

Por el Doctor

R. DE SURRA CANARD

LITIASIS PROSTATICA

HE tenido la suerte, en lo que va del año, de observar dos casos de Litiasis Prostática.

En los dos, las concreciones calculosas estaban alojadas en un solo lóbulo de la glándula, existiendo en el lóbulo congénere cavidades, designadas hoy con el nombre de cavernas o de divertículos.

Por los antecedentes de ambos pacientes, se puede deducir que las cavidades prostáticas pertenecen al tipo de lesión adquirida, secuela de una gonorrea antigua. Por otra parte, la presencia de cálculos en un solo lado hacen presumir que ellos son de formación secundaria ya que las cavidades reúnen las condiciones necesarias para la precipitación litógena, es decir: retención de orina, y estado séptico.

No pretendo entrar en consideraciones generales sobre la diverticulosis prostática y sí señalar la importancia de esta secuela.

HISTORIA N° 1

M. S., de 40 años, es visto en enero de 1937 y dice haber tenido siete meses atrás un episodio doloroso que fué seguido de la eliminación de un cálculo (del tamaño de un grano de arroz): la descripción de su crisis dolorosa, sin embargo, recuerda más bien un episodio intestinal que un cólico de riñón. Veinte días atrás observa la emisión de un coágulo pequeño de sangre, sin otra sintomatología. Amigo de un radiólogo, lo consulta y se le practica una radiografía de su aparato urinario: en ella se ve a nivel del área renal izquierda, una sombra sospechosa de litiasis (?) y del lado derecho otra pequeña sombra implantada en el parenquima renal de ese lado (?). En la región vesíco prostática, flebolitos y una sombra singular del tamaño de una moneda de 5 centavos, formada por un conglomerado de concreciones. La radiografía induce a pensar se trata de una litiasis prostática (fig. N° 1).

Como antecedentes refiere una blenorragia 15 años atrás que curó (?) y la emisión de orinas lactescentes de vez en cuando.

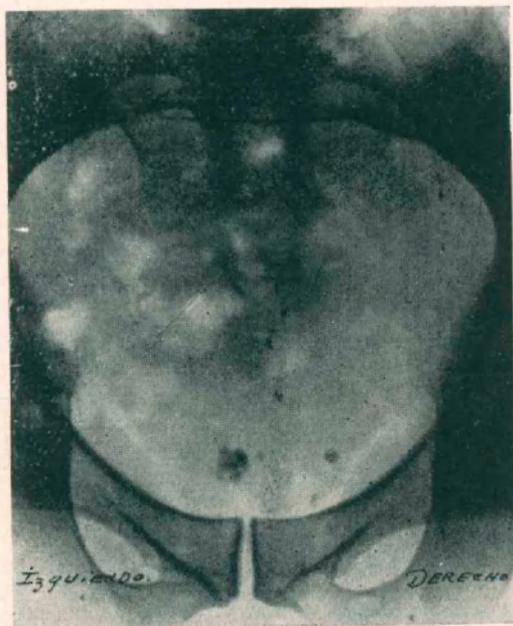


Figura N° 1.
Litiasis prostática. Concreciones en lóbulo izquierdo. Observación N° 1.

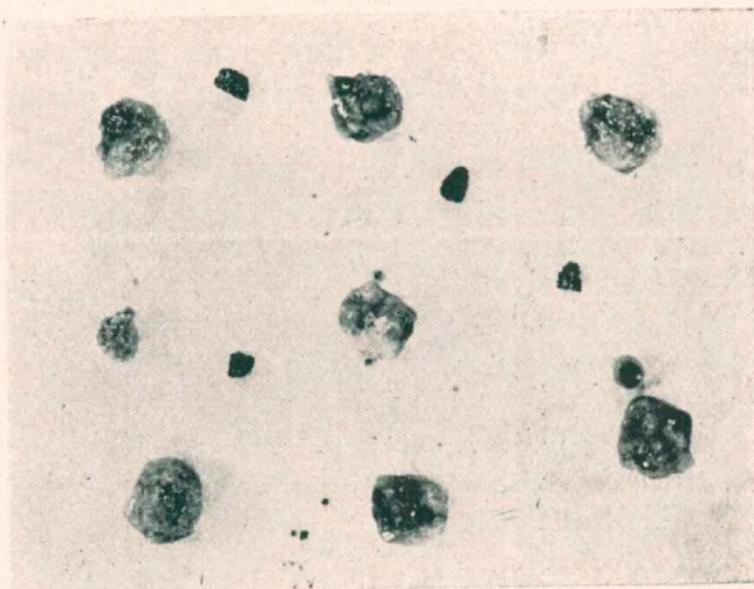


Figura N° 2.
Cálculos expulsados por el enfermo de la observación N° 1.

