

Inyecciones Intraprostáticas con los nuevos Antibióticos

Doctor ANTONIO M. PEREZ GOMEZ

Profesor Agregado de Técnica Quirúrgica, Jefe de Clínica Urológica. — Universidad Nacional.

El tratamiento de las prostatitis crónicas de origen microbiano mediante la inyección en la próstata de substancias antisépticas, se ha constituido en el método de elección, especialmente en los casos rebeldes, que casi todos lo son.

Iniciamos dicho procedimiento en el año de 1940 para nuestra tesis de grado. Empleábamos el mercurio cromo al 2% y el prontosil rubrum de la casa Bayer, que fueron las drogas que mejor resultado nos dieron. Posteriormente en diciembre de 1947 publicamos un trabajo basado en numerosas observaciones, en la Revista de Medicina y Cirugía, órgano de la Sociedad Lombana Barreneche, que se siguió luego en los números de enero, febrero y marzo de 1948. Dicho trabajo titulado "El Tratamiento Moderno de la Blenorragia Crónica en el Hombre", incluía una parte dedicada a las inyecciones intraprostáticas, en las que usábamos el mercurio-cromo y el Drometil (Prontosil americano), con algunas observaciones sobre la penicilina en la misma forma. Los datos estadísticos que aportamos entonces, daban un excelente porcentaje de curaciones con las dos primeras drogas mencionadas.

En el exterior, en Estados Unidos, se han publicado algunas observaciones aisladas sobre el método, como las de W. E. Hatch, con penicilina, pero sin dejar plenamente establecidas las dosis ni el plan de tratamiento. En un principio se usó la vía transuretral, pero luego se comprobó que la perineal era superior, y es la vía que actualmente usamos.

Sin embargo, todavía se cree en algunos sectores, que es un tratamiento nuevo o inusitado, y hasta se han hecho trabajos y tesis de grado usando el tema a manera de descubrimiento. En ocasiones se ha querido ignorar lo hecho por nosotros desde 1940.

Hoy queremos presentar un nuevo trabajo sobre el mismo método pero a base de los nuevos antibióticos, terramicina, estreptomicina, aureomicina y también algunos casos con penicilina, cloromicetina, urotropina, merthiolate, mercurio-cromo y sulfas diversas. Es muy importante para poder comprobar las curaciones, tener una pauta fija en cuanto a las pruebas de curación, por tanto, daremos un vistazo a la sintomatología y características de la prostatitis crónica lo mismo que a la manera de declarar a un individuo como curado de esa afección.

Prostatitis crónica. Enfermedad caracterizada por la infección de la glándula producida por distintos gérmenes, gonococo, estafilococo, estreptococo, colibacilo y especialmente por virus, etc., es causada por cualquier infección uretral como etapa primaria, y en algunos casos por focos a distancia (garganta, senos, tubo digestivo). Es más frecuente en los casos de uretritis tratados por antibióticos y sulfas solos, que en aquellos que se ayuda con aplicaciones locales. Los síntomas de la prostatitis son: secreción uretral, especialmente matinal, ardor a la micción, sensaciones variadas según los pacientes, como prurito, pesantez en el hipogastrio o perine, dolores difusos inguinales, perineales o de los miembros inferiores, poliaquiuria en ocasiones, etc., síntomas que se intensifican con la ingestión de bebidas alcohólicas, comidas condimentadas y con las relaciones sexuales. Por tiempos puede presentar períodos agudos en que se manifiesta como una blenorragia aguda, y en su estado latente puede dar complicaciones a distancia también, como cualquier foco séptico. Las orinas en tales casos, en la prueba de los dos o tres vasos, se ven con filamentos y descamaciones en el primero y claras en el segundo. En los estados inflamatorios agudos se puede volver opalinas o turbias; en algunos casos latentes son perfectamente claras. El tacto rectal no da ningún dato.

Frecuentemente esta afección es confundida con una uretritis de cualquier género, y es común ver que tales enfermos son tratados con sulfas y antibióticos pasando de uno a otro a medida que no da resultado la terapéutica, hasta recorrer todos los descubiertos hasta hoy, sin beneficio alguno, y sí con el costo

grande que tienen esas drogas. La prostatitis crónica únicamente se cura con los tratamientos locales.

