

GRUESOS CALCULOS DE LA LOGIA PROSTATICA

Jorge A. Pereyra y Juan Llopert

La Litiasis prostática es una afección rara, sobre todo si nos atenemos a las estadísticas. Tenemos a la vista las últimas 2.400 fichas del Servicio Urológico del Hospital Pasteur en las cuales aparece el diagnóstico de litiasis urinaria, con comprobación radiológica, en 187 casos, es decir, en 7.7 %. De esos 187 casos de litiasis urinaria, existen solamente 8 de Litiasis prostática de jerarquía, dejando de lado naturalmente las pequeñas concreciones o los cálculos migradores que hacen un pasaje fugaz por la uretra prostática. De manera que la región prostática es sólo asiento del 4 % de las litiasis urinaria y, sobre los 2.400 enfermos más recientemente fichados en el Servicio de la especialidad, sólo el 0.33 % tienen cálculos prostáticos de importancia. Sin embargo, como acontece con tanta frecuencia con las estadísticas, ésta no da, en el caso ocurrente, una idea ni siquiera aproximativa de la verdad. Diversas circunstancias se unen para aparentar que la afección es más rara de lo que realmente es. En primer lugar debemos destacar que amenudo existe un largo período de la afección completamente mudo del punto de vista sintomatológico funcional y mismo físico. Son cálculos que no dan molestias, ni signos urinarios que llamen la atención, de evolución absolutamente latente y se descubren un día por un examen radiológico afortunado o en el curso de una intervención por una afección intercurrente o aún es simple "trouvaille" de autopsia. A muchos de esos enfermos se les había examinado cuidadosamente del punto de vista general y aún del punto de vista urinario y su litiasis prostática había escapado a todos los medios de investigación clínica: tacto rectal, exploración uretro vesical, sondaje, cistoscopia, uretroscopia, etc.

Al lado de esos cálculos latentes del punto de vista funcional

y mismo físico, sólo revelados a las radiografías, existen otros que, con asombro, son hallados en el curso de un examen prolijo urológico, y que nada en la anamnesis los habrían hecho sospechar. Se comprende que, esos enfermos, dejen evolucionar su afección sin presentarse al examen médico, lo que explica el enorme desarrollo que pueden llegar a adquirir esos cálculos en el momento que, por primera vez, requieren asistencia.

Además, y esto es una cuestión esencial, la mayor parte de las veces la Litiasis prostática no se presenta como verdadera enfermedad autónoma sino como complicación, o asociación si se quiere, a otra entidad nosológica urinaria. Y en esos casos, muy numerosos, la sintomatología propia de ellos se encuentra suplantada u oscurecida por la de la afección originaria sobre la que ha venido a injertarse. Es, a veces, un cálculo vesical que empieza a hacer un prolongamiento hacia la uretra prostática, más a menudo una prostatitis crónica que, después de años de evolución, comienza a llenar de concreciones las criptas prostáticas ya es un miofibro adenoma, quizá también complicado de prostatitis, al que se asocia la litiasis. En todos estos casos prevalecerá la sintomatología propia de la afección originaria ya sea la litiasis vesical, ya la prostatitis, ya la hipertrofia prostática, y los signos funcionales del cálculo prostático se encuentran amenudo completamente tapados por aquellos. Es de advertir que la ausencia de síntomas propios, mismo la falta de signos físicos, que pueden llevar a la ignorancia del diagnóstico, no acarrea en estos casos, resultancias desagradables del punto de vista terapéutico ya que lo que prima también en éste capítulo es el tratamiento de la afección de origen. De manera pues que: período de latencia, frecuente ausencia de signos físicos, predominio sintomatológico de la afección originaria son todos elementos que contribuyen a ocultar la evolución de la litiasis prostática.

Seguramente que, en servicios bien montados, en que sistemáticamente se hacen investigaciones radiográficas, se evitan esas lagunas de diagnóstico y la entidad cobra, en la estadística, la importancia que realmente le corresponde.

