

Tema Oficial.

LA RESECCION TRANSURETRAL Y HORMONOTERAPIA COMO TRATAMIENTOS PALIATIVOS DEL CANCER DE PROSTATA (6 CASOS)

Por el Dr. MARIO FERNANDO VICCHI

No es nuestro propósito dar detalles técnicos ni teóricos sobre estos temas que tanta difusión han tenido en los ambientes urológicos mundiales, sino que deseamos contribuir con nuestra modesta experiencia, presentando algunos casos en que la aplicación combinada de estos modernos procedimientos nos ha prestado una valiosa ayuda en el tratamiento de los enfermos con cáncer de próstata.

Desde el año 1941 en que Huggins llama la atención sobre la relación existente entre las hormonas sexuales y el cáncer de próstata, se inicia una nueva etapa en el estudio y tratamiento de esta enfermedad. Más tarde Kutcher y Wolbergs, demuestran grandes cantidades de fosfatasa ácida en los tejidos prostáticos adultos y Gutman y Gutman comprueban los bajos valores de esta en la niñez, por lo cual consideran a la fosfatasa ácida como un carácter sexual secundario, de naturaleza química. Posteriormente los mismos autores, Barringer y Woodard, demuestran la elevación de la fosfatasa ácida en el cáncer de próstata con metástasis óseas; Gamorri y Huggins afirman que esta substancia se encuentra aumentada tanto en los carcinomas diferenciados como en los indiferenciados y este último autor señala que la orquidectomía tiene éxito evidente en los adenocarcinomas y fracasa en los carcinomas indiferenciados, por lo cual considera que el tipo histológico del tumor tiene un valor pronóstico y cree que la acción de los estrógenos se reduce a neutralizar los andrógenos gonadales, pero escapan a su acción los extragonadales y, serían estos últimos los responsables de la acción carcinogénica que se presenta después de la orquidectomía,

En cuanto a la resección transuretral, procedimiento quirúrgico que ha revolucionado los conceptos sobre el tratamiento de las enfermedades obstructivas del cuello de vejiga, ha adquirido gran significación con la introducción de aparatos que convierten a este procedimiento en un método quirúrgico de gran seguridad y eficiencia.

Ya desde muy antiguo existió la preocupación por conseguir la desobstrucción del cuello de vejiga y es así que Ambrosio Paré, empleaba sondas especiales para tratar de beneficiar a estos enfermos. Ferri, en 1553, introduce en uretra sondas de plomo portadoras de cáusticos; desde entonces hasta 1909 en que Young introduce su sacabocados, se continúan los intentos para reglar el tratamiento transuretral de las afecciones obstructivas de uretra posterior y cuello vesical, pero recién en 1926 con Stern, que preconizó el uso de un reseccoscopio con corriente diatérmica instrumento que facilita enormemente la remoción de grandes trozos de tejido y permite controlar la hemorragia, se consigue un procedimiento seguro y eficaz. Más tarde modificaciones efectuadas por Nesbit, consiguen mejorar este instrumento, haciendo que el procedimiento quirúrgico sea uno de los más preferidos en el tratamiento de gran número de afecciones urinarias obstructivas.

Es indiscutible que tal como se nos presenta el problema del cáncer de próstata con la experiencia recogida hasta el presente, el procedimiento curativo de elección, es la operación radical por vía perineal, pero desgraciadamente el número de enfermos que llegan en etapas iniciales de su enfermedad es muy reducido, por lo cual, en la gran mayoría de ellos debemos conformarnos con procurar alivio y renunciar a obtener éxitos terapéuticos definitivos.

En 1943 Lowsley cita la opinión de G. J. Thompson, quien afirma que en estos últimos 10 años en la Clínica Mayo, no habían tenido oportunidad de hacer la operación radical por vía perineal, porque consideran que cuando el enfermo presenta síntomas obstructivos ya se ha perdido la oportunidad de obtener la curación total y aconsejan emplear la combinación de hormonas y resección transuretral como tratamientos paliativos, esta opinión se halla confirmada si estudiamos la serie de Barringer, quien sobre 351 casos, únicamente en 16 o sea el 4.5 % encontró tumores limitados a la próstata y zonas periprostáticas.