Pruebas de curación

Pruebas de curación. En la generalidad de los casos se ha tenido el concepto erróneo de que los resultados de laboratorio negativos para gérmenes en los frotis coloreados, de la secreción uretral, sedimento urinario o líquido prostático, son la norma absoluta para declarar a un enfermo curado. Pero como hemos visto antes, las prostatitis pueden ser producidas por multitud de gérmenes que no siempre se encuentran en todas las coloraciones, o por virus, que no son visibles al microscopio. En otros, hay asociaciones de gérmenes y de virus. Así pues, es inútil confiar en los cultivos o en los frotis; esto se comprueba fácilmente en los pacientes que continúan lo mismo después de haber sido "curados" de acuerdo con el reporte de laboratorio.

Como norma para este trabajo, en lo referente a la curación de un paciente de prostatitis, hacemos las siguientes pruebas, que nos dan una seguridad completa; son las que siempre acostumbramos en todos nuestros enfermos:

1^a El examen de la orina en los dos vasos a puro ojo; ésta debe ser clara y brillante, y solamente en la primera de la mañana pueden verse algunas mucosidades, en forma de hilos largos o nubes;

2^a Examen del líquido prostático en fresco para comprobar la presencia de pus al microscopio; no debe haber ningún glóbulo de pus ni leucocitos. Algunos han dicho que la disminución del número de piocitos es signo de curación, pero esto es un error; el pus debe desaparecer totalmente del líquido prostático, y este examen que es el más importante, se practica con intervalos de una semana, hasta obtener por lo menos tres resultados negativos para pus; como ya dijimos, es inútil investigar gérmenes. La toma del líquido debe hacerse después de que el paciente haya vaciado su vejiga, para que la orina arrastre lo que haya en la uretra, que podría darnos un falso resultado;

3^a Prueba de las bebidas alcohólicas (Prueba de Neisser), con el fin de producir irritación sobre las mucosas, y congestión de la próstata; en los días subsiguientes no debe aparecer secreción uretral, y la orina debe continuar clara; se hará luego un nuevo examen de líquido prostático;

4^a Examen del sedimento urinario para gérmenes patógenos; en éste pueden hallarse algunos piocitos por irritación química. El tacto rectal no da ningún dato en los casos crónicos, y solamente sirve en los abscesos prostáticos y prostatitis agudas, en que se despierta dolor local y se aprecia ligero crecimiento del órgano, con salida de pus por la uretra.

Tratamientos. El tratamiento ordinario consiste en lavados uretrovesicales, masajes prostáticos, dilataciones uretrales, etc., que no da resultado en muchos casos, estando el enfermo condenado a soportar su enfermedad de por vida. Y este es el concepto que se tiene en muchos centros científicos y la creencia de muchos médicos, que una vez diagnosticada una prostatitis aconsejan al enfermo que no se haga nada, o le dan algunas indicaciones para que alivie sus molestias continuamente. El tratamiento clásico es largo y pesado tanto para el médico como para el paciente; es preciso trazar una pauta que se debe seguir por varios meses, a base de aplicaciones suaves y sin recargar en la misma semana con masajes o dilataciones. Las orinas se han de vigilar a diario para suspender las instrumentaciones uretrales en cuanto aparezca cualquier irritación. Los antibióticos y sulfas sólo dan resultado en los estados agudos, y no curan la enfermedad. Las vacunas son completamente inútiles.

Inyecciones intraprostáticas

Como su nombre lo indica, consisten en la inyección local de substancias antisépticas o bacterioestáticas en la glándula. Para esto se puede hacer uso de la vía transuretral con el panendoscopio, o la vía perineal. Esta última es la que hemos adoptado definitivamente.

Técnica. Se pone primero anestesia local; es la que da mejor resultado, pues la epidural que usábamos la hubimos de abandonar por sus resultados variables. Por delante del ano y a un lado del rafé, se hace progresar la aguja al mismo tiempo que se va anestesiando; luego se controla con el tacto rectal hasta llegar a la próstata; se usa una aguja de raqui larga. Se inyecta luego la solución escogida en cada lóbulo prostático, sin hacer otro pinchazo de la piel. El volumen inyectado es de 5 c. c. y en él va disuelta la droga en las dosis que luego analizaremos.