Debo recordar la división fundamental que se hace de éstos cálculos en endógenos y exógenos, siendo los primeros autóctonos de la glándula, y los segundos, cálculos urinarios migratorios que se fijan en la uretra prostática o cálculos que se forman al nivel

de ella. Esa separación clásica no es siempre fácil de aclarar pues si bien existen casos evidentes de cálculos que han nacido y desarrollado en pleno parénquima prostático y otros de concreciones que han bajado desde lo alto, con todas sus manifestaciones, para atascarse por encima del esfínter membranoso, existen otros que, a comienzo parenquimatoso se van abriendo paso, a medida que aumentan de volumen, hacia la luz uretral y llega un momento que ocupan ésta, así como también una logia dentro de la glándula. Otras veces un cálculo urinario silencioso se fija al nivel de la uretra prostática desarrollándose a su nivel tendiendo a formarse un nicho dentro de la glándula. En ambos casos es a veces muy difícil pronunciarse, aún con la pieza en la mano, si ha sido un cálculo endógeno que ha progresado hacia la luz uretral o un cálculo de la vía de salida que se ha encajado en el parénquima prostático. A veces el examen químico del núcleo central de la concreción puede aclarar su lugar de origen, no así su corteza que siempre proviene, en casos como los antedichos, de las sales propias de la orina.

Caso semejante ha acontecido con respecto al problema de la primacía del divertículo prostático o la litiasis que ha dado lugar a largas discusiones entre los urólogos sobre cual es la lesión original.

Llegados a la faz, que podríamos denominar faz adulta de la afección, o período de estado, bien que por distintos mecanismos, aparece un solo tipo de lesión anatómo patológica que es la cavidad alojando el cálculo, y en comunicación con la uretra posterior, todo lo cual se pone bien de manifiesto por la uretrografía que muestra al líquido opaco introduciéndose en las ramificaciones diverticulares y confundiendo su sombra con la de la piedra.

En casos felices de enfermos que han podido ser seguidos largo tiempo se puede fijar con exactitud qué es lo primitivo y cual la consecuencia. Mismo a veces, los datos de la anamnesis tomados minuciosamente permiten reedificar los acontecimientos. Pero muy a menudo ni una cosa ni otra son suficientes para aclarar en forma firme y definitiva la verdadera patogenia.

Sintomatología y diagnóstico. — Del punto de vista sintomatológico es necesario recalcar la frecuencia con que la litiasis

prostática, sobre todo la endógena, evoluciona silenciosamente. Y aún los cálculos alojados en plena uretra posterior son a veces tolerados por ésta en forma notable durante meses o años con síntomas muy atenuados. Como dijimos antes, amenudo su aspecto clínico aparece enmascarado por el síndrome primitivo de prostatismo o de infección de la glándula. En el primer caso es la frecuencia de las micciones así como la dificultad, que no se sabe hasta qué punto corresponde a la hipertrofia y cuanto va por cuenta del cálculo. En los casos de prostatitis el ardor miccional, la piuria, también la pollakiuria; todos signos que pueden provenir en diferentes grados ya de la afección primitiva ya de la secundaria.

Pero cuando el cálculo adquiere cierto volumen, tiende a prevalecer en el cuadro clínico y a tomar cierta autonomía desplazando a segundo término la enfermedad intercurrente. La disuria es entonces claramente provocada por la interposición del cuerpo extraño al pasaje de la orina, y puede llegar a la retención incompleta o mismo completa, su presencia provoca hematurias, sobretudo cuando tiene cierta movilidad, dando también lugar a dolores irradiados al recto y al periné. La pollakiuria, la piuria y la micción imperiosa no faltan casi nunca. Existen a veces síntomas genitales. Cuando la infección es acentuada y el pus no encuentra libre salida suelen sobrevenir cuadros graves de infección urinaria con alta temperatura, chuchos de frío, a grandes repercusiones tóxicas.