Si en medios sanitarios más adelantados que el nuestro, en los que se somete a examen periódico a la población de más de 40 años, nos encontramos con tan bajo porcentaje de enfermos con posibilidades quirúrgicas radicales, es de suponer que entre nosotros, las cifras estadísticas deben ser aún más desoladoras, no hemos encontrado datos al respecto, pero nuestra práctica diaria nos confirma esta impresión, tanto que en el Instituto de Medicina Experimental, en estos últimos años no hemos encontrado un solo paciente en que la indica-

ción de la operación radical pudiese hacerse con entusiasmo, es por esta razón que hemos debido inclinarnos por el empleo de tratamientos paliativos, habiendo observado resultados sorprendentes en muchos casos con la orquidectomía y estrógenos; no nos vamos a referir a este aspecto del problema, sino que deseamos exponer en estas Jornadas un resumen de los casos en que hemos usado los dos métodos combinado con gran beneficio para estos enfermos. Creemos que la práctica tan difundida de efectuar una cistostomía definitiva en enfermos con obstrucciones uretrales por carcinoma de próstata, debe limitarse cada vez más, ya que este procedimiento quirúrgico constituye un martirio más que deben soportar estos enfermos.

A continuación transcribiremos una síntesis de las historias clínicas de nuestra serie reducida de casos, en que hemos aplicado en forma combinada estos dos modernos métodos terapéuticos. En dos de nuestros enfermos (casos 1 y 4), hemos obtenido el cierre de la fístula hipogástrica dos años después de efectuada la cistostomía, mostrándose ambos pacientes en la actualidad sin inconvenientes miccionales.

En los casos (2, 3 y 5) en que los enfermos presentaban retención completa de orina, mediante la resección transuretral, se ha conseguido el restablecimiento de la micción espontánea y en el caso N^o 6, el paciente que había sido prostatectomizado meses antes de ingresar a nuestro servicio y no era posible conseguir el cierre de la fístula suprapúbica por los esfuerzos miccionales que debía efectuar, mediante la resección transuretral se consiguió el cierre de la misma.

Como terapéutica hormonal hemos empleado la orquidectomía subalbugínea en algunos casos y en otros la administración de estrógenos, estos últimos han sido muy bien tolerados, habiendo llegado a administrar hasta 4.000 mls. con perfecta tolerancia, salvo discreta ginecomastía.

CONCLUSIONES:

1^o — Creemos que la prostatectomía radical por vía perineal, es el tratamiento de elección en el cáncer de próstata.

2^o — Que el porcentaje de enfermos pasibles de este tratamiento es muy reducido.

3^o — La resección transuretral y la hormonoterapia, son los tratamientos paliativos de elección.

4^o — Consideramos a la cistostomía definitiva una mala solución de los fenómenos obstructivos del cáncer de próstata.

5^o — La tolerancia de los estrógenos sintéticos empleados en nuestros enfermos ha sido muy satisfactoria.

Caso N° 1. — Nombre y apellido: A. M. Ficha N° 143.995. Fecha de ingreso: 12 de junio de 1947. Edad: 61 años.

Antecedentes: Hemorragia a los 18 años, curada sin incidentes. Dos años antes de ingresar a nuestro servicio se le efectúa cistostomía por tumor de próstata y litiasis vesical complicada con retención completa de orina.

