

Por el Doctor

TOMAS SCHIAPPAPIETRA

RESECCION ENDOSCOPICA A CORTE FRIO POR SECUELAS CAVITARIAS DE LA PROSTATA DE GRAN MAGNITUD

En diversas oportunidades nos hemos ocupado de las secuelas cavitarias o diverticulares por lesiones residuales secundarias a formaciones supuradas de la próstata, con su consiguiente reacción inflamatoria (enfermedad diverticular adquirida de Heitz - Boyer, como se acostumbra a llamarla).

Con anterioridad trajimos al seno de esta sociedad bajo el título de "Prostatectomía transvesical por divertículos y fístulas uretropróstato - vesical" Revista Argentina de Urología, N° 3 y 4, de 1933. Se trataba de un adulto con antecedentes de uretritis y prostatitis que se mantuvieron en estado de cronicidad con epidídimo - deferentitis a episodios recidivantes. No retencionista.

La *magnitud* de su lesión, próstata en panal, y la rebelde persistencia de su estado séptico, nos determinó por la *resección transvesical* de gran parte de su próstata (ya en esa fecha hacíamos tratamiento endoscópico conservador para las lesiones de menor cuantía). Lo recordaré con la presentación de la uretrografía N° 1 y la fotografía de la pieza reseca.

La histología y la negatividad de las inoculaciones del macerado del tejido prostático reseca, confirmaron tratarse de reacción inflamatoria crónica. La evolución alejada de ese enfermo, a quien sigo a través de los años y sin tener que asistir a la repetición de fenómenos sépticos, hubiese recibido su total beneplácito a no mediar la falta de eyaculación en el líbido.

Con motivo de una segunda comunicación a las reuniones científicas del Cuerpo Médico del Hospital Italiano (doctores Luis

Pagliere y Tomás Schiappapietra. Diverticulitis prostática, su importancia clínica como sepsis focal. VIII reunión científica ordinaria, diciembre 4 de 1939, Actas y publicación), presentamos la documentación clínica-radiográfica y consideramos sobre el estado local en algunas diverticulitis prostáticas que eran de gran magnitud que nos llevaron a repetir la *resección transvesical* en diversas oportunidades.