Pero todo ese cuadro clínico no sería suficiente para apartar la mente de las afecciones más comunes de la región si no fuera corroborado por los signos físicos que suelen percibirse en estos casos. Al tacto rectal puede sentirse una crepitación, sobre todo en los cálculos múltiples, que es casi patognomónica. Y digo casi porque en ciertas ocasiones, los gases de un flegmón anaerobio pueden dar una sensación si no semejante por lo menos parecida. Fué así en uno de los casos que presentaremos en seguida. Otras veces se nota una dureza pétreo que sólo se presta a confusión con algunos neoplasmas prostáticos. Pero aquella es más firme más regular, más limitada, más móvil. En ciertas ocasiones se aprecian hasta las aristas de las concreciones lo cual ya no deja lugar a dudas.

Cuando el cálculo ocupa la uretra o hace saliencia en ella

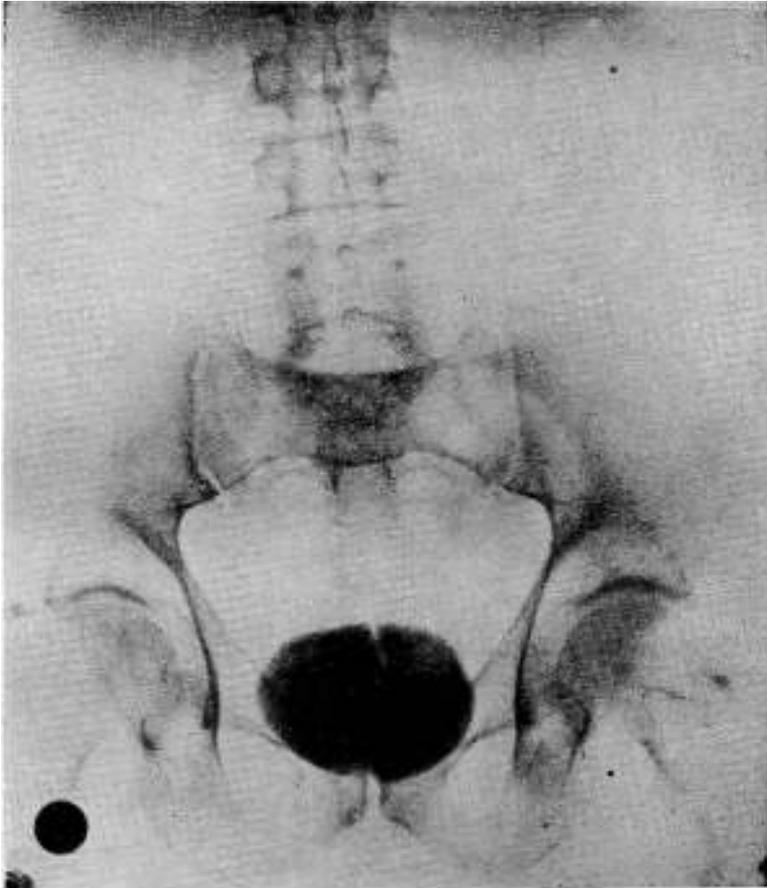


FIG. 1
Observación 1ª
Radiografía simple

impide o dificulta el pasaje de exploradores uretrales o sondas, transmitiendo éstas a la mano del urólogo sensaciones características de choque o de rozamiento que habrá que distinguir de las que, más profundamente, proporciona el cálculo vesical. La uretroscopía puede mostrar una concreción uretral o en el fondo de un divertículo o la entrada de una cripta supurante sospechosa de servir de albergue. Pero, son sobre todo los exámenes radiológicos los que con frecuencia dan verdadera base al diagnóstico, sospechado o no por las investigaciones clínicas; bajo la forma de radiografía simple de la región prostática con rayos bajo dis-

