

## ARTROSIS PUBIANA

---

Por el Dr. GUSTAVO ALSINA

La lectura de lo que se ha publicado hasta la fecha con el nombre de osteítis pubiana, entre otros varios más, hace suponer que en nuestro tiempo, a la cirugía desarrollada en la vecindad de la sínfisis pubiana le ha aparecido una contingencia otrora desconocida, determinante de lesiones óseas extrañas por su modalidad originada por causas tan confusas como contradictorias. El mismo disturbio, ocurriendo en el mismo lugar, ha impresionado de distinta manera el espíritu de los que lo han visto surgir y evolucionar, reproduciéndolo después en versiones tan diferentes que recuerdan a las que describían al dragón de Alca, rojo, verde, amarillo y azul. La diversidad de las figuras hizo creer que algo raro estaba pasando, y se culpó a procedimientos nuevos de la cirugía. Pero aquello de que no hay nada nuevo bajo el sol, viene otra vez en su defensa a demostrarnos que lo que vemos en este síndrome, en la sínfisis pubiana, es la misma cosa que se ve en otras articulaciones del organismo, llevándolas a deformaciones notables y permanentes. Lo mismo, también, que los estudiosos de las osteopatías encontraron en el esqueleto de reptiles que vivieron millones de años antes de nuestra era, y algo menos remotamente, en el de momias egipcias. No en el pubis, tal vez, pero sí al lado y enfrente a él.

Porque lo que hemos visto denominar osteítis pubiana, osteomielitis, osteocondritis, atrofia aguda de Sudek y neuritis del obturador, no es sino una artrosis del pubis, con características absolutamente similares a todas las otras artrosis conocidas en la patología, que hasta hace poco se llamaron artritis deformantes.

No se trata, por la introducción, que el propósito exclusivo de este trabajo es el de darle a un síndrome un calificativo determinado, preocupación que sería superflua. Lo que lo alienta realmente es el propósito de extraer de su verdadera ubicación nosológica todo aquello que la experiencia ha acumulado sobre las afecciones congéneres para aplicarlo en el diagnóstico y el tratamiento de la que nos ocupa, que tiene tanto carácter de actualidad,

HISTORIA. — La primera descripción sobre el tema data del año 1924 y le pertenece a Beer, quien en su publicación declara haber observado su primer caso en 1916, sobreviniente a una prostatectomía suprapúbica. Ashner, en el mismo año, cita otro caso, y luego nuevamente Beer en 1918 agrega otros dos similares, llamando siempre la atención sobre el hecho de que solamente enfermos cuya vejiga ha sido abierta experimentan esta complicación, y explicándose así que no haya sido observada en cirugía ginecológica.

Luego, en forma escalonada y progresiva, van sumándose las comunicaciones al respecto: en 1930, una de Kretschmer informa sobre un caso en el que complicó una litotomía transvesical seguida de prostatectomía suprapúbica, y con breves intervalos Barnes, Lázarus, Goldstein y Silver, informan sobre otros más ocurridos siempre en prostatectomías suprapúbicas. A partir de 1945, con la incorporación de la vía retropúbica creada por Millin a los procedimientos de enucleación de los adenomas prostáticos, las publicaciones y comentarios alrededor del síndrome pubiano encontraron otro hueco donde sentar plaza, con la inclinación, por añadidura, de adjudicarle cierta prevalencia en su génesis. Pero he aquí que lo que había sido durante un tiempo una complicación patrimonial de las operaciones urológicas con apertura de la vejiga, por vía hipogástrica, hace su aparición en la vía retropúbica, en la perineal, en la endouretral, e invadiendo otros campos, aparece en obstetricia complicando sinfisiotomías y partos distócicos; en cirugía general, a raíz de una herniorrafia seguida de un hematoma supurado; en traumatología, a causa de una contusión en el abdomen inferior, accidental, y, por último, para darle más variedad, se instala en la convalecencia de un pielonefritis aguda, sin mediar operación ni otro traumatismo alguno. Todavía, para acentuar más la disimilitud de este caso, citado por Kleinberg, con respecto a los anteriores, tratábase de una mujer. Pero en su historia consta el antecedente de que padecía antes de una osteoartritis crónica de la cadera izquierda, dato de singular interés.

Y así, en una recopilación efectuada por Rosenberg y Veat en el año 1948, se sumaron cincuenta y dos casos, de ellos cuarenta y dos sobrevinientes a cistostomías incluyendo adenomectomías prostáticas suprapúbicas. Desde entonces hasta ahora esa cifra se acrecienta sin cesar, haciendo poco menos que imposible su enumeración exacta. Además, un buen número de casos deben permanecer inéditos.