Estado del enfermo al ingresar a nuestro servicio: Mal estado de nutrición, piel y mucosas pálidas, 63 kilogramos de peso. Hace dos meses que no puede movilizarse. Dolores óseos y

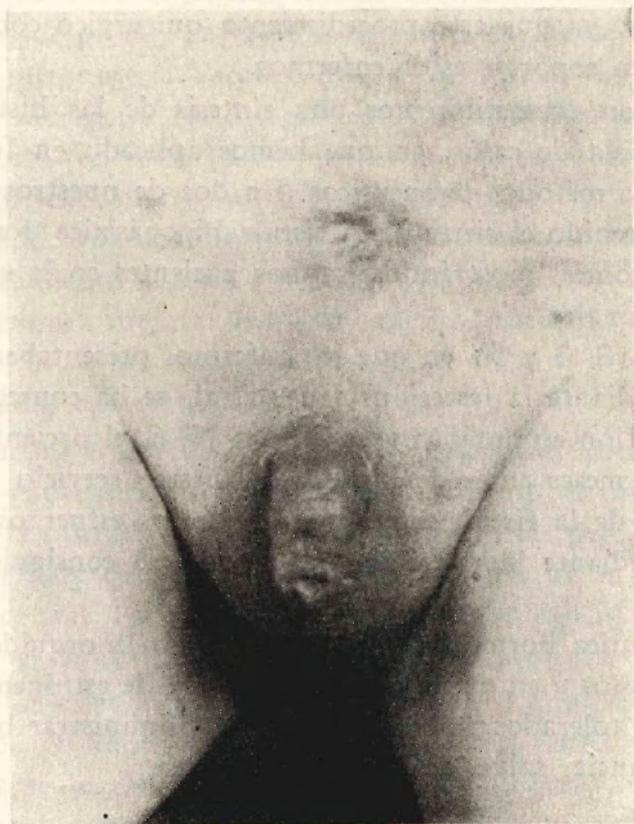


Figura 1
Fístula hipogástrica cicatrizada.

tenesmo vesical. Sonda hipogástrica definitiva. Se había comenzado la administración de morfina. Orinas turbias de aspecto gomoso. Genitales sin particularidades. Tacto rectal: próstata dura con nódulos leñosos, fija, con los caracteres de una neoplasia.

Biopsia por punción rectal con el trocar de Maraini: Tejido glandular con células atípicas, probablemente neoplásicas (profesor Brachetto Brian).

Exámenes de laboratorio: Wassermann y Kahn: Positivas ++. Urea en sangre: 0,54 ‰. Glucemia: 1,09 ‰. Tiempo de coagulación: 6',30". Tiempo de sangría: 3',30". Fosfatasa ácida: 5,4 unidades King Armstrong. Glóbulos rojos: 3.500.000.



Figura 2
Litiasis vesical y osteoporosis, probablemente metastásica.



Figura 3
Radiografía obtenida a los 15 días de iniciado el tratamiento hormo-
nico y de extraído los cálculos vesicales.

Radiografía directa del aparato urinario: Sombras de aspecto calculeoso en vejiga. Huesos ilíacos y sacro de aspecto algodonado. Se hace radiografía de cráneo para descartar enfermedad de Paget. Cráneo sin alteraciones.

Tratamiento: 27/6/1947. Orquidectomía subalbugínea y administración de Dienoestrol. 20 mlgs. diarios la primera semana; 10 mlgs. diarios durante tres semanas y luego seguir con 5 mlgs. diarios. Transfusiones: extracto hepático.

Evolución: 30/8/1947. Mejor estado general. aumentó 1 1/2 kilogramos de peso. Han disminuido sus algias. No se administran calmantes. Recuento Globular: Glóbulos rojos: 4.130.000. Glóbulos blancos: 9400. Cuatro meses después de haber comenzado el tratamiento hormonal, el enfermo se levanta. Continúa mejorando su estado general. Persisten las molestias causadas por la sonda hipogástrica y los cálculos vesicales.

Diciembre de 1947. A través de orificio de la cistostomía, se extraen 10 cálculos. El enfermo continúa reponiendo su estado orgánico, no habiendo fenómenos dolorosos, tanto que pudo realizar solo, un viaje hasta la provincia de Mendoza.

