

Servicio de Urología del Hosp. Alvear  
Jefe Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

NATALIO CARTELLI

é I. V. ALBORNOZ

## ABSCESO DE LA PROSTATA. TRATAMIENTO QUIRURGICO. DESAPARICION INMEDIATA Y DEFINITIVA DE LA PIURIA

**D**ESEAMOS con esta breve comunicación, una vez más, llamar la atención acerca de la importancia que tiene sobre el tratamiento de los abscesos de próstata, el drenaje perineal precoz, por los beneficios que reporta para el pronóstico ulterior del enfermo, ya que, en casos como el que es objeto de esta comunicación, basta el drenaje quirúrgico de dicho absceso, para hacer cesar síntomas que se mantenían con la misma intensidad desde hacía 9 días y dan modificaciones tan grandes en sus orinas, que son dignas de llamar la atención.

La historia clínica del enfermo es, la siguiente:

La historia clínica del enfermo es la siguiente:

L. B. 34 años. Italiano. Soltero.

Comienza en mayo del presente año con secreción uretral amarillo-verdosa y ardores durante las micciones. Consulta y es tratado con lavajes de permanganato durante dos meses sin notar mejoría. Consulta a otro colega quien le practica inyecciones y lavajes. A los 15 días de este tratamiento aparece poliururia diurna (cada 15 a 30'), nocturna (2 a 3 veces), dolor perineal y enturbiamiento total de las orinas. Hace 8 días retención aguda de orina, por lo cual es sondado hasta el momento que nos consulta en este servicio, siendo la micción espontánea imposible. Ha tenido temperatura sin escalofríos; durante 9 días a la fecha se han practicado sondajes prostáticos diarios.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Sin importancia.

*Estado orgánico general.* — Facies demacrada, febril, lengua algo seca. Temperatura 38°. Pulso taquicárdico, hipotenso. Orinas recogidas por sondaje: turbias.

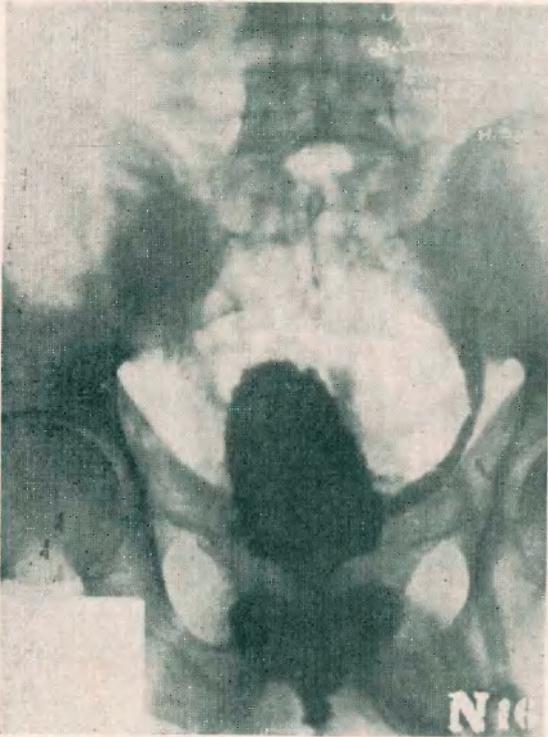


Figura 1  
Cistorradiografía (posición frontal).

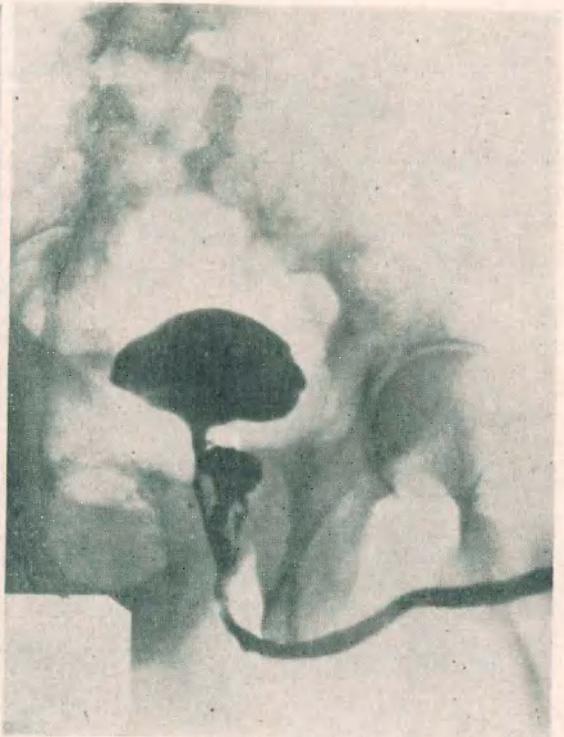


Figura 1<sup>a</sup>  
Cistorradiografía (posición oblicua).