Esta reseña, a pesar de ser incompleta y de parecer una inoficiosa repetición de lo que en otros trabajos se ha expuesto, sirve, sin embargo, para poner de relieve que han sido y son las variedades de la cirugía transvesical las que han contribuido con su mayor caudal a la estadística del síndrome pubiano, pero sin carácter de especificidad. En lo concerniente a la cirugía del adenoma prostático, los cuatro métodos actualmente en boga han llevado a esta complicación, con una gran diferencia en su número, es verdad, pero también es verdad que los cirujanos que practican la vía perineal o la endouretral en forma preferente es desproporcionadamente inferior a los que en todo el mundo emplean la suprapúbica, más asequible para cualquier ambiente quirúrgico y menos exigente de gran entrenamiento especializado para su ejecución. Y actualmente, también la retropúbica se ensaya en todas partes, con

técnica que a menudo se aparta substancialmente de la que su autor creó. No debe deducirse de esto que la artrosis pubiana sea imputable a imperfecciones quirúrgicas, pero que en su desarrollo intervienen como causas coadyuvantes las infecciones y las hemorragias, asociadas al traumatismo que significa de por sí cualquier operación, no queda la menor duda.

ETIOLOGÍA. — La hipótesis traumática ha sido de las primeras invocadas, pero en el sentido de la agresión local y directa del pubis por el apoyo de separadores o pinchazos producidos por las agujas de sutura. Así concebida, y sola, no puede quedar actualmente en pie, porque se ha visto el proceso seguir a operaciones endouretrales y también sin mediar operación alguna.

La presencia de una colección séptica prevesical o retropúbica, cuya importancia etiológica no puede desestimarse, no basta tampoco por sí sola para explicarlo todo, porque la mayoría de los que tienen alguna experiencia en materia urológica han visto desfilar enfermos con supuraciones y fístulas interminables que no se han quejado nunca de dolores isquiopubianos.

Experimentalmente, Wheeler no pudo reproducir la afección en el conejo inyectándole en el pubis orina estéril o contaminada con estafilococo áureo hemolítico, abriéndole la vejiga y traumatizando deliberadamente el espacio de Retzius, ni suturando bajo el periostio cuerpos extraños a la vez que inoculaba periódicamente la región con orina séptica. Este experimento fué hecho, dice Wheeler, simulando la peor forma de una operación suprapúbica.

Considero de interés referir aquí la odisea de un enfermo de treinta años (hist. clín. N° 3152), quien, a causa de una laparotomía efectuada por hidatidosis abdominal, quedó con una fístula doble, entérica y vesical, abiertas en el hipogastrio, con intensa infección endo y perivesical y abcedación prostática. En ese estado deplorable, con el agravante último de una tuberculosis pulmonar, ha sobrevivido más de un año sin que en ningún momento se manifestaran, clínica ni radiológicamente, señales de sufrimiento pubiano. Otro enfermo de veinte años (hist. clín. N° 1549) sufrió una fractura de la rama isquiopubiana izquierda y lesión de la uretra membranosa, arrollado por un vehículo en el campo. La primera cistostomía efectuada en el hospital de su localidad cerró al cabo de varios meses, por habersele restablecido suficiente calibre uretral. Pero a poco la estenosis traumática hizo necesaria otra, seguida de una uretrorrafia que se complicó con una supuración periuretral. Curó bien en el plazo necesario, y tampoco se advirtieron en él manifestaciones de sufrimiento pubiano a pesar de haber intervenido un traumatismo considerable del hueso e infección de la contiguidad.

Es necesario entonces que haya concurrencia de factores para que la artrosis pubiana se desarrolle: uno de ellos, preparatorio, constituido tal vez por la preexistencia de fenómenos involutivos de repercusión ósteoarticular, promovidos ya sea por la edad o por otra suerte de agentes gravativos, y además, otros desencadenantes, que se pueden expresar en dos términos: el traumatismo, en su sentido genérico, y la infección.