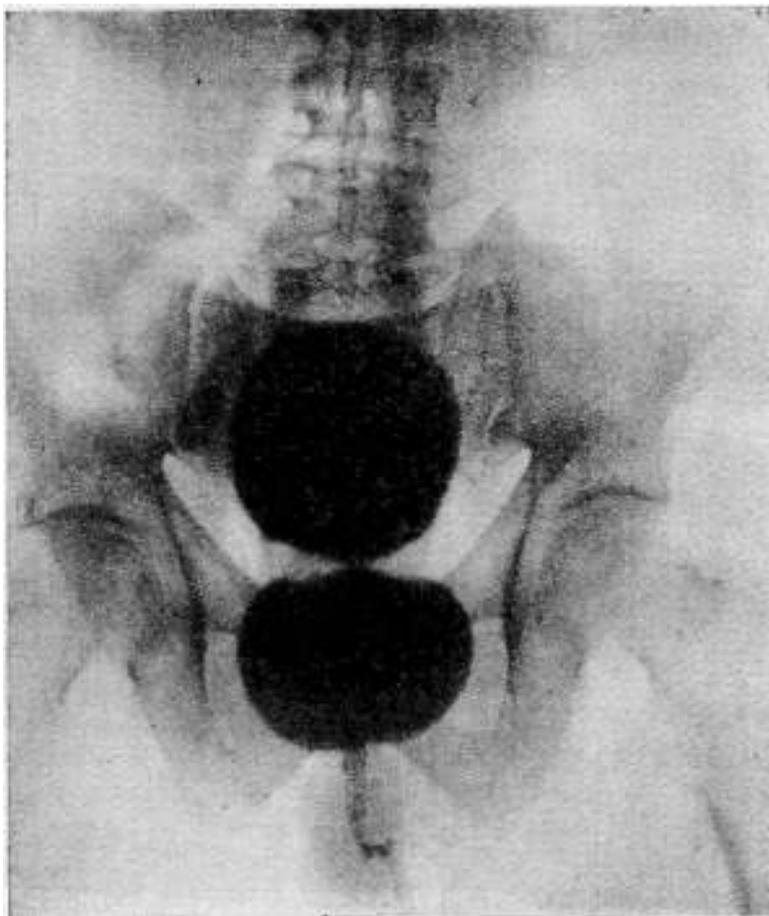


FIG 2.
Observación 1ª
Uretro cistografía

tintas incidencias. En fin la uretro cistografía asegura las relaciones de las sombras anormales con las cavidades excretorias y las posibles comunicaciones con cavernas prostáticas en que los cálculos suelen tomar derecho de domicilio.

Tratamiento. — La terapéutica quirúrgica se impone en casi todos los casos de litiasis prostática de cierta jerarquía y aquella deberá tener en cuenta no sólo el cuerpo extraño sino también la afección causal o asociada. Es por ello que amenudo no debe limitarse a la litotomía, si quiere ponerse en lo posible a cubierto



FIG. 3.
Observación 2ª
Radiografía simple

de recidivas o mejorías incompletas, sino que también habrá que actuar sobre el adenoma en caso de hipertrofia o sobre la verdadera próstata en los casos de abscesos o prostatitis, etc. Aun así no es raro que se reproduzcan las concreciones sobre todo en los casos en que perdura la infección.

Dos excelentes vías de abordaje: la suprapúbica transvesical y la perineal se reparten las preferencias de los cirujanos y tratadistas.