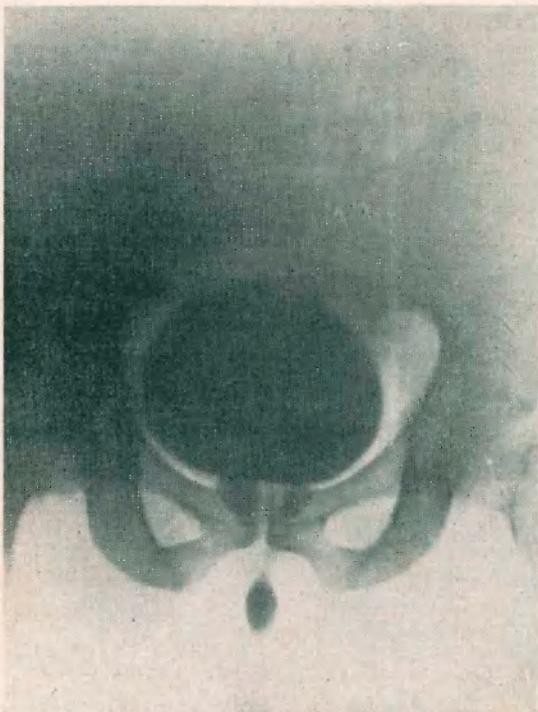


Figura 2  
Cistorradiografía (posición frontal).



Figura 2<sup>a</sup>  
Cistorradiografía (posición oblicua).

*Examen físico.* — Abdomen blando, depresible, no doloroso. Puntos costomuscular, costovertebral y pieloureteral, negativos en ambos lados. No se palpan riñones.

*Vejiga.* — Examen físico negativo. Se palpa el globo vesical a dos traveses de dedo por encima del pubis, poco doloroso. Testículos y epidídimo normales en ambos lados. Periné normal. No se encuentran puntos dolorosos.

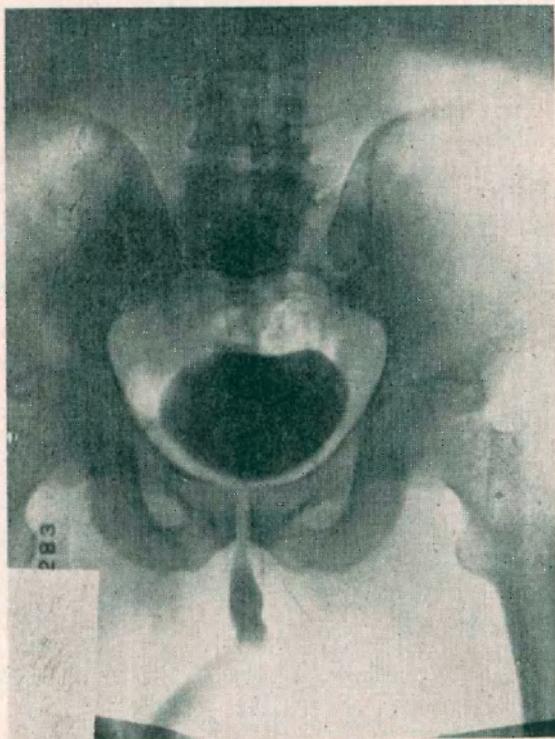


Figura 3

Cistorradiografía del enfermo presentado, sacada 2 meses después de operado.

*Uretra.* — No se explora por el proceso agudo.

*Próstata.* — Aumentada de volumen del tamaño de una mandarina grande. Surco, medio desaparecido. Fluctuante en toda la extensión palpable, muy dolorosa. Pulsaciones rectales. Podría decirse que la glándula ha desaparecido.

Examen endoscópico y radiológico no se efectúa.

*Examen funcional.* — Orina global recogida por sonda turbia, muy purulenta.

*Tratamiento.* — Operación. 17.9.36. Drs. Cartelli y Albornoz.