Ya adquirida la técnica de la resección endoscópica, decidí por

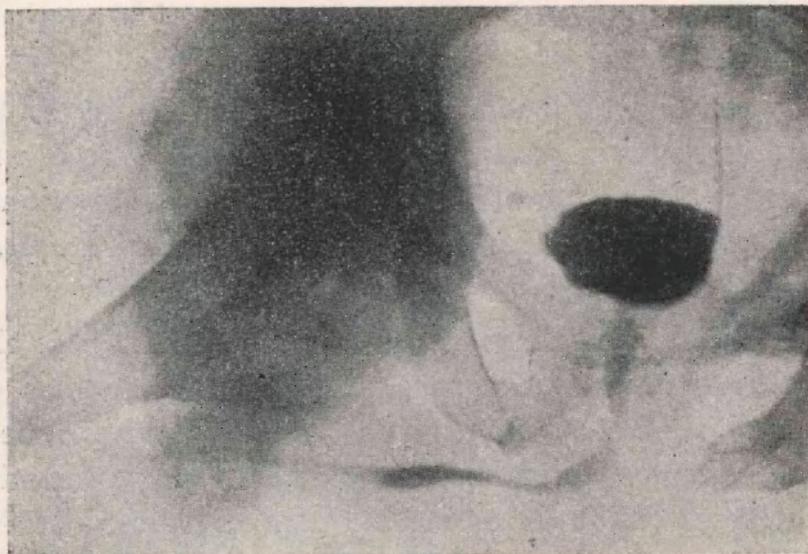


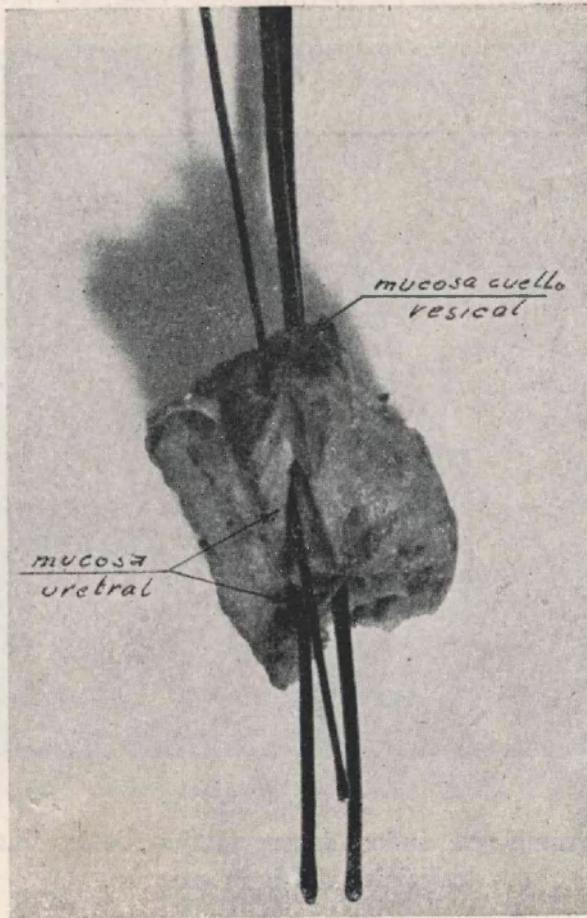
Figura 1. Uretrografía 1
Próstata en panel.

esta vía a corte frío mediante el aparato de Thompson, el siguiente caso:

Instituto de Clínica Médica, Quirúrgica y Especialidades de la Clínica Marini, Historia N° 3785; de 36 años, casado, fecha de ingreso 5/III/940. Motivó su examen una fístula escrotal del epidídimo derecho, secuela de un nódulo supurado complicado de una epididimitis, recidivante y alternativamente bilateral. En sus antecedentes remotos registra blenorragia a los 16 años que le obligó a mantener tratamiento uretral 8 ó 10 meses. Desde hace varios años le preocupa su orina constantemente turbia y la aparición intermitente de escasa secreción uretral en forma de gota matinal, coincidiendo con episodios de cistitis

y estado febril. Por esta última causa fué amigdalectomizado, hace dos años. Seis meses después dilatación uretral y antisepsia urinaria; sin cambios en el panorama séptico uro-genital. Un mes antes del último episodio descrito, fenómenos dolorosos que localiza en la fosa renal derecha. Se muestra también preocupado por la disminución progresiva de su potencia sexual.

Examen urológico. — Micción normal, con orinas homogéneamente turbias



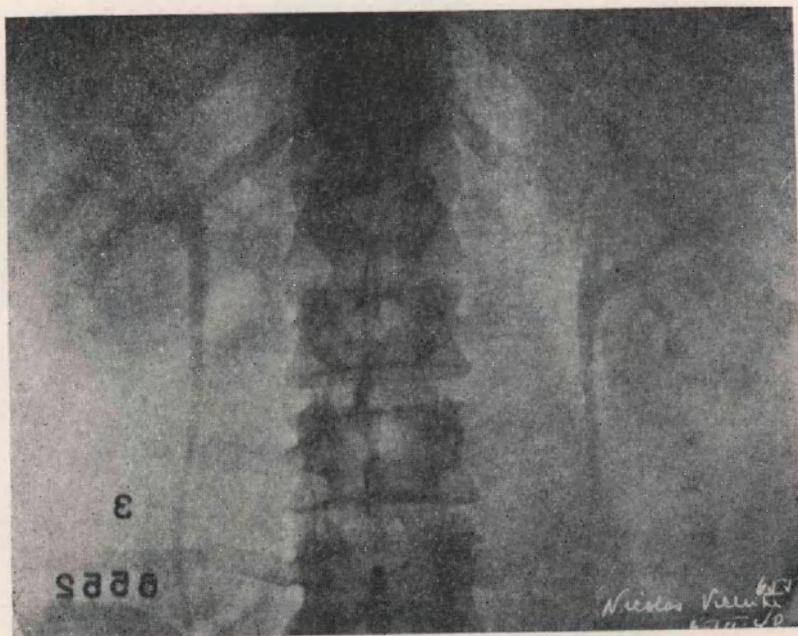
Pieza reseçada.

por piuria. Riñones no se palpan, ausencia de puntos dolorosos. Pequeño quiste fijo a la cabeza del epididimo izquierdo (espermatocele); el resto palpable a forma nodular. Del lado derecho epididimitis fistulizada. Próstata de tamaño normal con disminución de consistencia en el surco mediano y a la presión aparece pequeña secreción purulenta a través del meato uretral. Vesículas no se palpan. Uretra viable a un explorador a bola N° 22. Ausencia de residuo vesical. Capacidad vesical sobrepasa 230 c.c.

