

Hospital Italiano Garibaldi
Jefe: Dr. José S. Dotta.

RECIDIVA DE UN ADENOMA PROSTATICO SU TRATAMIENTO POR LA TECNICA DE MILLIN

Por los Dres. JOSÉ S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

Se trata de A. S. de 73 años de edad, argentino, viudo, que nos consulta el 7-VI-48 manifestando que desde hace aproximadamente 2 años, sufre de trastornos disúricos caracterizados por polaquiuria a predominio nocturno con retardo y esfuerzo inicial. Estos trastornos se han intensificado en los 2 últimos meses por lo que decide venir a consultar.

Nunca tuvo retención ni hematurias; orinas siempre claras.

Entre los antecedentes, refiere una blenorragia a los 19 años complicada de epididimitis izquierda. Gran fumador por lo que padece de una bronquitis crónica. Discreto bebedor, no es constipado. Hace 10 años a raíz de sufrir trastornos semejantes a los de la enfermedad actual, le fué practicada una prostatectomía en 2 tiempos, de la que cura 4 meses después de practicado el primer tiempo.

Al examen de sus distintos aparatos sólo se constata: fenómenos de bronquitis crónica, un pulso irregular por extrasístoles, no habiendo disnea, cianosis ni edemas. Tensión arterial: Mx 170 Mn 80. El examen de abdomen no ofrece particularidades. Los riñones no se palpan ni hay puntos reno-ureterales dolorosos. En vejiga se constata un residuo de 150 cc. de orinas claras y la próstata al tacto rectal está aumentada de tamaño a expensas de sus dos lóbulos laterales con los caracteres semiológicos de un adenoma. La uretra es de calibre normal y los órganos genitales externos no ofrecen particularidades.

La cistoscopia no ofrece nada de particular salvo la deformación en cuello por el adenoma.

El análisis de orina solo muestra escasos glóbulos de pus y algunos hematies. La azotemia es de 0.29 gms por mil.

Tiempo de coagulación, de sangría y hemograma, normales.

Prevía preparación adecuada con sonda Foley a permanencia, Aminotilina endovenoso y sulfamidas se practica la operación el 12-VI-48 con anestesia con Pentothal, haciéndose la prostatectomía retropúbica extrayendo un adenoma de 28 gms.

Durante la operación tiene una pérdida de 200 cc de sangre.

El postoperatorio se hace sin incidencias, retirando el drenaje suprapúbico al cuarto día. Sus orinas son ya claras al tercero, retirándose la Foley al 8º día. Dos días después tiene

una pequeña hematuria y pérdida de orina por la herida suprapúbica por lo que nuevamente se le coloca la sonda Foley, aclarándose las orinas al día siguiente; se retira la sonda cinco días después.

Alta el 1º de Julio de 1948.

Los trabajos publicados acerca de la recidiva del adenoma de próstata aparecidos en la literatura son muy escasos y nos referiremos solamente a Trabucco (Revista Arg. de Urolog. 13, 169, 1944) y Rebaudi y Cupri (Rev. Arg. de Urolog. 17, 73, 1948). Por su parte R. Denis también se ocupa de este tema (I. Fr. de Urolog. 50, 54, 1942) pero en aquellos enfermos tratados por vía endoscópica asunto que escapa a la índole de esta comunicación, pues nos queremos referir solamente a aquellos casos a quienes se los ha operado haciéndole una adenomectomía íntegral y no subtotal como ocurre en todos aquellos tratados por reseccoscopia.

Dos son los mecanismos por los cuales se puede producir una recidiva:

- a) En aquellos casos, donde la adenomectomía se hizo en forma incompleta dejando algunos restos adenomatosos: esto puede suceder cuando la enucleación se hizo sin haber hallado el plano de clivaje adecuado o no haber explorado suficientemente la loge al terminar la operación.
- b) Y en aquellos otros, donde si bien la adenomectomía fué hecha correctamente han quedado en la cápsula rechazada algunos núcleos adenomatosos que posteriormente han proliferado dando lugar a la formación del nuevo adenoma.

En estos últimos casos, a diferencia de los primeros, la recidiva sería mucho más tardía en aparecer y así ocurrió en este enfermo quien había sido operado 10 años antes.

Es digno también de tener en cuenta que el número de recidivas no es tan grande debido al hecho de que se trata de enfermos que se operan a una edad avanzada y que fallecen por cualquier proceso intercurrente antes de que tengan tiempo de producirse trastornos por la recidiva del adenoma.

Sin embargo y aún teniendo en cuenta los argumentos que se exponen, debe admitirse que la recidiva es rara, considerando el gran número de enfermos que se oponen de esta afección.

En oportunidad de presentar Trabucco su trabajo "La recidiva del adenoma prostático" a esta Sociedad en su sesión del 26-VIII-43 contribuimos al mismo refiriendo cuatro casos que habíamos tenido oportunidad de tratar.

Desde entonces a la fecha hemos tenido ocasión de ver otros dos enfermos en los que el adenoma recidivó a los 14 y 10 años respectivamente.

El primero de ellos fué tratado de acuerdo al clásico procedimiento de Freyer en dos tiempos, el segundo fué operado utilizando la vía retropúbica, no habiendo encontrado mayores dificultades en la intervención; las pocas derivan de las adherencias de los distintos planos superficiales, pero una vez llegados a la vejiga, todo se presenta igual que en los enfermos no operados previamente.

Pudimos apreciar por este procedimiento la notable delgadez de la cápsula prostática comparada con los otros casos, detalle que nos obligó a hacer la adenomectomía con precaución para evitar su desgarro.