Tacto rectal: Próstata con muy pocas variantes, quizás algo menos dura, pero persisten los nódulos.

Exámenes de laboratorio de control: Fosfatasa ácida: 3.6 unidades Kink Armstrong. Recuento globular: glóbulos rojos: 4.200.000. Glóbulos blancos: 4800. Normocitosis e hipocromía. Urea en sangre: 0.44%. Glucemia: 1.09%.

Se indica al enfermo efectuar micciones por uretra con el objeto de comprobar, si había mejoría en su síndrome obstructivo, demostrándose la persistencia de un bostaculo miccional, sin ninguna variación.

El paciente se encuentra muy bien, tanto que nos reclama solución a su situación, ya que el único inconveniente que lo invalida es la cistostomía definitiva.

Reingresa a nuestro servicio el 28 de abril de 1948, el examen clínico que se le efectúa, demuestra buen estado general, aumentó de peso, 8 kilogramos. Se prepara con dilataciones uretrales, consiguiendo el pasaje de un Beniqué n° 60.

Resección transuretral: 22/5/1948. Anestesia raquídea, 0.06 grs. de novocaina. Se efectúa la intervención quirúrgica con el aparato de Stern Mac Carthy modificado por Nesbit 48 horas después se retira la sonda uretral, estando las orinas sin sangre.

Biopsia: Epitelioma adenoide glanduliforme.

Evolución: 8/6/1948. Buen estado general. Discretos dolores óseos en huesos ilíacos y sacro. Efectúa micciones cada hora. Orinas turbias. Capacidad vesical 80 cm³.

Tacto rectal: No se palpan nódulos. Siendo la glándula algo más elástica, pero siempre dura y aumentada de tamaño.

Dosaje de fosfatasa ácida de control: 3.8 unidades Bodansky.

Radiografía directa de columna y huesos ilíacos: Con los caracteres similares a las radiografías anteriores.

El enfermo ha tomado hasta la fecha 3700 mlgs. de Dienoestrol con perfecta tolerancia, únicamente hay discreta hipertrofia de las mamas.

Se obtiene el cierre de la fistula hipogástrica, realizando el enfermo micciones cada hora.

Último examen y estado del enfermo: 6/9/1948. Fístula supra púbica cicatrizada. Micciones cada hora. Orinas turbias. Buen estado de nutrición. Pesa 69 kilogramos.

Tacto rectal: La próstata ha disminuido de consistencia comparada con los exámenes anteriores.

Radiografía de columna lumbo-sacra: Osteoporosis interna sin mayor variación con respecto a los exámenes anteriores.

Exámenes de laboratorio de control: Fosfatasa ácida: 4.2 unidades King-Armstrong. Urea en sangre: 0.31 ‰. Glóbulos rojos: 4,300.000. Glóbulos blancos: 8700. Glucemia: 0.85 %.

CONSIDERACIONES:

La combinación de dos modernos métodos, la administración de estrógeno y la resección transuretral, han prestado a este enfermo sensibles beneficios.

Caso N° 2. — Nombre y apellido: M. B. Ficha N° 138.381. Fecha de ingreso: 6 de junio de 1946. Edad: 63 años.

Antecedentes: Desde hace 8 meses trastornos miccionales intensos. Polaquiuria y nicturia. En algunas oportunidades ha tenido fuertes dolores en columna. Niega otros antecedentes de interés.

Estado del enfermo al ingresar a nuestro servicio: Se presenta el paciente con mal estado general. Retención completa de orina.

Tacto rectal: Próstata aumentada de tamaño, de superficie irregular, palpándose nódulos de consistencia leñosa.

Exámenes de laboratorio de control: Urea en sangre: 0.56 ‰. Glucemia: 0.92 %. Wassermann y Kahn: Negativas. Recuento globular: Glóbulos rojos: 3.830.000. Glóbulos blancos: 7600. Fosfatasa ácida: 1.04 unidades King Armstrong.