Recorriendo la casuística, el promedio de edad de los enfermos atacados pasa de los cincuenta años, y como contraprueba, no hay noticias de que en niños se haya comprobado la existencia de un proceso de esta clase. En cuanto

a la infección, debemos convenir en que ha sido siempre una convidada de piedra de las uropatías, y de cirugía, manifiesta con tonalidades que varían desde las simples "serosidades" hasta los flemones donde pululan siniestros anaerobios. El cotejo de las historias publicadas sobre estos casos demuestra que en algunos el proceso ha transcurrido sin fiebre y sin las variantes acostumbradas que imprime al hemograma, pero en la generalidad se consignan algunos décimos de fiebre, trasunto de infecciones atenuadas. Y aquí se presenta un enigma, porque siendo el traumatismo y la infección agentes etiológicos viejos como el hombre, resulta extraño que uno de sus efectos, en un momento dado cobre un impulso tan significativo como el que todos señalan actualmente en la frecuencia del síndrome pubiano. El único intento de explicación a este interrogante se encuentra en el trabajo de Millin, Macalister y Kelly, sobre prostatectomía retropúbica, donde al mencionar esta complicación, estiman primeramente, que el aumento de su frecuencia debe ser real, porque su sintomatología es tan clara que no pudo pasar antes desapercibida, y luego que en su génesis puede influir el empleo de los nuevos agentes terapéuticos, sulfadrogas y antibióticos. Discurriendo con Bell, llegan a la conclusión de que el mecanismo puede ser puesto en marcha por el encierro en la región operada de ciertos gérmenes resistentes a esos medicamentos.

Y es que es indudable que los antibióticos han modificado notablemente el ritmo de la cirugía, que han abreviado el curso post-operatorio en gran cantidad de casos, y también que han dado más entereza para llevar a la mesa de operaciones a enfermos que antes de su época se hubieran tratado solamente con paliativos. Pero al mismo tiempo todavía no se sabe si por su acción se desbaratan posibles equivalencias microbianas, cuyo resultado ulterior pudiera traducirse en un aumento de virulencia de algunos gérmenes a expensas de la extinción de otros. Toca a los investigadores en bacteriología dar su fallo en este intrincado tema.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La inconsistencia del concepto reinante sobre la fisiopatología de esta enfermedad tiene su excusa en la usencia de piezas de la autopsia, cuyo estudio hubiera facilitado una mejor comprensión de lo que ocurre en el hueso y en la articulación del pubis. Solamente se han examinado microscópicamente fragmentos extraídos por curetajes efectuados con errónea finalidad terapéutica, uno de ellos citado por Muschat, que sin abundar en descripciones histopatológicas concluye en el diagnóstico lesional de osteomielitis subaguda, habiéndose individualizado como germen infectante el bacilo *Proteus*. En otro caso, perteneciente a Ercole y Sgrosso, en el informe se consigna: "ampliación de las aerolas del tejido esponjoso por reabsorción trabecular, proliferación de elementos inflamatorios y osteoclastos con gran número de núcleos que destruyen la substancia ósea." En este caso, el germen actuante fué el estafilococo dorado, y el diagnóstico establecido, el de osteítis. Ante esta mención, conviene puntualizar que la presencia de osteoblastos en mayor o menor número es habitual en todo foco donde se está operando una reabsorción de hueso, puesto que éstos son los agentes normales de la demolición de este tejido en permanente metamorfosis.

Fuera de estas observaciones lo que se encuentra en el resto de las publi-

caciones consultadas son descripciones radiográficas, único medio, en realidad, pero muy valioso, de que disponemos para interpretar las transformaciones que ocurren en el hueso y en el cartilago en las distintas etapas de la enfermedad. Antes es necesario recordar que el pubis es uno de los huesos donde la usura de los años se patentiza con caracteres más notables, a tal punto que el hallazgo en él de irregularidades y asperezas sirve a los antropólogos para orientarse acerca de la edad del ser a que perteneció. No es éste el lugar para discurrir sobre las razones biológicas que ordenan esa modalidad, pero su recuerdo nos precave de errores posibles de interpretación y nos advierte que es buen terreno para las modificaciones estructurales conocidas como degenerativas. En la mayor parte de estas osteopatías hay un período radiológicamente negativo. Así sucede también en este síndrome, en el que las primeras manifestaciones aparecen en escena un tiempo variable después de la iniciación del proceso clínico. En la primera etapa el hecho predominante es la rarefacción del hueso, que se presenta con su malla transparente, en forma bilateral y simétrica, tanto en la vecindad de la sínfisis como en las ramas isquiopubianas. A este nivel se suelen observar mamelones traslúcidos, semejantes a burbujas o microquistes que en un momento más avanzado se hienden en su cúpula y forman pequeñas espículas. La reabsorción no es homogénea, pero abarca todos los segmentos. En una segunda etapa, coincidente con la acentuación de los fenómenos clínicos se observa que los bordes de la sínfisis pierden su trazado rectilíneo y aparecen sinuosos, con excavaciones que parecieran hechas con un sacabocado, y se separan, lo que constituye uno de los hallazgos radiológicos más característicos. La separación no es producto de la disyunción de los oponentes, sino de un desgaste irregular del hueso en la zona subcondral. Es además, transitoria. Más adelante ocurrirá lo contrario, como veremos.