En realidad, cada caso presenta en sus detalles la indicación

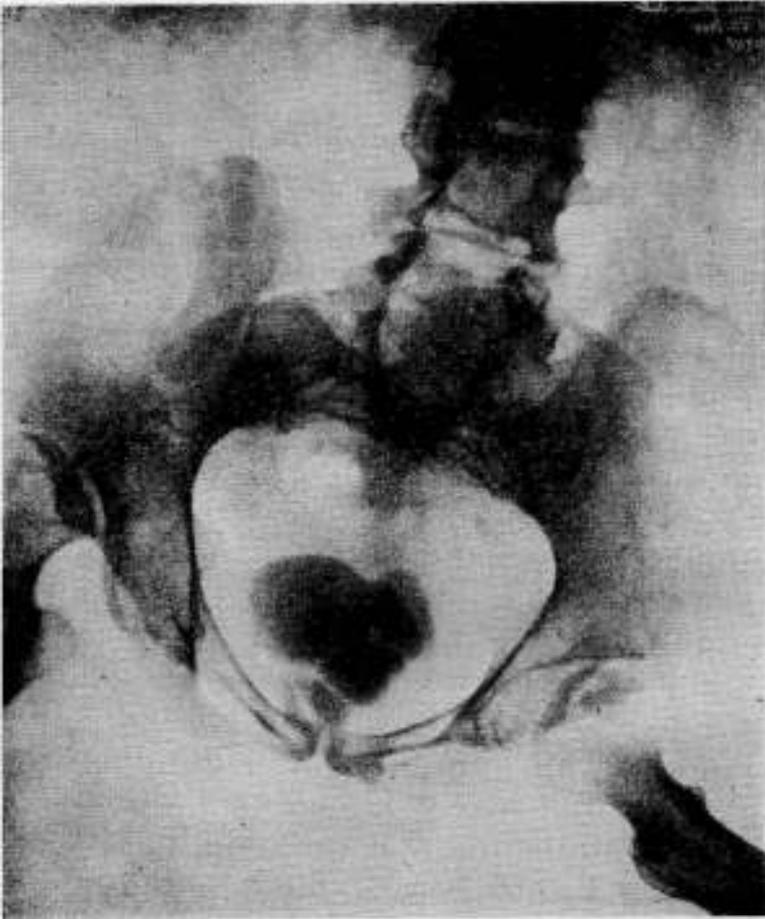


FIG. 4.
Observación 3ª
Radiografía simple

especial de una de ellas y son éstos los que imponen la conducta terapéutica sobre el hábito o simpatía que se puedan tener sobre las distintas técnicas.

De la casuística personal hemos seleccionado tres enfermos que, por haber llegado a la faz evolutiva, por decir así, terminal de la afección presentan el mayor interés del punto de vista objetivo ya que en ellos la litiasis se ha desarrollado en tal forma que ha sustituido enteramente, por destrucción, al parénquima glandular mereciendo por ello el título que hemos dado a esta comunicación de cálculos de la logia prostática.



FIG. 5.
Observación 3ª
Cisto uretrografía

Observaciones

1ª. — E. G., 74 años.

Antecedentes: Hace 13 años fué intervenido en el Servicio por litiasis prostática. Se extrajeron los cálculos por vía perineal.

Consulta por hematurias datando de un mes. Además como síntomas presenta polaquiuria nocturna y diurna desde hace varios años; episodios de disuria; dolores y ardores en periné y uretra.

Examinado se comprueban orinas muy turbias. Al tacto rectal zona prostática dura, pétreo, lisa, saliente en el recto y fácilmente perceptible por la mano hipogástrica a la palpación bimanual. Al explorar uretra, el pasaje de uretra posterior es difícil. No hay residuo vesical.