Uretroscopia. — Mucosa vesical sin otras particularidades que la presencia de lesiones crónicas de tipo vesicular a contenido purulento, otras más pequeñas casi de aspecto miliar y lesiones congestivas en las proximidades del cuello y del ángulo derecho del trigono. Orificios uretrales sin modificación; orinas aparentemente claras por ambos lados.

El índigo carmín se elimina a los 3' por el R I y 3'45" por el R D.

Radiografía directa sin sombras sospechosas de litiasis. Los urogramas muestran una buena eliminación de la substancia de contraste, con dudosa interpretación de las imágenes caliciales del lado derecho. (Radiogr. N° 2).



Radiografía 2

Urograma con dudosa interpretación de las imágenes caliciales del lado derecho.

Radiografía N° 3. — En la uretro-prostatografía se observa un racimo de cavidades prostáticas que desfiguran la imagen de la uretra posterior.

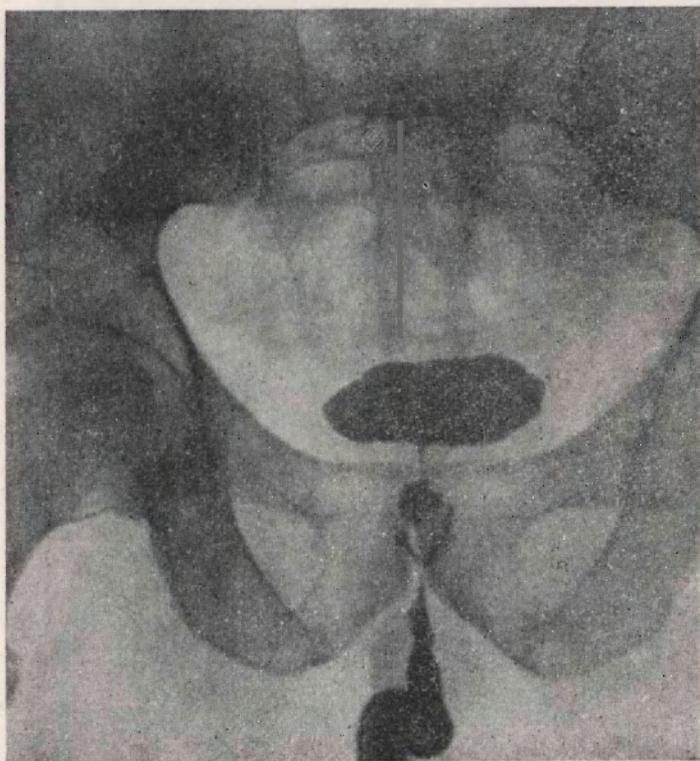
La bacterioscopía de la orina resultó insistentemente negativa a la búsqueda de bacilos ácidos resistentes. Se observan bacilos gram negativos que por sus caracteres culturales y morfológicos fueron reconocidos como bacilos *Escherichia coli*. La inoculación de orina fué informada luego, negativa.

Para resumir sobre el examen hematológico, diré que existía un ligero grado de anemia sin leucocitosis ni polinucleosis, pero sí un aumento en la velocidad de la eritrosedimentación.

Los dosajes químicos con el fin de determinar el estado humoral, sin particularidades. Buena función renal. Reacción de Frey negativa y ausencia de lesiones de fondo de ojo.

La fístula epidídimo-escrotal motivo de su preocupación nos brindaba útil material para confirmar el diagnóstico etiológico.

