

Hosp. Angel C. Padilla. San Miguel de Tucumán.
Serv. de Urolog. Jefe: Dr. O. A. Fonio.

VOLUMINOSO CALCULO DE URETRA POSTERIOR. EXTRACCION POR CISTOSTOMIA

Por el Dr. OSCAR ARMANDO FONIO

La presente comunicación tiene por objetivo presentar una observación sin precedentes en mi experiencia privada y hospitalaria, que por su drama miccional condujo al paciente a consultarnos, transcurridos 25 años del signo inicial de su cuadro patológico.

Historia clínica. Se refiere al enfermo S. R., argentino, casado, jornalero, de 37 años de edad, domiciliado en "Ingenio La Trinidad", Dio. de Chiquiligasta; Pcia. de Tucumán. El día 13 de octubre del corriente año, llega a nuestro consultorio privado, dirigido por un distinguido colega de la ciudad de Concepción (Tucumán), mediante una esquila en la que manifiesta: "El portador es un paciente que hace unos 7 años tiene cistitis y uretritis a repetición; este último episodio ya lleva 4 meses y actualmente no puede orinar en posición de pie, debiendo sentarse para conseguirlo".

Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia

Antecedentes personales: Fimosis congénita (circuncisión en 1936). Niega venéreas. Refiere un traumatismo en región inguinal derecha y suprapúbica, a los 10 años, en ocasión de una caída de caballo. Niega toda sintomatología renal.

Enfermedad actual: En 1929, es decir a los 13 años de edad, notó por vez primera, disuria, polaquiuria, e interrupción brusca del chorro durante la micción, sintomatología que se repite periódicamente.

Desde hace 7 años, disuria, polaquiuria y dolores miccionales, son casi permanentes, pero solo se trata mediante ingestión de infusiones vegetales aconsejadas por curanderos.

Desde julio ppdo., consulta a un colega de la localidad de su residencia, que le prescribió penicilina, sellos antisépticos urinarios y Mictasol azul.

Manifiesta que siempre ha practicado el coito con eyaculaciones normales, no dolorosas y lleva 16 años de vida matrimonial, con 6 hijos, la mayor de 14 años.

Estado actual: Regular estado general, algo desnutrido. Apirético. Pulso regular, rítmico, con frecuencia normal.

Invitado a orinar en un vaso, el enfermo realiza la tentativa de micción en posición de cuclillas y con gran esfuerzo y dolores que le arrancan lágrimas, consigue emitir, en pequeño chorro, delgado y entrecortado, una cantidad que no alcanza a 10 c.c., de orina turbia opalescente.

Al examen uretral, el explorador a bola se detiene al llegar a la uretra posterior, dando sensación de choque contra un cuerpo duro y el franquear el obstáculo resulta imposible, ni aún mediante el empleo de bujías filiformes.

Al tacto rectal, se aprecia un cuerpo alargado de consistencia dura, leñosa o pétrea.

A los efectos de completar el estudio clínico, de laboratorio y radiológico, como se trataba de un sujeto de escasos recursos económicos, le proponemos internación hospitalaria que acepta, siendo internado al siguiente día (14-X-1953), en el Servicio de Urología a mi cargo (Sala IV, Hosp. Padilla).

Roentgenografías: Las directas, en proyección anteroposterior y oblicua, revelan la imagen de un gran calculo alargado, que por su estrangulación un poco por debajo de su parte media

y su ubicación con respecto al pubis gran parte por arriba, pensamos era vesicouretral, correspondiendo al cuello vesical, la porción estrechada.

Mediante sonda uretral, intentamos insuflar aire para realizar uretro-neumo cistografía.



Radiografía N° 1

maniobra que resulta penosa para el enfermo y la radiografía oblicua N° 2, muestra que solo una pequeña cantidad de aire ha pasado al reservorio vesical.

La roentgenografía directa panorámica, no revela imágenes litiásicas en las zonas cort-



Radiografía N° 2

pondientes al aparato urinario superior, y en las urografías de excreción, se comprueba una marcada uroectasia del lado derecho, donde especialmente llama la atención, la acentuada dilatación ureteral (Radiografías N° 3 y N° 4).

Análisis:

Orina: muy turbia; alcalina; densidad 1.013; albúmina, 0,05 ‰; escasa hemoglobina; regular células epiteliales; escasos leucocitos; escasos eritrocitos; abundantes cristales de fosfato amónico magnésiano; abundante mucus. Sedimento coloreado; escasos coli y estafilococo.