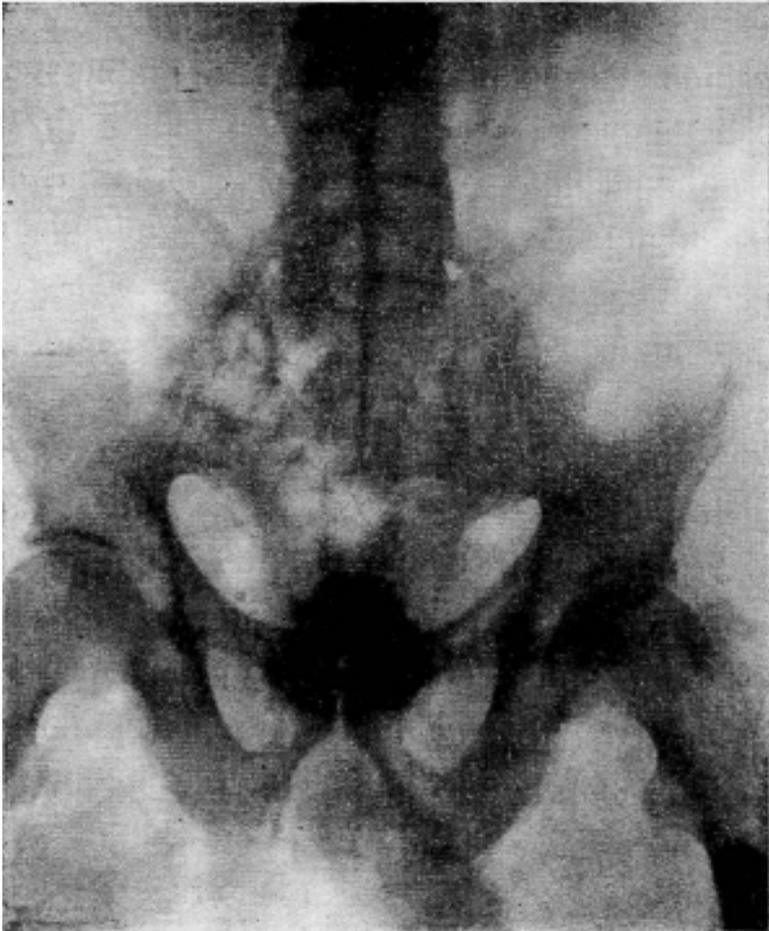


FIG. 6.
Radiografía simple

El estudio radiológico muestra en (figura N° 1) una enorme mancha opaca ocupando la zona próstato vesical, y que la ureterocistografía (fig. N° 2) nos permite localizar en región prostática presentándonos netamente el tabique de separación entre región prostática y vejiga.

Operación. (Dr. J. Llopart-Prof. J. Pereyra). Talla vesical supra-púbica. Abierta la vejiga se palpan a través del cuello vesical dos cálculos prostáticos muy grandes. Se dilacera y reseca en parte el tabique que separa vejiga de la cavidad conteniendo los cálculos. Esta comunicación amplia entre vejiga y región prostática no es suficiente para extraer los cálculos.

Para conseguir esto es necesario triturar a uno de ellos lo que se hace con un litotritor, verdadera litotricia a vejiga abierta. Triturado uno de los cálculos se consigue extraer el otro.

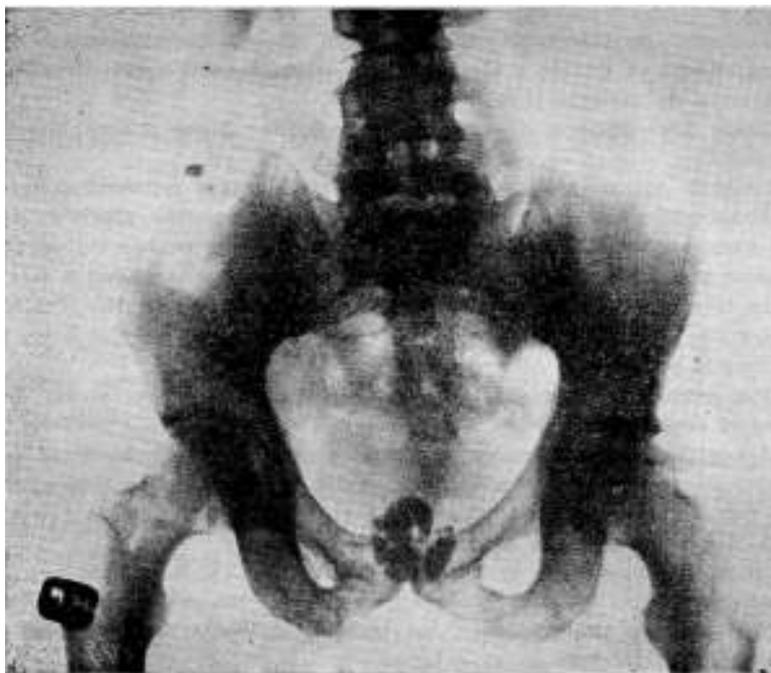


FIG.
Radiografía simple

2ª. — S. Y., 47 años.

Antecedentes: A los 13 años hematurias y episodios de incontinencia de orina con el movimiento que desaparecieron espontáneamente. Desde esa época acusa dolores y molestias en el hipogastrio que aumentan con el movimiento.