Al mismo tiempo en las ramas isquiopubianas suelen observarse figuras aparentemente caprichosas, comparables a fibrillas dispuestas en penacho, que tienen la misma opacidad del hueso y se orientan simétricamente hacia afuera, como si se evadieran de la tuberosidad isquiática. Se las ha calificado como expresión de desgarramiento perióstico, pero no hay tal, ni existe razón para que lo hubiera, si entendemos por desgarramiento el rompimiento de algo. Es la migración del calcio que se atiene aquí, como en síndromes análogos, a las leyes de su mutación local, que fueron magistralmente expuestas por Leriche. El elemento mineral, cálcico, desalojado de su ubicación normal, se transporta a una vecindad donde su sobrevivencia sea segura por las condiciones del medio, (Ph y actividad circulatoria local) vecindad representada en este caso por los músculos que se insertan en la rama isquiopubiana y los ligamentos periarticulares; y allí permanece, condensándose a veces a la manera de osteomas. Como siempre, la osteogénesis acompaña a la osteolisis, y en la primera el periostio no tiene participación, porque según las experiencias de Leriche, carece de poder osteogénico si se lo despoja de toda partícula de hueso.

La tercera etapa radiológica está caracterizada por los fenómenos de reparación del hueso, que ha conservado su trama conjuntiva y por consiguiente su aptitud para fijar nuevamente las sales de calcio. La reparación es imperfecta, y peca por exceso en algunas zonas y por defecto en otras. Hay simul-

táneamente osteoporosis y condensación, exóstosis y osteofitosis. Y es, conviene recalcarlo bien, francamente deformante.

En algunas radiografías obtenidas varios meses después de terminado el ciclo agudo, se observa, en la sínfisis pubiana, una deformación cuya importancia es considerable para la interpretación del proceso y su verdadera ubicación nosológica: la presencia en su borde superior de producciones osteofíticas que contorneando el cartílago van al encuentro una de otra, en un calco perfecto del "píco de loro", signo clásico de las artrosis de la columna vertebral. Helos aquí en las radiografías N° 4 - Caso A. N. N° 2 - Casos B y C, con su figura típica.

Otras veces la sínfisis desaparece totalmente, substituída por una anquilosis, como se ve en la radiografía N° 3 - Caso E, notándose en su lugar una condensación eúrnea. Otros casos terminados por anquilosis han sido publicados. Basta citar el que figura en el trabajo de Muschat. Tal metamorfosis nos informa con claridad sobre la suerte que corre el cartílago en la evolución del proceso: o persiste con un aplastamiento de sus caras por la reposición exuberante de su limitante óseo, caras que al comienzo se veían separadas, o desaparece por entero en un final anquilosante. Los estudios sobre la fisiopatología de este tejido prueban que en estado vivo carece de poder de atracción para las sales de calcio, pero muerto, se deja impregnar por ellas. Por otra parte, trátase de un tejido avascular, que se nutre por imbibición y que se extingue cuando es colonizado por los vasos sanguíneos, como lo enseña Leriche. Con estas modalidades fisiopatológicas no puede permanecer indiferente a las vicisitudes circulatorias de su vecino.

Y bien, haciendo síntesis de las modificaciones estructurales que ocurren en el pubis en el síndrome en cuestión, deducidas de las imágenes radiográficas, vemos que comportan lesiones óseas, cartilaginosas, sinoviales y periarticulares, que se extienden con simetría por la rama de ambos oponentes de la sínfisis y que deforman profundamente la articulación y sus elementos constitutivos. En la radiografía N° 3 - Caso E la osteogénesis ha deformado las tuberosidades isquiáticas de manera impresionante.

Cunéo y Rocher, en el congreso francés de cirugía del año 1932, dedicado a las artritis crónicas no tuberculosas de la cadera, sostienen que la artritis deformante está caracterizada por la presencia de un doble proceso de destrucción y de reconstrucción, prevaleciendo la primera en la zona articular propiamente dicha, donde el trabajo fisiológico es más intenso, y la segunda en la periferia. En el capítulo de las nociones etiológicas, afirman que todas las artritis de la cadera de naturaleza infecciosa son susceptibles de arrastrar a una artritis deformante, y al contemplar su evolución, que ella no puede hacerse sino en dos sentidos: hacia la anquilosis, o por el contrario, conservando la articulación en bastante amplia medida la libertad de sus movimientos.