Preparación del paciente. Todo paciente que se someta al tratamiento de las inyecciones intraprostáticas debe ser preparado

convenientemente, pues de lo contrario no dan resultado. No se deben poner en los estados agudos, ni con orinas turbias y opalinas por pus.

El enfermo de antemano se somete a un tratamiento ordinario previo, especialmente en lo que se refiere a las dilataciones uretrales metódicas, hasta llevarlas al número de beniqué que tolere el enfermo; si esto no se hace, el tratamiento no dará resultado. Hemos sabido de varios médicos que aplican las inyecciones intraprostáticas sin haber tenido estas precauciones.

Se suprimirán los focos sépticos a distancia.

La infección uretral también se tratará de antemano, pues cualquier foco de vecindad a la próstata la reinfectará fácilmente; esto se logra más que todo con el tratamiento local u ordinario ya mencionado.

Curso del tratamiento. Como para todo tratamiento de vías urinarias, se proscriben las bebidas alcohólicas, comidas condimentadas o de difícil digestión y las relaciones sexuales. El intestino debe mantenerse corriente.

Durante las inyecciones intraprostáticas no conviene hacer otro tratamiento local alguno, pues se exarcerba la enfermedad; esta es una de las ventajas que tiene, ya que no requiere las numerosas aplicaciones del procedimiento clásico.

El líquido prostático se controla 4 o 5 días después de la inyección, para buscar pus y sangre. No conviene poner una nueva inyección mientras haya sangre en él.

Drogas empleadas en este trabajo. Las drogas que empleamos fueron: terramicina, estreptomicina, aureomicina, cloromicetina, gramicina, penicilina, mercurio-cromo, merthiolate, utropina y sulfas diversas. Presentamos aquí un total de 70 casos completos, esto es, en los que se llevó el tratamiento hasta el fin. Tuvimos muchos casos en los que el tratamiento no se terminó por diversos motivos, pero que nos dieron muchas enseñanzas.

Las drogas las usamos solas o mezcladas, sin tener en cuenta si eran bactericidas o bacterioestáticas.

Dosis. Es fundamental que las dosis en la solución sean bajas, de acuerdo con las ideas de Pelouze, quien afirma que todo recargo o exceso de drogas en las soluciones para tratamientos

urinarios locales, es perjudicial. De ahí que nos hayan dado superiores resultados las concentraciones bajas en los 5 c. c. de las soluciones empleadas.

Generalmente usamos las siguientes dosis para cada inyección: Terramicina, 0.06 a 0.08 gr., estreptomicina, 0.10 a 0.40, aureomicina, 0.04, penicilina, 50.000 a 100.000 unidades. El pronostil rubrum, en sol. al 2½ o al 5%. Las demás drogas, aunque no nos parecieron de elección para esta terapéutica, también las empleamos a bajas concentraciones. Siempre que tratamos de aumentarlas, obtuvimos malos resultados.

Hemos leído algunos trabajos en que se aplican inyecciones intraprostáticas poniendo un gramo de estreptomicina y 300.000 a 500.000 unidades de penicilina. Ya habíamos hablado en nuestro trabajo de 1947 sobre lo irritante que resultaba para la próstata la penicilina o la estreptomicina localmente.

Resultados y datos estadísticos. Como ya dijimos, presentamos aquí 70 casos completos. Muchos otros se perdieron por incumplimiento de los pacientes o por causas diversas. Los casos aquí presentados fueron de clientela particular.

De los setenta, podemos decir que obtuvimos buenos resultados en todos, en lo referente a la mejoría. Pero completamente curados, y haciéndoles las pruebas ya dichas, fueron 60. Los otros diez, desde ese punto de vista podemos considerarlos como fracasos. Hay factores incontrolables como la observancia de las normas higiénicas ya anotadas, que desvirtúan el efecto de la terapéutica, y conducen también al fracaso. En muchos casos el médico desconoce el comportamiento del enfermo a ese respecto.