Radiografía de columna lumbo-sacra: Nos demuestra un aumento en la opacidad en la trama ósea de la segunda vértebra lumbar.

Tratamiento: 17/6/1946. Orquidectomía subalbuginea y administración de estrógenos sintéticos, a la dosis de 10 mlgs. diarios.

Evolución: Un mes después el enfermo puede efectuar micciones incompletas, quedando un residuo vesical de 120 cm³. de orina, que progresivamente va disminuyendo hasta llegar a 50 cm³.

Tacto rectal: Los nódulos prostáticos han disminuído de tamaño y consistencia. Ha mejorado el estado general del enfermo, sensiblemente.

Exámenes de laboratorio: Fosfatasa ácida: 2.08 unidades Bodansky.

Radiografía de columna: Persiste la opacificación de la segunda vértebra lumbar.

El 15 de noviembre de 1946, reingresa a nuestro servicio con retención completa de orina. Se coloca sonda permanente. Se efectúan dilataciones uretrales con el objeto de realizar una resección endoscópica, para evitar la cistostomía definitiva.

Resección transuretral: Con el aparato Stern Mac Carthy modificado por Nesbit.

Examen anátomo-patológico: Epitelioma indiferenciado (profesor Dr. Elizalde).

Post-operatorio: Sin inconvenientes. El enfermo efectúa micciones sin dificultad, evacuando completamente su vejiga.

Evolución: 30/6/1947. Buen estado general. Orinas turbias. Micciones sin dificultad. No hay residuo.

Exámenes de laboratorio de control: Urea en sangre: 0.32 ‰. Glucemia: 0.99 %. Recuento globular: glóbulos rojos: 4.370.000. Glóbulos blancos: 8000. Fosfatasa ácida: 2.08 unidades King Armstrong.

Radiografía de columna: Con los caracteres antes descriptos, sin que se demuestren progresos de la lesión vertebral.

Desde el 30 de junio de 1947 no hemos tenido nuevos informes del enfermo.

CONSIDERACIONES:

Enfermo que ingresa a nuestro servicio con retención completa de orina, al cual se le efectúa tratamiento hormonal mejorando el estado general y su síndrome obstructivo, pero pocos meses después se produce nuevamente retención completa de orina, accidente que es solucionado mediante la resección transuretral.

Caso N° 5. Nombre y apellido: A. C. Ficha N° 143.864. Fecha de ingreso: 4/6/1947. Edad: 82 años.

Antecedentes: Reumatismo. Dolores muy discretos en vesícula biliar. Niega antecedentes genitales de interés. Desde hace un año nota polaquiuria y disuria. 15 días antes de ingresar a nuestro servicio tiene retención completa de orina y le proponen cistostomía de urgencia, temperamento que el enfermo no acepta.

Estado del enfermo al ingresar a nuestro servicio: Regular estado de nutrición. en los últimos meses ha perdido 10 kilogramos de peso. Piel seca. Borborigmos y gorgocea cecal. Sonda uretral a permanencia. Orinas turbias. Uretra libre de obstáculo mecánico.

Tacto rectal: Próstata de tamaño aumentado, de consistencia leñosa, de límites imprecisos con las características de un tumor maligno.

Biopsia por punción rectal con el trocar de Maraini: Tejido glandular con caracteres neoplásicos.

Exámenes de laboratorio: Urea en sangre: 0.60 %, Glucosa: 0.99 $\frac{g}{100ml}$, Wassermann, Kahn y Kahn presuntiva: Negativas. Recuento globular: Glóbulos rojos: 4.730.000. Glóbulos blancos: 6100. Fosfatasa ácida: 7.2 unidades Bodansky.

Radiografía directa de columna dorso-lumbar: No se comprueban metástasis.

Tratamiento: Dilataciones uretrales preparatorias para la resección transuretral. Estrógenos sintéticos y orquidectomía, 26 de junio de 1947.