Anestesia general, éter. Se practica incisión de 4 cm. en periné sobre el rafe, previa colocación de una sonda Marion en uretra. Se incinde el ligamento anobul-

bar, y se hace plano de clivaje a disección roma entre recto y bulbo hasta encontrar la próstata. Se introduce el dedo índice izquierdo en recto y con bisturí acompañado del índice derecho se incide ambos lóbulos prostáticos por fuera de la línea media para no lesionar uretra, dando salida a gran cantidad de pus. Se destruye a dedo algunos tabiques que quedan transformándose en una gran cavidad en cuya parte media se encuentra la uretra intacta. Se colocan dos tubos de drenaje y se cierra piel con crin.

*Evolución clínica.* — La temperatura desciende bruscamente. La micción espontánea se efectúa a las 6 horas, y los dolores ceden. Es digno de llamar la atención que a los 3 días de la intervención las orinas se han hecho completamente límpidas. Se quitan los tubos a los tres días colocando mecha de gasa por 2 días más. La incisión cierra en 7 días. No hubo pérdida de orina.

*Alta.* — 6-10-36. Buen estado general. Sin temperatura. Orinas límpidas. El líquido del masaje prostático, previo lavado de uretra y vejiga, da 25 a 30 glóbulos de pus por campo microscópico. Continúa con masajes de próstata.

#### COMENTARIOS.

La historia clínica que acabamos de leer, la creemos interesante por varios motivos:

1º — Se trata de un enfermo con un gran absceso de próstata que toma ambos lóbulos en forma tal, que podemos decir, que prácticamente dicha próstata ha desaparecido o se ha transformado en una cavidad llena de pus.

2º — Es un enfermo que se encuentra en retención aguda desde hace 9 días, sufriendo fuertes dolores continuos que le impiden su reposo y que sólo cesan con opiáceos.

3º — Por ser la orina turbia (recogida por cateterismo), ya que la micción espontánea era imposible. Este dato se interpretó como producido por drenaje continuo del absceso por vías naturales hacia la uretra posterior y vejiga, pero insuficiente como para hacer cesar los dolores ni modificar sus caracteres al tacto rectal.

4º — Que la micción espontánea pudo realizarse a las pocas horas de drenar dicho absceso por vía perineal y que al día siguiente de la operación las orinas se hicieron completamente límpidas.

En efecto, suponiendo en el mejor de los casos que dicho absceso se hubiera abierto mejor en uretra, por mayor abertura de su comunicación a la misma, si es que existía, o se hubiera abierto en ella en caso contrario, habría hecho siempre un drenaje insuficiente y el enfermo permanecería siendo portador de un foco purulento

que, difícilmente, a pesar de los masajes metódicos, podría esterilizar dicho absceso.

Esto creemos haberlo conseguido con la perineotomía y drenaje, ya que, a los 15 días de su intervención y sin ningún otro tratamiento, el líquido del masaje prostático acusaba la presencia de 25 a 30 glóbulos de pus por campo, dato éste que, en relación con la cantidad de pus que debía contener antes de ser drenado, lo podemos considerar como muy favorable.

Deseamos, como hemos dicho anteriormente, se tengan en cuenta dichos datos para drenar los absesos de próstata por los beneficios inmediatos y ulteriores que reportan.

Traemos unas radiografías de enfermos en los cuales se ha provocado o dejado que el drenaje se hiciera por uretra. Uno de ellos era además un estrecho y en ambos la orina continuaba turbia a pesar de hacer 3 años de haberse producido dicho drenaje.

Como puede observarse en estas uretrocistografías, se ha llenado en su totalidad una cavidad que corresponde en su forma y ubicación a la próstata.

Se interpretó como divertículos de uretra posterior secundarios a dicha evacuación y en perfecta intercomunicación con ella, lo que mantiene, a pesar del tiempo transcurrido y los tratamientos electuados, la infección de esos divertículos.

La figura 3 pertenece al enfermo que es objeto de esta comunicación, sacada 2 meses después de operado.

#### RESUMEN.

Se preconiza el drenaje precoz de los absesos de próstata por los beneficios inmediatos y ulteriores que reporta. Se presentan radiografías de enfermos en los cuales el drenaje se hizo espontáneo o provocado en uretra y en los cuales persiste una cavidad en comunicación con la uretra, que mantiene la infección y la turbidez de las orinas.