Así pues los resultados globales fueron:

Curaciones	60	85.7%
Fracasos	10	14.3%

Todos los casos sometidos al tratamiento intraprostático habían sido tratados antes con el método ordinario sin resultado. Esto le da su verdadero valor.

El número de inyecciones necesarias en los 60 casos curados fue de 212, o sea, un promedio de 3.5 inyecciones por cada uno, en la siguiente forma:

Curados con 1 sola inyección	14
Con 2 inyecciones	16
Con 3 inyecciones	9
Con 4 inyecciones	3
Con 5 inyecciones	6
Con 6 inyecciones	4
Con 7 inyecciones	2
Con 8 inyecciones	1
Con 9 inyecciones	1
Con 10 inyecciones	3
Con 12 inyecciones	1

Generalmente no ponemos más de 5 inyecciones en una serie, y en caso de no obtener resultados, se prepara nuevamente al enfermo en la forma antes dicha.

Los casos considerados como fracasos, fueron aquellos en que más de 5 inyecciones no dieron resultado o no se vio que pudieran beneficiarse del método. Algunos fueron sometidos a dos series de inyecciones.

Resultados con cada droga. Empleamos en muchos casos una sola droga, pero en otros mezclamos dos. Los mejores resultados los obtuvimos con la mezcla de terramicina y estreptomicina. En la mayoría iniciamos el tratamiento con determinada substancia, que cambiábamos después en caso de no verse mejoría. De ahí que no podamos presentar los datos precisos con cada droga, si no escogiendo para cada cual aquellos en que predominó en las distintas inyecciones.

Podemos concluir que las drogas más efectivas fueron: terramicina, estreptomicina, aureomicina, prontosil, penicilina. Las demás las abandonamos por menos efectivas.

Casos tratados con cada una: (Curados).

Terramicina-estreptomicina (mezcla)	12
Estreptomicina sola	12
Terramicina-aureomicina (mezcla)	6
Estreptomicina-aureomicina	5
Drometil (Prontosil americano)	6
Mercuro-cromo	3
Penicilina-estreptomicina	2

Aureomicina sola	2
Cloromicetina	1
Merthiolate	1
Urotropina	1
Terramicina sola	1
Aureomicina-sulfa	1
Con mezclas variadas a cada inyección	5
Con Prontosil rubrum	1
Con Terramicina-estreptocimicina-penicilina	1
 Total	60

Terramicina-estreptomicina. Nos dio los mejores resultados, a las dosis mencionadas ya. Hubo 5 entre los 12 casos curados, que se lograron con una sola inyección, y 3 con 2 inyecciones. Esto es verdaderamente sorprendente dada la rebeldía de esta afección.

Estreptomicina sola. Se mostró como una droga muy eficaz. De los 12 casos curados, 3 lo fueron con una sola inyección. De estos tres casos, 2 fueron inyectados con sólo 0.10 gr. de estreptomicina disuelta en los 5 c. c. ordinarios. Esto comprueba que como ya dijimos, las dosis fuertes o las soluciones concentradas son inefectivas.

Aureomicina. La empleamos mezclada a la terramicina o a la estreptomicina, en los casos en que éstas no mostraban disminución del pus o mejoría. La concentración de la solución es más baja, por ser esta droga poco soluble. En nuestra estadística figuran 5 casos curados con la mezcla aureomicina-estreptomicina y 6 casos con la de aureomicina-terramicina. Algunas de las inyecciones como con las otras drogas, fueron combinadas, pero predominando en la serie las principales como ya lo explicamos antes.

Prontosil. Se mostró muy efectivo; no presentamos más casos, pues esta droga dejó de venir mucho tiempo, y hasta ahora la estamos usando de nuevo. El prontosil americano no nos ha parecido bueno para el efecto que buscamos.

Cloromicetina. Malos resultados. Sin embargo puede haber de golpe algún caso que se beneficie, como el que presentamos aquí que fue curado con una sola inyección.

Mercuro-cromo. Siempre tiene su valor, y fue la primera droga que se empleó con este fin, cuando aún no se conocían las sulfas, en nuestro trabajo de 1947, figuran varios casos curados con mercurio-cromo solo en solución al 1%.

Merthiolate. Lo hemos abandonado por ser muy irritante.