Resección transuretral: Se realizan 6 amplias tomas con el aparato Stern Mac Carthy modificado por Nesbit.

Evolución: 18/6/1947. Orinas limpiadas. Micciones sin dificultad. No hay residuo vesical. Muy buen estado general. El enfermo ha tomado hasta la fecha 1200 mlgs. de Estrógeno.

Dosaje de fosfatasa ácida: 3.6 unidades King Armstrong.

Cuatro meses después, según informe, el enfermo estando muy bien hace un cuadro agudo peritoneal y fallece a consecuencia del mismo.

El informe donde fué atendido de urgencia el enfermo es el siguiente: Coleperitoneo.

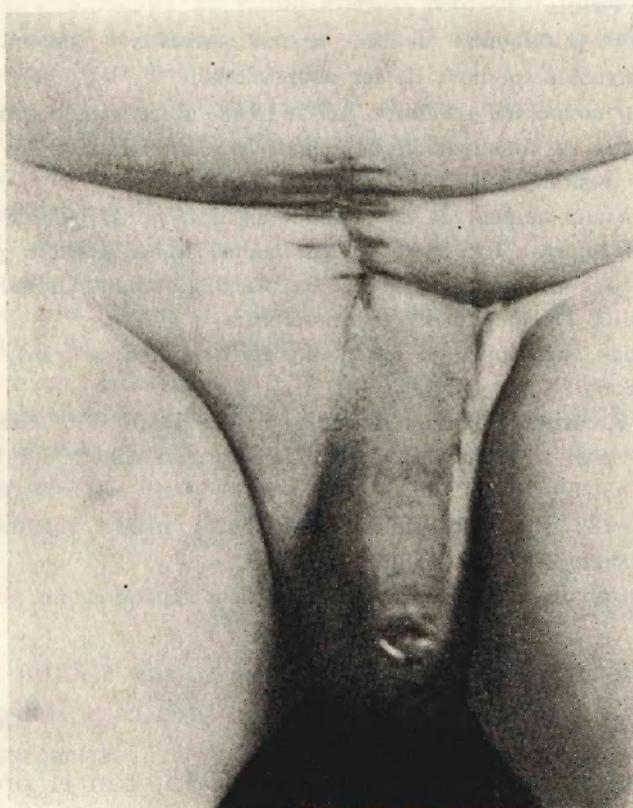
CONSIDERACIONES:

Enfermo con retención completa de orina por cáncer de próstata, a quien se le pudo evitar la cistostomía definitiva, mediante la resección transuretral.

Caso N° 4. — Nombre y apellido: F. D. Ficha N° 132.705. Fecha de ingreso: 13/12/1946. Edad: 43 años.

Antecedentes: Reumatismo articular desde hace 30 años. En mayo de 1945 Cistostomía

de urgencia debido a retención completa de orina por tumor de próstata con los caracteres de una neoplasia, por lo cual es enviado al Instituto de Medicina Experimental, donde encontramos la siguiente descripción del proceso urológico: *Tacto rectal*: Próstata aumentada de tamaño, consistencia leñosa, superficie irregular, con nódulos. Borde derecho de consistencia pétrea. Indica radioterapia. El examen de control efectuado meses después nos muestra según el informe, sensibles variaciones del tumor prostático. En el mes de octubre de 1945 se comienza con la administración de estrógenos.



Fístula hipogástrica cicatrizada.

El enfermo es examinado por nosotros por primera vez, el 18 de diciembre de 1946. Buen estado general. Cistostomía definitiva. Dolores hipogástricos intensos.

Tacto rectal: Próstata aumentada de tamaño, de consistencia superior a lo normal, no palpamos nódulos. Siendo un enfermo a quien se le habían efectuado tratamientos paliativos y como persistían sus dolores en forma intensa, practicamos el método antiálgico de Dogliotti, inyectando 1 cm³. de alcohol intrarraquídeo y orquidectomía. Mejoran sensiblemente sus fenómenos dolorosos. El enfermo se encuentra muy mejorado, obturando el catéter hipogástrico puede efectuar micciones muy dificultosas, quedando residuo de orina, de 120 cm³.

