciones especiales que la exponen a frecuentes procesos inflamatorios. Como glándula tiene una vascularización importante y como órgano excretor entra en íntimo contacto con la uretra, canal este último que forma parte del aparato genital y del aparato urinario. En consecuencia, la infección llegará a la glándula prostática por dos vías distintas que crean entidades clínicas con fisonomía propia. La gran mayoría de las veces son las infecciones del tractus genital o del tractus urinario las responsables de la contaminación de los abscesos prostáticos por continuidad. Este tipo de prostatitis abscedada o no es el que nos es dado observar corrientemente. La complicación prostática constituye un accidente dentro del cuadro de la enfermedad dominante y su importancia varía en función de esta última; por otra parte el pronóstico de esta lesión es generalmente benigno salvo secuelas más bien de origen terapéutico.

Muy distintas son las lesiones prostáticas cuyos gérmenes lleguen a la glándula por la vía sanguínea y felizmente su frecuencia es mucho menor (dejamos de lado la tuberculosis, sífilis, etc.). La infección proviene de un proceso general localizándose la embolia séptica en el estroma de la glándula y evolucionando, según el germen de que se trate, las más de las veces hacia la supuración. A la tendencia supurativa se agrega la facilidad con la que se desprende desde este foco nuevas embolias a distancia, este hecho oscurece el pronóstico.

A este segundo tipo pertenece el enfermo, motivo de esta comunicación que se asemeja, por otra parte, a otro caso, presentado aquí por uno de nosotros, diferenciándose en la naturaleza bacteriológica del germen.

HISTORIA CLINICA.

J. H., de 37 años, es internado en el Servicio de Urología del Hospital Fernández y refiere de la siguiente manera su enfermedad actual: nos dice que su afección se inició bruscamente el día 27 de junio, estando en perfecta salud, habiendo trabajado todo ese mes sin que nada perturbase sus actividades. Su proceso comenzó con un escalofrío, malestar general y fenómenos subjetivos de disenterías generalizados.

Durante una semana tiene como única manifestación temperatura elevada con un cuadro toxi-infeccioso. Tres días antes de su ingreso aparecen los primeros síntomas uro-genitales, caracterizados por fenómenos de cuello de vejiga, culminando la víspera de su arribo con una dificultad miccional que obligó a sondarlo por tres veces.

Además, se queja de dolor en el antebrazo izquierdo y en el escroto derecho.

Como antecedentes relata haber sufrido hace un año de una forunculosis. Ningún antecedente del lado de las fauces. Colítico hace tres años, pero desde entonces hasta la época actual su intestino ha funcionado regularmente. No ha tenido afecciones venéreas.

Estado actual. — Enfermo con un cuadro toxi-infeccioso importante cuya sintomatología clínica gira alrededor de su esfera uro-genital. Al examen se comprueba que la uretra no supura. En el escroto del lado derecho se palpa un epididimo engrosado a expensas de su cola y cuerpo, del tamaño de una avellana, doloroso.

Se le pide que orine y logra emitir 50 cc. de orina turbia con gran dificultad.

El tacto rectal pone de manifiesto hemorroides procliventes, edema y turgencia de la región anal; región del bulbo de la uretra, nada de particular; surco de la uretra, bien marcado, exagerado por la saliencia de los dos lóbulos prostáticos, aumentados de tamaño, lisos, tensos, dolorosos, calientes. Vesículas seminales bien palpables en estado de repleción.

A nivel del antebrazo izquierdo en la cara externa de su tercio medio una tumoración fusiforme, dolorosa, caliente, sub-aponeurótica.

Se interpreta el cuadro como un absceso de próstata, no pudiendo resolverse cuál ha sido el agente etiológico, ni la puerta de entrada del estado séptico. Por la iniciación brusca, por la aparición tardía de la localización prostática (al 7º día), por la complicación precoz del epididimo (casi simultánea) y por las lesiones a distancia (antebrazo), sospechamos se trate de una estafilococcia con invasión de la glándula por vía sanguínea. Este criterio agregado a la existencia de un absceso nos hace llevar al enfermo a la mesa de operaciones.

Operador: Dr. E. Castaño. Ayudantes: Dres. R. de Surra Canard y Jaroslavsky. Anestesia general por éter (Ombredamme).

Como primer tiempo operatorio se practica una talla hipogástrica colocando sonda de Pezzer acodada, luego de una intervención corriente.