El examen revela. — Orinas opalescentes por fosfatos y una ligera piuria, uretra libre; cistoscopia, vejiga normal; tacto rectal: próstata de tamaño nor-

ma.l blanda, depresible, se exprime con facilidad, no se percibe crepitación; se toca un flebolito. Uretra posterior: divertículos prostáticos de ambos lóbulos. Las cavidades del lado izquierdo alojan calculitos que corresponden por su aspecto endoscópico a los visualizados en la película radiográfica.

Tratamiento. — Antisépticos urinarios por vía oral, y lavajes uretro-vesicales para mejorar en lo posible la piuria existente. Luego, electrocoagulación de la uretra posterior, abriendo los orificios de las cavernas prostáticas del lado izquierdo y haciendo saltar los pequeños puentes o tabiques existentes entre una

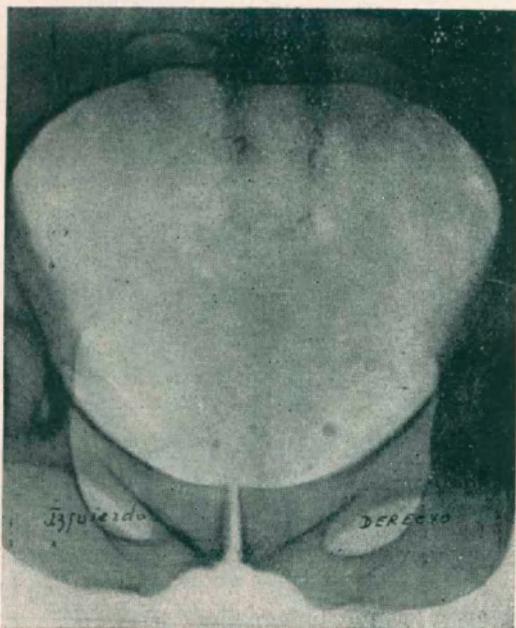


Figura N° 3
Radio de control de la observación N° 1.
Las sombras existentes pertenecen a flebolitos.

cavidad y la otra, de manera de transformar los divertículos en una amplia cavidad y lograr la expulsión espontánea de los cálculos por la vía natural. Del lado derecho, apertura de la diverticulosis, de igual manera, con criterio profiláctico.

Debo llamar la atención sobre la prudencia con la que hay que manejar la coagulación para evitar un desastre: en primer término, muy poca penetración diatérmica y, en segundo lugar, una intensidad semejante a la utilizada para decapitar el *Verum Montanum*.

Durante el post-operatorio, irrigaciones uretro-vesicales.

A los 15 días, expulsión de 10 calculitos de forma lenticular (fig. N° 2).

Uretroscopia de control al mes. — Uretra bien drenada, no hay cálculos. Radio de control, negativa (fig. N° 3). Tratamiento de sulfosfatúria.

HISTORIA N° 2

R. C., 44 años. — Consulta por padecer desde hace 15 años de ardor en la uretra, ardor que calma con el reposo y que se exagera con la marcha. Polaquiúrico durante el día, micciones con frecuencia variable entre un cuarto de hora y una hora y polaquiúrico nocturno, cuatro a diez micciones; la frecuencia miccional le molesta desde hace seis años. Además, le llama la atención que el esfuerzo miccional, despierta en él deseos de mover su vientre.

Ha sido examinado repetidas veces y sometido a varios tratamientos uro-

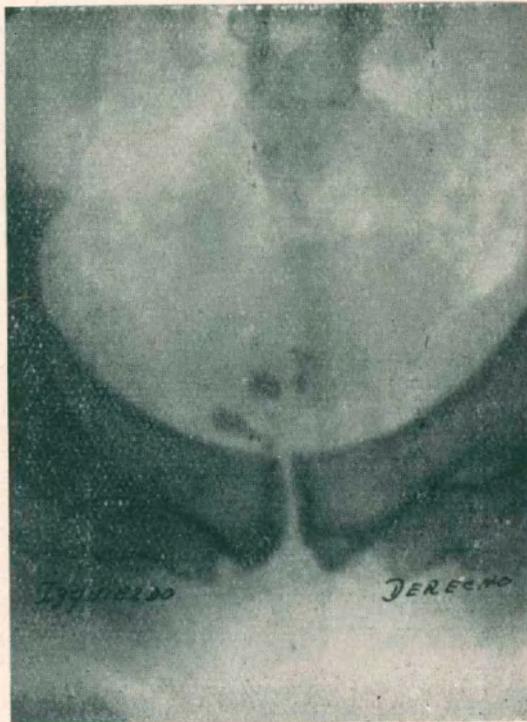


Figura N° 4.