Tacto rectal: Próstata aumentada de tamaño, pero hay mejor elasticidad.

Biopsia por punción rectal con el trocar de Maraini: No se encuentran células neoplásicas. Enfermo muy constipado por tiflitis intensa.

Se efectúan dilataciones uretrales con el objeto de preparar al enfermo para efectuar la Resección Transuretral.

Resección transuretral: 17/5/1948. Anestesia raquídea: 0,07 grs. de novocaína. Se hacen 7 tomas.

Evolución: Evoluciona sin incidencias, se retira catéter uretral a los 4 días.

11/6/1948. Buen estado general. No hay síntomas subjetivos de importancia. Micciones uretrales sin dificultad. No hay residuo vesical de orina. Se retira el catéter hipogástrico y se obtiene el cierre de la fistula.

Exámenes anatómo-patológicos de los trozos resecaados: Adenomatosis prostática con intensa proliferación activa sospechosa de ser neoplásica.

Ultimo examen y estado del enfermo: 10/9/1948. Buen estado general. Fístula hipogástrica cicatrizada. Persiste su constipación intestinal. Micciones cada hora y media. Orinas turbias. No hay residuo vesical.

Facto rectal: Próstata aumentada de tamaño, elástica, no se palpan nódulos.

Exámenes de laboratorio: En 1946: Wasse-mann, Kahn y Kahn presuntiva: Negativas. Urea de sangre: 0,52 ‰. Glucemia: 0,96 ‰. Recuento globular: Glóbulos rojos: 4.420.000. Glóbulos blancos: 4800. Normocitosis y normocromía.

En 1947: No hay variaciones en los exámenes hechos en la fecha. Fosfatasa ácida: 4,2 unidades King Armstrong.

Abril de 1948: Recuento globular: Glóbulos rojos: 3.300.000. Glóbulos blancos: 5500. Normocitosis. Piperocromía. Proteinemia: 6,96 ‰. Fosfatasa ácida: 6,2 unidades King Armstrong.

Setiembre de 1948: Recuento globular: Glóbulos rojos: 3.400.000. Glóbulos blancos: 5800. Urea en sangre: 0,27 ‰. Glucemia: 0,90.

Exámenes radiográficos: Los exámenes radiográficos repetidos, no ponen en evidencia metástasis óseas.

CONSIDERACIONES:

Enfermo con cistostomía efectuada en 1945, con el propósito de hacerla definitiva; por medio de este moderno procedimiento quirúrgico, hemos podido suprimir este achaque a nuestro enfermo.

Caso N° 5. — Nombre y apellido: A. S. Ficha N° 140.331. Fecha de ingreso: 21/10/1946. Edad: 82 años.

Antecedentes: Desde hace 8 meses tiene intensos fenómenos vesicales. Polaquiuria. Nicturia. fenómenos que se exageran progresivamente.

Estado del enfermo al ingresar a nuestro servicio: Retención completa de orina. Globo vesical que llega hasta el ombligo. Enfermo deshidratado. Signos clínicos de intoxicación ureica.

Facto rectal: Próstata aumentada de tamaño, dura, de superficie lisa, difícilmente movable.

Cistoscopia: Vejiga fácilmente distensible. Se observan numerosas columnas. Cuello levantado. Signo de Marión positivo. Signos endoscópicos de tumor de próstata.

Biopsia por punción rectal con el trocar de Maraini: Negativa.

Urografía excretoria: Mala eliminación del medio de contraste por ambos riñones, no se dibujan bien las imágenes pielocaliciales. Abdomen globuloso, se palpa en epigastrio tumor duro que sobrepasa tres traveses de dedo el reborde de costal derecho.

Reacción de Casoni y Ghedini: Negativas.

Radiografía de estómago: Muestra compresión extrínseca.