Sin ningún esfuerzo, manejándonos solamente con nociones consabidas, el único diagnóstico que se impone al cabo de estas consideraciones es el de artrosis pubiana.

Para destacar más la analogía que existe entre ella y las otras artrosis, en especial con las de la columna vertebral, se agrega un ejemplar radiográfico de esta última, con la que tiene también mayor similitud anatómica, puesto

que ambas articulaciones son anfiártrosis y el cartilago sinfisiario es homólogo al disco intervertebral.

**SINTOMATOLOGÍA.** — El dolor es la señal predominante, ubicado en la sínfisis, en el perineo y en la cara interna de ambos muslos, en su tercio superior. Aparece entre diez días a dos meses del agente causal, constituido la mayoría de las veces por una operación en el territorio próstato vesical. Es de intensidad creciente, y cuando llega al vértice de su agudeza es francamente invalidante. Lo exageran los movimientos, y también las contracciones espasmódicas que suelen conmover a los adductores. La marcha es imposible, y esta situación se prolonga por tiempo variable, pero generalmente no menor de seis semanas. La evolución es favorable, pero siempre lenta. El enfermo recomienza la marcha con gran dificultad, con el tronco flexionado y ayudado por bastones. Una vez terminado el período agudo, no eximido de recaídas, suele persistir una sensibilidad dolorosa a nivel de las tuberosidades isquiáticas, indefinidamente, que la exploración revela presionando sobre ellas. La recuperación no es total. El daño articular se pronuncia aún años después con fatigabilidad a la marcha o dolor en algunas posiciones.

La fiebre no es constante. Ha estado ausente en varias observaciones y presente en otras, comúnmente baja. Cuando es alta conviene despistar la concomitancia de complicaciones, como en uno de nuestros enfermos donde evolucionó el síndrome pubiano a la par de una neumopatía.

En el tegumento no se observa ninguna manifestación de flogosis local en el común de los casos. Hay algunas referencias aisladas, sin embargo de supuraciones y fístulas perineales, a lo que habría que apartar de las verdaderas artrosis, que no acaparan, por supuesto, toda la patología secundaria del pubis, de naturaleza inflamatoria.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** — En concreto, los signos fundamentales utilizables en el diagnóstico de la artrosis pubiana los constituyen: 1º su relación con un traumatismo quirúrgico o accidental que haya vulnerado la región de la sínfisis pubiana o los órganos existentes en su proximidad, en especial el tramo uretro-próstato-vesical. 2º La infección local consecutiva e imputable al traumatismo, o bien la infección a distancia secundariamente alojada en el territorio vascular sinfisiario, capaz de generar una hiperemia activa local. 3º la existencia del terreno favorable condicionado por las perturbaciones metabólicas dependientes de la edad, que se traducen en deformaciones de tipo degenerativo. 4º la comprobación radiológica de lesiones que afectan a la articulación y a los huesos que la componen, de destrucción y de reconstrucción, en forma bilateral. 5º la ausencia de toda manifestación en los tejidos blandos de revestimiento. 6º su iniciación habitualmente aguda, pero seguida de un curso prolongado, con señales de cronicidad en el sufrimiento articular y para-articular.

Con estos elementos de juicio, su individualización entre los otros procesos que pueden atacar al pubis y su sínfisis se hace posible. En primer término, con la osteítis y osteomielitis se diferencia en que éstos son procesos localizados, haciendo la salvedad de que las segundas significan en realidad la localización de un proceso general, septicémico; que sobrevienen preferen-

temente en personas jóvenes, que se acompañan de manifestaciones clínicas muy febriles en las formas agudas, que tienen una notable tendencia a la supuración y a la necrosis con formación de secuestros, y que se acusan en los tejidos de revestimiento con los signos clásicos de la inflamación. Las artrosis no son graves en cuanto concierne a peligro vital, atacan a las personas de cierta edad, no supuran, no se fistulizan, no secuestran hueso, son difusas y de curso crónico. Además, a juzgar por los datos que traen las historias publicadas, son poco febriles y aún afebriles.

El hecho de haber aislado, entre los que se ha publicado y observado el síndrome de la artrosis pubiana, no significa de ningún modo que se niegue la posibilidad de que un proceso osteítico u osteomielítico pueda afectar al pubis, pero lo hará guardando el perfil sintomático que su nombre comporta y lo hará acreedor al tratamiento que le corresponde.