Cálculos prostáticos alojados en lóbulo izquierdo. Observación N° 2.

lógicos, principalmente con lavajes e instilaciones vesicales. Además, se le ha hecho un lavado de las vesículas seminales, inyectándolas por la vía del canal deferente, a cielo abierto. Dice haber observado, por una parte: la presencia de moldes purulentos en la orina recién emitida y, por otro lado, el aspecto purulento de las eyaculaciones.

Al examen, se comprueban 1º, orinas recogidas en tres copas piúricas con grumos de pur; el color de la orina recuerda al de las pietitis crónicas a colibacilo y los grumos hacen pensar en una diverticulosis prostática.

2º, uretra libre con un calibre 54.

3º, tacto rectal próstata de tamaño y forma normal, de consistencia blan-

da y depresible a nivel del lóbulo derecho, dura, dolorosa, del lado izquierdo, dando una sensación clara de la presencia de cálculos en su interior.

4º, vejiga. Buena capacidad. Mucosa sana en casi toda su extensión, meatoscopia negativa; trigonitis edematosa que se prolonga hacia la vertiente uretral.

5º, uretra posterior, cuello algo saliente por edema, algo perezoso en su movilidad voluntaria. Fosilla prostática algo excavada. Verum Montanum, escleroso. Uretra montanal esclerosa con gruesos orificios que señalan unas diver-

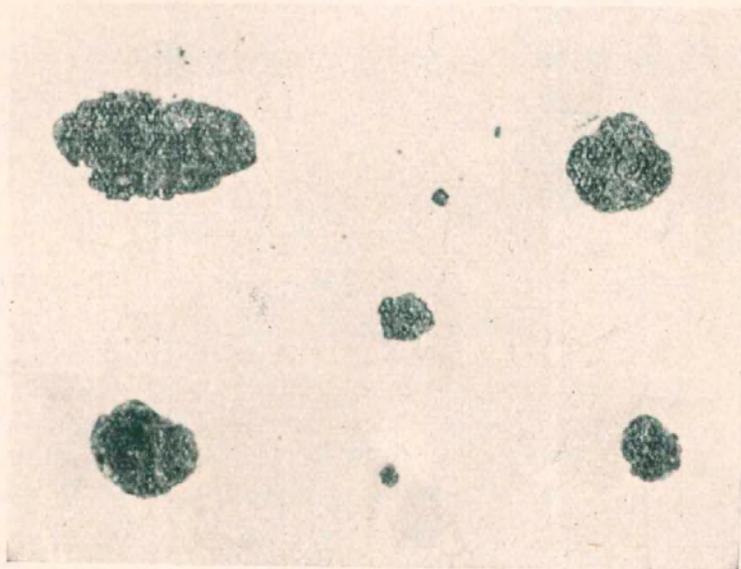


Figura N° 5.
Cálculos expulsados por el enfermo de la
observación N° 2.

ticulosis de ambos lados, pero viéndose a través de esos orificios la presencia de cálculos en el lado izquierdo.

Una radiografía muestra los cálculos vistos, alojados en la porción izquierda de la región prostática (fig. N° 4).

Tratamiento. — Previa desinfección del tractus urogenital con medicación por vía bucal e irrigaciones locales, se hace una primera sesión de electro-coagulación con igual técnica a la descrita en el primer caso.

El enfermo logra expulsar la totalidad de los cálculos menos el más grande. Una endoscopia de control muestra que esa piedra está engarzada de manera tal, que su base permanece en una cavidad diverticular. Una segunda cáustica muy prudente logra abrir la brecha y permite la expulsión de la piedra al octavo día (fig. N° 5).

Uretroscopia de control, negativa.

Radiografía de control, negativa.

Estado general, excelente. Únicamente persiste una discreta piuria a colibacilo.

A manera de comentario sólo diré que en mis dos enfermos la terapéutica ha sido sencilla, fácil de realizar, sin ningún tropiezo y los cálculos fueron expulsados sin ocasionar trastorno alguno. Pero si bien es importante lograr suprimir las piedras prostáticas por vía endoscópica, más interesantes es evitar su formación y para ello siendo difícil modificar el terreno litógeno, queda el recurso de abrir las cavidades diverticulares y ejercer en forma indirecta una acción de profiláctica eficaz.