Resección de la fístula y nódulo epididimario que curó por primera. Del estudio histológico, informado por el Dr. Colillas, se deduce tratarse de reacción



Radiografía N° 3

Uretro-prostatografía

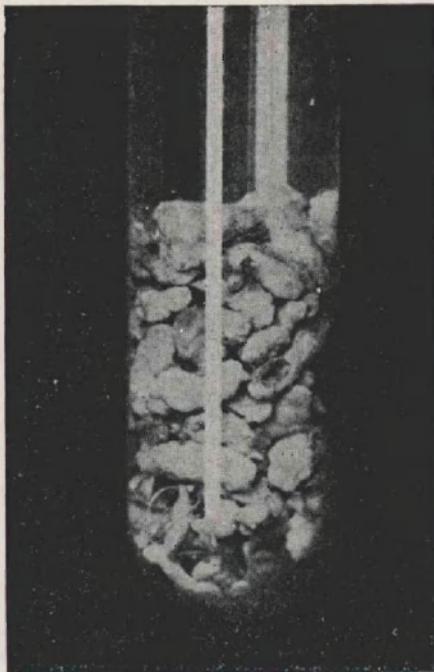
Se observa un racimo de cavidades prostáticas que desfiguran la imagen de la uretra posterior.

inflamatoria crónica, con ausencia de elementos netamente específicos. Las inoculaciones de su macerado resultaron negativas.

Previo preparación con antisepsia sulfamidada y dilatación uretral, se procedió a la *resección endoscópica a corte frío*, seguida de la hemostasia por coagulación puntiforme. A la adaptación de un balón rectal (que muestra la fotografía) fruto del ingenio, le atribuyo haberme facilitado las maniobras de resección en el punto de elección. La fotografía del tubo muestra su contenido, correspon-

diendo a 6,50 grs. de tejido prostático resecaado. Post-operatorio próximo sin alternativa; al 5º día se inició una hemorragia que llegó a la formación de coágulos endovesicales con la obstrucción de las sondas; prolija aspiración de los coágulos vesicales seguida de la aplicación de una sonda balón hemostática de Foley y la solución citratada en el medio endovesical. No fué requerida ninguna maniobra endoscópica de coagulación, manteniendo la sonda hasta la clarificación de la orina.

Histología. — Informa el Dr. Colillas: tejido constituído por haces muscu-



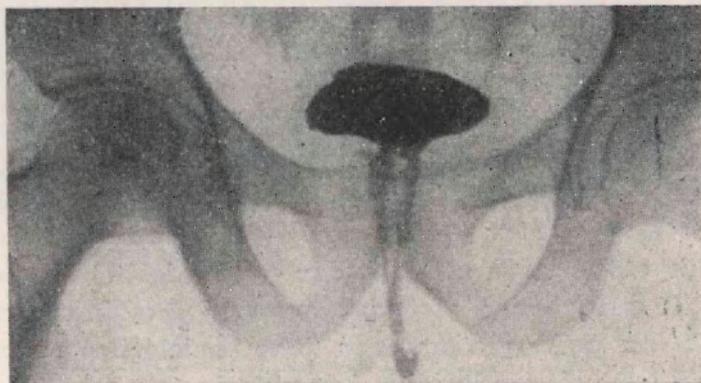
Fotografía del tubo corresponde a 6,50 grs.
de tejido prostático resecaado.

lares lisos, separados en partes por abundante tejido intersticial, en otras partes por tejido fibroide y mixoide. Tipo de reacción inflamatorio crónico.

Evolución. — Durante los primeros 15 días que siguieron a la suspensión de la sonda uretral, se manifestó una parcial incontinencia urinaria en la posición de pie, y que fué reduciéndose progresivamente. Micción normal.

Las uretrografías N° 5 y 6, obtenidas al mes de la resección, dan prueba gráfica de las modificaciones obtenidas en la uretra pos-

terior; una imagen cónica correspondiendo al tejido reseado que pone en amplia comunicación la uretra posterior a la vejiga, desapareciendo en cambio la imagen cavitaria de la uretrografía anterior.



Uretrografías 5 y 6.
Al mes de la resección.

Las orinas se emiten ahora de aspecto límpido. A dos años de la resección, él se muestra muy satisfecho de los resultados de la operación y nos ha informado sobre la mejoría de su estado sexual.