Con los tumores metastáticos de la pelvis ósea la confusión es factible y ha resultado un tanto peligrosa por las derivaciones terapéuticas a que ha dado lugar. En un caso citado por Cohen el enfermo fué llevado a una cordotomía en remedio a sus dolores. Son las formas metastáticas mixtas las que pueden asemejarse más, pero en ellas la intensidad de la condensación como la de la osteolisis es mucho mayor, la distribución de las zonas de infiltración es completamente irregular, el coxal, la columna y otros huesos, en especial los esponjosos se invaden con frecuencia, no así en la lesión articular, donde los cambios de estructura comienzan en la vecindad de la sínfisis y se extienden por ambas ramas isquiopubianas, guardando un cierto orden y con caracteres menos groseros. Sumado esto a la cifra de la fosfatasa ácida, a la ubicación típica del dolor en la artrosis, y lo que es más elocuente aún, a la evolución, las posibilidades de error se alejan. El hecho de que el enfermo tenga establecido en forma positiva el diagnóstico de adenocarcinoma prostático no debe predisponer el ánimo, en estos casos, hacia una deducción de unidad etiológica, porque ya existe una cierta experiencia acerca de la coexistencia de cáncer prostático y artrosis pubiana.

Con la enfermedad de Paget la diferencia no será difícil de establecer quitando la mirada del aspecto pelviano y dirigiéndola hacia el cráneo, hacia las tibias, y comprobando una tasa de fosfatasas elevada, más aún de lo que las mismas metástasis ósea suelen originar y comprendiendo también a la alcalina.

Con la óteoporosis álgica paratraumática, o enfermedad de Sudek, la diferencia más notable consiste en que esta afección, que es de extremidades, todos los planos están comprometidos, desde la piel hasta el hueso. Hay edema, congestión activa o cianosis, trastornos tróficos de las faneras correspondientes al lugar traumatizado, es esencialmente osteoporósica y su expresión dolorosa es de tipo causálgico.

Por último la neuritis del obturador no nos puede detener en su detalle, porque forma parte del elenco sintomático de la artrosis pubiana como también de la artrosis de la cadera.

TRATAMIENTO. — Los más diferentes agentes terapéuticos han sido movilizados para combatir esta afección, entre ellos algunos severamente ofen-

sivos. Por un error en el concepto anátomopatológico se ha efectuado algunas veces el curetaje del pubis, procedimiento al que debe oponérsele la más formal contraindicación, porque en una artrosis, el curetaje de un segmento del hueso enfermo sólo puede exacerbar el sufrimiento de todo el hueso. Muschat le atribuye la responsabilidad de un grave quebranto con alta temperatura que experimentó uno de sus enfermos así tratado.

El masaje no está indicado en el período agudo, por razones obvias. La inmovilización en yeso no ha sido bien soportada en algunos casos, y ha sido eficaz en otros.

Los antibióticos debieran significar el ideal, dado que el factor infeccioso está fuera de toda duda, pero sucede que por lo general los enfermos lo reciben de antemano en tal cuantía, mientras sortean el curso pre y post-operatorio, que cuando se apela a ellos en el momento en que esta afección se manifiesta, ya son inefectivos. Habría que ser entonces más económico en su manejo, o bien ante el hecho cumplido, apelar a los recursos que se utilizaban antes de su época para tratar los estados infecciosos.

La radioterapia debiera ensayarse siempre, porque en manos expertas no ofrece riesgos, y porque además de su acción antiálgica, el poder frenador sobre la osteofitosis que se le atribuye tendrá aquí una indicación precisa.

El calcio y la vitaminoterapia a altas dosis tienen una indicación lógica. Por último, los sedantes y analgésicos no debieran escatimarse en el período agudo, cuando el enfermo se apercibe de que una complicación inesperada se ha entrometido a atormentarlo en su post-operatorio. Eso mitigará en cierto modo su depresión.

Al hacer estas consideraciones terapéuticas, señalando lo que no se deba hacer, primero, y luego lo que pudiera hacerse con las perspectivas de promover alguna mejoría, sólo me guía el ánimo de no dejar esta colaboración inconclusa. En realidad, a quienes debe pedirse colaboración en el tratamiento de la artrosis pubiana es a los expertos en patología ósea, porque ésa sería la conducta racional de parte del urólogo, y en la que habrá coincidencia si el concepto expuesto en estas páginas tiene la suerte de merecer la aprobación de los colegas.