Luego se coloca al sujeto en posición ginecológica y con una incisión curva bisquiática de concavidad posterior pasando su porción mediana a igual distancia del bulbo uretral y del ano, se procede a incidir los planos superficiales y profundos hasta llegar a la celda prostática e incidir los dos lóbulos de la glándula, obteniendo así la salida de abundante pus con olor a coli. De este pus se recoge una muestra para investigación bacteriológica. Drenaje de gasa yodoformada en las cavidades del absceso, cierre imperfecto de los planos aponeuróticos, acercamiento de la piel en los extremos de la herida con crin.

Examen del pus: colibacilo puro.

Como terapéutica post-operatoria: hidratación con suero fisiológico y glucosado e inyecciones de Prontosil intramusculares. El enfermo, febril a su ingreso, entra en convalecencia, descendiendo la temperatura en lisis. Al 5º día, fiebre $37\frac{1}{2}$, se retiran las gasas de drenaje, curación plana, herida en excelentes condiciones.

A los 15 días el enfermo vuelve a quejarse de dolor en el testículo derecho y al examen se comprueba que la lesión descrita ha evolucionado hacia la supuración. Por ello, con anestesia local (cloruro de etilo), se lo punza a bisturí, saliendo abundante pus. Examinado este pus, informa el laboratorio el desarrollo de estafilococo dorado.

A las tres semanas el enfermo dice tener dolor en la pierna izquierda; allí se comprueba una asimetría a expensas de la cara externa, con calor, dolor y la existencia de un proceso flegmónico sin límites precisos, sub-aponeurótico, que se extiende hacia arriba hasta la articulación tibio peronea y por debajo llega hasta el límite superior del cuello del pie. Al principio se sospecha una reacción perióstica del peroné y para ilustrarnos se hace una radiografía que muestra el esqueleto de la pierna intacto.

Se posterga unos días más toda terapéutica intervencionista hasta tanto encontrar una zona con fluctuación bien nítida. El día 2 de agosto se hace una punción a bisturí dando salida a pus en cantidad apreciable. Curación y planos sin drenaje.

Examen bacteriológico del pus: estafilococo dorado.

Desde entonces el enfermo ha seguido bien sin ningún otro absceso a distancia, cicatrizando su periné, se coloca una sonda de Pezzer por vía uretral y se permite el cierre de su vejiga.

La cicatrización de la fístula hipogástrica se lleva a cabo con una rapidez extraordinaria (4 días), pero llama la atención la cantidad apreciable de pus que sale por la uretra rodeando la sonda permanente. Por ello se retira la Pezzer con cierta frecuencia. Cicatrizada la vejiga, y antes de efectuar un examen endoscópico de control, se taca al enfermo y se comprueba que los lóbulos prostáticos son de tamaño y consistencia algo mayor que lo normal. La vesícula seminal del lado izquierdo es normal, pero en cambio la del lado derecho está grande, ingurgitada, dolorosa, y su expresión da salida a una abundante cantidad de pus, cuyo examen bacteriológico revela la presencia de estafilococo dorado, puro. A pesar de ello el estado general es excelente, apirético, el sujeto ha recuperado 10 kilos de peso.

COMENTARIOS

Es difícil trazar en nuestro enfermo la historia evolutiva de su afección y más aun ser categóricos en cuanto al mecanismo de su absceso prostático. Los antecedentes nos indican que la primera faz de la enfermedad fué la de un proceso general cuyo cuadro clínico desconocemos. Recién al 7º día aparecen los primeros síntomas de localización en el aparato génito-urinario y casi simultáneamente un proceso inflamatorio localizado en el antebrazo.

Dos entidades bacteriológicas han sido encontradas en los múltiples absesos que necesitaron drenaje quirúrgico y los exámenes mostraron en todos ellos la presencia de estafilococo dorado en cultivo puro y únicamente el pus de la colección prostática revelaba la existencia de colibacilo puro. Este dualismo bacteriológico, a nuestro juicio, no implica la evolución simultánea de dos entidades. O bien se trata de una lesión colibacilar primitiva con piohemia estafilocócica por infección agregada, o bien el proceso primitivo y único ha sido desencadenado por el estafilocoso, siendo el hallazgo de laboratorio en el pus prostático el fruto de una contaminación dado los frecuentes despeños colibacilares por la vía urinaria y ape- gándose a ello un carácter especial del colibacilo en los cultivos, cual es el de su desarrollo exuberante y dominante.

El antecedente de una forunculosis preexistente adquiere valor a favor de nuestra interpretación y el hecho de sobrevenir la enfermedad actual con un año de intervalo no invalida esa hipótesis, ya que en materia de lesiones estafilocócicas suelen verse intervalos de salud más largos todavía.