Eritrosedimentación: 1ª h., 20 mm.; 2ª h., 46 mm.; I. de Katz, 21,5.

Uremia: 0,36 ‰.

Glucemia: 0,83 ‰.

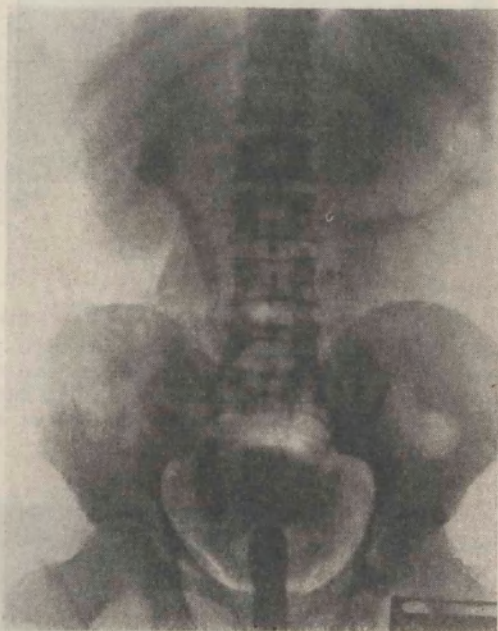
Recuento globular: rojos: 4.800.000; blancos: 7.900; *Fórmula:* N. 66 · E. 1 · B. 1 · L. 27; M. 5.

En el preoperatorio, se administra estreptomina, a razón de 0,50 grs. cada 12 horas.

Operación (22-X-1953): Anestesia: raquídea (novocaina-corbasil, 2 cc.); Cirujanos: O. A. Fonio y N. Fainman. Incisión mediana suprapúbica. Al practicar la cistostomía sorprende



Radiografía N° 3



Radiografía N° 4

el no ver el cálculo, que se tacta su extremo superior a través de la pared vesical, inmediatamente por debajo del cuello, y directamente con el pulpejo de un dedo introducido en éste. Se amplía el cuello por incisión del borde posterior y se extrae con relativa facilidad el gran cálculo, tomándolo de su extremidad superior con las ramas de una pinza de Foerster. Se coloca sonda Nelaton N° 18 por uretra; se practica un punto de catgut a la incisión del cuello; se coloca una Pezzer hipogástrica y se sutura la herida vesical y la pared por planos con catgut y algodón.

Indicamos lavajes vesicales; suero fisiológico y glucosado isotónico gota a gota subcutáneos 500 cc., alternativamente cada 6 horas y continuar con estreptomina.

Postoperatorio: A la tarde del día de la operación la temperatura se eleva a 38° y continúa febril en los días subsiguientes, con temperaturas que oscilan entre 37,5 y 38,2 y pulso de 100 por minuto.

El 25-X-1953, paresia intestinal, timpanismo, náuseas, vómitos biliosos, hipo y la uremia llega a 1,30 grs. ‰. Se coloca sonda duodenal y rectal, y a la medicación instituida se agrega suero clorurado hipertónico, suero glucosado hipertónico y Vitamina C endovenoso, mejorando el estado general y disminuyendo paulatinamente la sintomatología descripta.

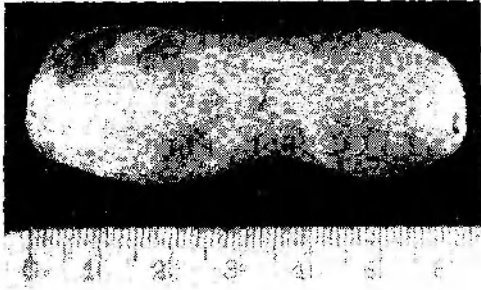
El 28-X-1953, como notamos hemorragia con coágulos que taponan las sondas y esfacelo de tejido celular, se retiran algunos puntos de sutura de piel, se retira la sonda hipogástrica, se extraen los coágulos vesicales por irrigación a través de la sonda uretral, se

coloca nueva Pezzer y se indica frecuentes pequeños lavados con solución de antipirina y coagulantes.

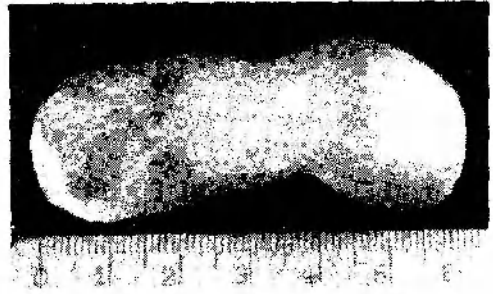
En los días subsiguientes se acentúa la mejoría general y local, desaparece la fiebre y el 3-XI-1953, la uremia ha descendido a 0.40 grs. %.