#### HISTORIAS CLINICAS

*Corresponden a cinco enfermos, todos operados de adenoma prostático: tres por vía suprapúbica y dos por vía retropúbica.*

CASO A. — J. J. O., 64 años. Hist. N° 3084. Sala 10. Hospital Ramos Mejía. Ingresó en retención crónica incompleta con distensión vesical. Exámenes de rutina normales, excepto una eritrosedimentación de 11 mm. y 55 mm. en primera y segunda hora, regular cantidad de células de pus y hematíes en sedimento de orina. Operación: adenomectomía retropúbica. Penicilina y sulfatiazol en pre y postoperatorio. Hubo escasa pérdida de orina por la herida hipogástrica entre el sexto y noveno día. Extracción de la sonda a los doce días. Micción normal. A los 20 días de la operación, dolor en la región pubiana y en la cara interna de ambos muslos, de intensidad moderada. Se obtiene la radiografía N° 1, caso A. Se reanuda el tratamiento con penicilina, y se agrega vitamina B y radioterapia profunda. A los pocos días aparece un proceso pulmonar agudo, por lo que se apela a la estreptomycinina, de la que se hizo en total 10 grs. La complicación pubiana y la pulmonar, instaladas a los 20 y 30 días, respectivamente, de la operación, tomaron un curso favorable y el enfermo fué dado de alta a los tres meses, mejorado. Pero reingresó a los 20 días con una reagudización intensa

de sus dolores en la región isquiopubiana que le imposibilitaban la marcha y también la posición sentado. La recaída lo invalidó durante un mes. Actualmente, a poco de cumplir un año de la operación, se queja de dolores que le sobrevienen al prolongar algo más sus cortos recorridos. Las tres primeras radiografías de pelvis ósea fueron efectuadas con intervalos de 20 a 30 días. La cuarta, a los 10 meses, de la iniciación del proceso. Obsérvese en la N<sup>o</sup> 1



Caso A. Rad. 1

Caso A. Rad. 2

Burbujas isquiáticas Erosión  
sinfisaria Espículas.

la osteoporosis en las ramas isquiopubianas y las pequeñas eminencias mamelonares y translúcidas que se sobresalen de su contorno. Es la N<sup>o</sup> 2 nótase la diástasis de la sínfisis, el aspecto carcomido de sus bordes, la mayor amplitud de los mamelones o burbujas isquiáticas



Caso A. Rad. 3

Caso A. Rad. 4

Pico de loro. Osteogénesis  
periisquiática.

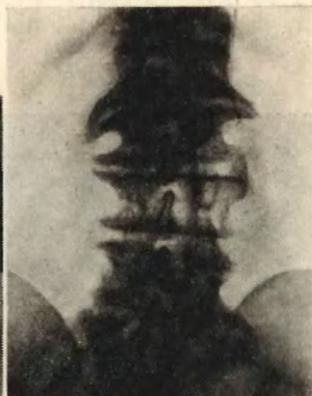
y la formación de espículas a sus expensas. En la N<sup>o</sup> 3, la diástasis y las sinuosidades de los bordes de la sínfisis son más perceptibles, alternándose áreas claras con otras de mayor densidad, y en las ramas isquiopubianas obsérvanse los "penachos", orientados hacia afuera. En la N<sup>o</sup> 4, la condensación subcondral es marcada, y en el borde superior de la sínfisis, picos de loro que se reúnen.

CASO B. — Hist. N<sup>o</sup> 2914. F. M., 54 años. Diagnóstico: adenoma prostático. Operación: adenomectomía suprapúbica. Abundante pérdida de sangre en las primeras 24 horas. Cierre de la fístula vésico-cutánea a los 22 días. A los treinta días de la operación, el enfermo acusa dolor en la región isquiopubiana y cara interna de ambos muslos. Tratamiento similar al caso anterior. A los cuarenta y cinco días pudo incorporarse y caminar. Hubieron

pequeños picos febriles durante la evolución del proceso. Actualmente, excedido el año de la operación, la presión sobre la sínfisis y las tuberculidades isquiática es dolorosa. La



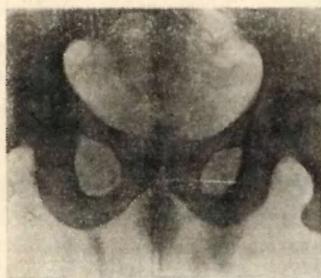
Caso B. Rad. 1

Caso B. Rad. 2 Pico de loro  
exostosis

Espondilo-artrosis

primera radiografía fué obtenida a los 20 días de iniciado el proceso y la segunda al cabo de un año.