Tratamiento: Sonda permanente. Tratamiento clínico por su intoxicación ureica. Mejora el enfermo, pero persiste sin mayores variaciones el tumor de epigastrio.

Exámenes de laboratorio: Urea en sangre: 0.87 %. Glucemia: 0.92 %₁₀₀. Wassermann y Kahn: negativas. Recuento globular: glóbulos rojos: 4.960.000. Glóbulos blancos: 17.200.

Evolución: En enfermo mejora su estado clínico, pero debe quedar con sonda uretral a permanencia, por lo cual se le prepara para efectuar la resección transuretral. Buen calibre uretral se consigue el pasaje de un Beniqué nº 60.

Resección transuretral: 20/2/1947. Se hacen 6 amplias tomas.

Post-operatorio: Hemorragia discreta. 15 días de operado.

Biopsia de los trozos resecados: Epitelioma.

27/5/1947. Orquidectomía y estrógenos.

Evolución: Mejora el enfermo progresivamente. El 7/4/1947, se retira la sonda uretral y el enfermo puede efectuar sus micciones sin dificultad.

Exámenes de laboratorio de control: Recuento globular: glóbulos rojos: 5.200.000. Glóbulos blancos: 6200. Urea en sangre: 0.50 %₁₀₀. No se hizo el dosaje de fosfatasa ácida, por dificultades transitorias en el laboratorio.

Radiografía de columna: No demostró la existencia de metástasis.

El enfermo fué trasladado a otra sección de nuestro Instituto, para el estudio del tumor de Epigastrio, siendo retirado por los familiares antes de que se llegara a conclusiones diagnósticas.

CONSIDERACIONES:

Enfermo que durante varios meses tuvo sonda a permanencia por retención completa de orina: mediante la resección transuretral, se le pudo solucionar el síndrome obstructivo.

Caso Nº 6. - Nombre y apellido: J. M. Ficha Nº 145.951. Fecha de ingreso: 4/10/1947. Edad: 65 años.

Antecedentes: Hace un año se efectuó una prostatectomía en dos tiempos por ser presunto adenoma. No se hizo estudio anátomo-patológico según el informe médico que nos fué enviado conjuntamente con el enfermo. Fístula suprapúbica de difícil cicatrización a pesar del tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica.

Estado del enfermo al ingresar a nuestro servicio: Polaquiuria intensa. Dolores y esfuerzos miccionales que se hacen intolerables. Persistencia de la fístula suprapúbica.

Tacto rectal: Nódulo duro en lóbulo derecho de la próstata.

Cistoscopia: Vejiga difícilmente distensible. Trígono edematoso. Cuello vesical elevado. Se observan dos orificios correspondientes a sendos divertículos.

Exámenes de laboratorio: Fosfatasa ácida: 6.2 unidades. Urea en sangre: 0.48 %. Glucemia: 0.85 %₁₀₀. Recuento globular: glóbulos rojos: 5.100.000. Glóbulos blancos: 9600. Wassermann y Kahn: negativas.

Radiografía de columna y tórax: No demuestran lesiones metastásicas.

Preoperatorio: Antibióticos. Dilataciones uretrales.

Resección transuretral: 27/11/1947. Se realizan 6 tomas de las zonas salientes, labrándose un amplio canal.

Post-operatorio: Alta a los 20 días. Fístula suprapúbica cicatrizada.

Biopsia: Epitelioma prismático tubuliforme.

Se administran al enfermo estrógenos sintéticos en dosis de 10 mlgs. diarios.

Último examen y estado del enfermo: Marzo de 1948. Buen estado general. No hay trastornos miccionales. Orinas turbias. Fístula hipogástrica bien cicatrizada.

CONSIDERACIONES:

Enfermo con obstáculo mecánico al efectuar la micción que dificulta el cierre de la fístula suprapúbica. Se efectúa la resección transuretral y se consigue la cicatrización de la misma. Desaparecen los inconvenientes miccionales.