Urotropina. Tenemos aquí un caso que se curó con una sola inyección, en solución al 20%. Pero no es aconsejable para los tratamientos ordinarios, por ser menos efectiva.

Penicilina. La empleamos a bajas dosis y mezclada con otro antibiótico; es irritante para la próstata. Se mostró menos efectiva que los demás antibióticos.

Sulfas varias. Usamos la solufontamide, pental, sulfatiazol, elkosina, supronal. No nos pareció que tuvieran valor superior a los antibióticos, y las hemos abandonado.

Neomicina. *Exitromicina.* *Acromicina.* Con la primera inyectamos algunos de los casos presentados, en las intraprostáticas mixtas con resultados inferiores a las demás drogas. Con eritromicina y acromicina no tenemos aún experiencia. De esta última solamente hasta ahora hemos comenzado su estudio.

En cuanto a los 10 casos en que no obtuvimos buenos resultados, fueron inyectados con diversas drogas, y su fracaso lo atribuimos o a incumplimiento del paciente de los cuidados higiénicos recomendados, o a que el virus o germe causante no fue sensible a las substancias inyectadas, pues como ya vimos, es imposible precisar de antemano nada al respecto.

CONCLUSIONES:

1^a El tratamiento de las inyecciones intraprostáticas con los nuevos antibióticos en las prostatitis crónicas, es el de elección por su mayor efectividad y corta duración.

2^a Cada caso es susceptible a determinada droga, sin que con anterioridad se pueda precisar cual, debido a la presencia de virus aún desconocidos, que hacen rebelde la enfermedad.

3^a Las drogas más efectivas para ser usadas en inyecciones intraprostáticas son la terramicina y la estreptomicina. Tienen también un gran valor la aureomicina, prontosil y penicilina.

4^a Los casos curados definitivamente fueron un 85.7% con un total de 3.5 inyecciones en promedio.

5^a Es necesario preparar convenientemente al paciente, tanto en su estado general como en el local, para poder obtener buen resultado con el tratamiento intraprostático.

6^a Los éxitos logrados con las diversas drogas, y los alcanzados con algunas después de haber fracasado con otras, prueba ampliamente que la prostatitis crónica puede ser producida por multitud de gérmenes y de virus, sensibles a diversos medicamentos, y que en el estado actual de la ciencia, estamos en la imposibilidad de determinarlo previamente, dado el desconocimiento que hay sobre los virus y su clasificación. Estos no son visibles al microscopio, y hasta ahora se inicia su estudio con el descubrimiento del microscopio electrónico, el cual sólo se ha instalado en contados centros científicos.

SUMARIO

Se presenta un estudio sobre 70 casos controlados hasta el fin, de enfermos de prostatitis crónica, tratados con inyecciones intraprostáticas a base de diversos antibióticos y otras drogas. Todos los casos fueron de consulta particular. Se obtuvieron buenos resultados en todos los casos, con un 85,7% de curaciones definitivas, con un promedio de 3.5 inyecciones por caso. Las drogas que se mostraron más efectivas fueron en su orden la terramicina, estreptomicina, aureomicina, prontosil y penicilina. Varias otras drogas que se usaron en los mismos pacientes no mostraron efecto superior.

BIBLIOGRAFIA

LOWSLEY OSWALD S. "Clinical Urology". Baltimore, 1944.

O'CONNOR V. and ROBERT LADD "Intraprostatic Injection". The J. of Urology: 37:557, 1935.

HATCH W. E. "Intraprostatic Injection of Penicillin" J. Urol. 64: 763, 1950.

PEREZ GOMEZ ANTONIO M. "Quimioterapia Intraglandular de la Prostatitis Crónica". Tesis de grado. Facultad Nacional, 1941.

PEREZ GOMEZ ANTONIO M. "Tratamiento Moderno de la Blenorragia Crónica en el Hombre", Revista de Medicina y Cirugía. Bogotá, diciembre de 1947, enero, febrero y marzo de 1948.

PEREZ GOMEZ ANTONIO M. "Prostatitis Crónica y su Tratamiento por antibióticos locales". Revista de Medicina y Cirugía, 15:419; septiembre de 1951.