Consulta por hematurias de dos años que disminuyen con el reposo y por incontinencia de orina desde hace dos meses.

Además, como síntomas, presenta polaquiuria, ardores y dolores uretrales. Al examen se encuentran orinas muy purulentas.

Al tacto rectal, zona prostática irregular, muy dura, grande, saliente y dolorosa. No se consigue llegar a la vejiga con exploradores ni sondas pero se tiene la sensación de choque con cuerpo extraño. A la palpación bimanual no impresiona como residual.

La exploración radiológica (Fig. 3) permite observar a la radiografía simple en zona próstato vesical tres núcleos más densos, rodeados de una serie de estratificaciones de menor densidad, llegándose al diagnóstico de cálculo próstato vesical.

Comprobación operatoria. Intervención (Dr. Llopart - Dr. A. Fossati). Talla vesical supra púbica. Enorme cálculo próstato vesical con aspecto de lóbulo medio y dos lóbulos laterales. Sin tabique de separación entre vejiga y cálculo. Para su extracción es necesario también hacer con el litotritor una verdadera litotricia.

3ª. — J. U., 27 años.

Antecedentes: Intervenido en su primera infancia por meningocele quedó con paraplejía en flexión y atrofia de los miembros inferiores. Relativa incontinencia de materias fecales y de orina.

Desde hace muchos años se queja de dolores hipogástricos, rectales y perineales.

Consulta por una periuretritis acompañada de gran repercusión general.

Examinado en ese momento, existe incontinencia de orina, piuria muy marcada, globo vesical y al tacto rectal inmediatamente por encima del esfínter y en región prostática, gran infiltración con crepitación, dando sensación de gases.

Se interviene por su periuretritis (Dr. Llopart - Dr. Gil Nin).

Incisión perineal. Se evacúa una colección de pus y orina y se nota una amplia perforación de uretra.

Por compresión sobre la región hipogástrica se consigue vaciar por el periné el contenido vesical.

A continuación se hace un nuevo tacto rectal que permite notar varios cálculos en región prostática con crepitación característica y separados del dedo rectal por un tabique tan delgado que permitía fácilmente comprobar los bordes y contorno de alguno de los cálculos.

En el post-operatorio se hace una placa (fig. 4). Notándose una serie de cálculos que se localizan topográficamente por los datos del tacto rectal y por los datos radiológicos como cálculos próstata vesicales. Con este diagnóstico es intervenido el enfermo.

Operación: (Dr. Llopart - Dr. Gil Nin). Talla vesical supra púlica. Abierta la vejiga se nota que los cálculos no se encuentran en su cavidad, sino en otra cavidad, separados de la vejiga por un tabique y en comunicación por un amplio orificio.

En un primer momento y dado el aspecto radiológico se cree que los cálculos están en un divertículo vesical.

Pero una vez extraídos los cálculos, por los datos que se obtienen con el dedo introducido en la cavidad en relación al dedo rectal y por el hecho que la sonda introducida en la uretra aparece en la parte más declive de la cavidad, se llega a la conclusión que la cavidad que contenía los cálculos, era el resultado de la destrucción de la próstata por la litiasis, es decir, que los cálculos ocupaban la logia o región prostática.

En el post-operatorio se confirma todo esto por la cisto uretrografía (Fig. 5) en la que se ve a la sonda uretral introducida en la parte más declive de la cavidad, ya en franca retracción, y a la sonda hipogástrica saliendo de la vejiga también retraída.

Hemos mostrado tres documentos radiológicos de estados evolutivos finales de la litiasis prostática en los que poco interesa su origen y a los que podemos llamar cálculos grandes de la región prostática.

Pero al lado de estos tipos de grandes cálculos únicos o limitados que ocupan toda la región prostática, existe otro tipo de evolución final de la litiasis de próstata que se caracteriza por múltiples cálculos, que también ocupan toda la región prostática, tal la fig. 6, documento de un enfermo que consultó por retención de orina y la fig. 7 de otro enfermo con hematurias.