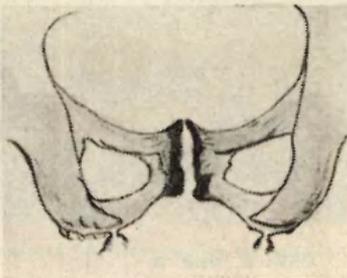
CASO C. — R. B. Hlist. Nº 3203, 63 años. Diagnóstico: adenoma de próstata. Exámenes de rutina normales, excepto eritrosedimentación alta y pus en sedimento de orina. Operación: adenomectomía retropúbica. A los diez días queda sin sonda uretral, con micción normal. Antibióticos en el pre y postoperatorio. A los 18 días de la operación, dolor



Caso C. Rad. 1



Caso C. Rad. 2

Pico de loro Migración calcica-  
condensación subcondral.

pubiano y temperatura subfebril. Igual tratamiento que en los anteriores. La duración del proceso fué de 70 días. La primera radiografía fué obtenida a los diez días de la aparición del dolor, y la segunda a los seis meses. Las modificaciones estructurales son del mismo género que en los casos anteriores.

CASO D. — Client. priv. M. H., 64 años. Voluminoso adenoma prostático con sospechosa induración, delimitable y libre del plano rectal. Por vía suprapúbica se extirpa en una masa una tumoración que el examen histológico informa tratarse de un adenocarcinoma prostático. Postoperatorio normal, con cierre de la fistula vesical en 16 días. No hubo

supuración local ni fiebre. Se le hicieron antibióticos durante 9 días. A los 23 días de la operación, dolor pubiano de intensidad creciente. Duración del proceso hasta la recuperación



Caso D. Rad. 1

Caso D. Rad. 2

Separación de la sínfisis  
espículas

de la marcha. 60 días. Igual tratamiento que los anteriores. Las radiografías han sido obtenidas a los 12 y a los 40 días de la iniciación del dolor pubiano.

CASO E. — Hist. Nº 2875. S. R., 59 años. Este enfermo tiene una larga historia que empezó con una adenomectomía suprabúbica efectuada en provincia, complicada con periuretritis fistulizada del ángulo penoescrotal, cierre a los cuatro meses de la fístula vesical y epididimitis supurada. Posteriormente fué operado de su fístula uretral, luego fué sometido a una litotricia, después a una resección endoscópica del cuello vesical y por último a la extirpación de un divertículo uretral, secular, situado por detrás de la cicatriz de la fistulectomía anterior. Estas dos últimas intervenciones fueron practicadas en nuestro servicio. Su



Caso E Rad 1

Caso E. Rad. 2

Caso E. Rad. 3. Anquilosis  
Osteogénesis isquiática

proceso pubiano apareció a los dos meses de la primera operación, según lo refiere, con su sintomatología característica. Fué tratado inicialmente con masajes, y esto acentuó considerablemente la intensidad del dolor. La evolución fué de cuatro meses. Las radiografías presentadas han sido tomadas al año y a los dos años del proceso pubiano. Obsérvese la notable osteogénesis en ambas ramas isquiopúbicas y la anquilosis de la sínfisis. Actualmente, a los tres años del comienzo, el enfermo tiene su marcha limitada y acusa dolor franco a la presión sobre la sínfisis y las tuberosidades isquiáticas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Millin, T., Macalister, Kelly: Retropubic Prostatec The Lancet, 1949.
2. Beer, E., Int. J. Med. and Surg. 1924, Journal of Urology, 1928.
3. Wheeler, K. W., Jour. of Urology, 1941.
4. Kleinberg, S., Jour. of Urology, 1942.
5. Cohen, H. H., Jour. of Urology, 1946.

6. R. Leriche: *Physiologie et pathologie du tissu osseux.*
  7. Muschat, M., *Jour. of Urology*, 1945.
  8. Rosenberg, M. L. and Vcst, S. A., *Jour. of Urology*, 1948.
  9. Lavalle, L. L. and Hamm, F. C., *Jour. of Urology*, 1949.
  10. Ercole, R. y Sgrosso, J., *Rev. Argent. de Urologia*, 1949. Año XVIII, Nº 1-6.
  11. Hughes, F. y Suárez Meléndez, J., *Rev. Argent. de Urología*, 1949, Año 1949, Nº 1-6.
  12. De Surra Canard, R.-Pujol, A. y Ferré, C. E. *Rev. Argent. de Urología*, 1949, 7-12.
  13. Bernardi, R., *Rev. Argent. de Urología*, 1946.
  14. Gomroe, Bernardil: *Arthritis.* (Lea and Febiger, Philadelphia, 1941).
  15. Cúneo et Rocher: *Arthrites non Tuberc. de la Hanche*, *Journal de Chirurgie*, 1932.
  16. Richard André: *Les arthrites vert. cron.* *Revue d'Orthopedie*, 1933.
  17. Le Dentu-Delbet. *Traite de Chirurgie.*
-