El día de nuestro viaje para concurrir a estas Jornadas, nuestro paciente se encontraba en franca convalecencia próximo a ser dado de alta.

Descripción del cálculo: El cálculo extraído (Fotografías N° 1 y N° 2), de color blanco sucio o marfil, de 6.2 cms. de longitud y 22 mm. de ancho, presentaba una porción extran-

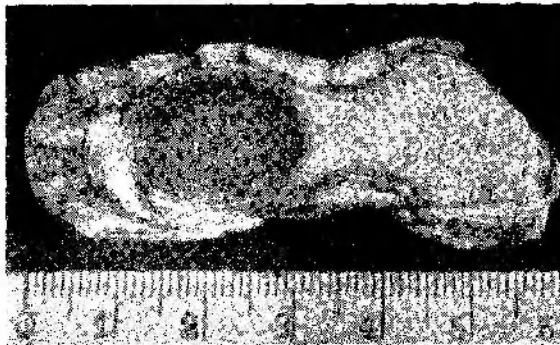


Fotografía N° 1
Cálculo visto de frente.



Fotografía N° 2
Cálculo visto de perfil.

galada de 15 milímetros de espesor, un poco por debajo de su parte media, que le imprimía una forma general algo semejante a la de reloj de arena, o mejor como se le ocurrió a mi hija, la de un capullo de gusano de seda. Su peso era de 35 grs. y su superficie lisa, con un orificio redondeado en su extremo inferior de aproximadamente 3 milímetros de diámetro y 2



Fotografía N° 3
Corte del cálculo.

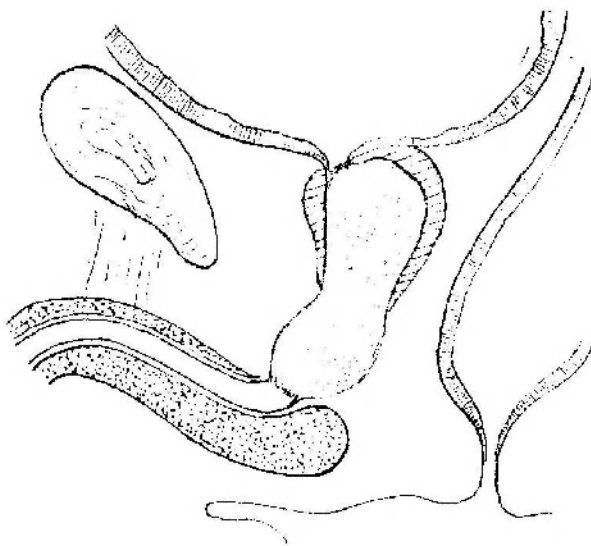
de profundidad, que interpretamos, como si un núcleo de sustancia orgánica, hubiese impedido la precipitación mineral a ese nivel y haya sido eliminado después.

Por la curiosidad de poder apreciar las características de su constitución interna y los estratos de su formación, lo hemos aserrado según su diámetro mayor, con gran dificultad pues las capas periféricas, muy frágiles y dehiscientes, se fragmentaban fácilmente, no obstante lo cual pudo verse la curiosa estratificación que mostramos en la fotografía N° 3 del corte obtenido. En la parte central de la porción superior, se aprecia una conformación oval de 20 x 13 milímetros, que nos muestra la textura del cálculo primitivo, que por el color de los estratos, pardo amarillento y pardo obscuro, pensamos están constituidos de uratos y oxalatos, y sobre el que se depositaron las capas interiores blancas, presumiblemente fosfáticas.

Los fragmentos y el polvo del aserrado lo destinamos para su análisis químico, el que efectuado por el bioquímico Dr. Rafael Fernández, demostró que estaba constituido por fosfatos, carbonatos, uratos y oxalatos.

En el esquema que mostraremos en proyección, hemos tratado de reproducir la ubicación del cálculo que ocupaba a nuestro modo de ver, toda la longitud de la uretra posterior, a la que alargó y ensanchó en relación a su forma y tamaño.

Nos queda la duda de la posibilidad de una incontinencia, secuela que en todo caso esperamos sea transitoria.



Esquema que muestra la ubicación del cálculo.

CONSIDERACIONES

No es nuestro propósito, entrar a considerar el complejo problema etiológico y patogénico de la litiasis urinaria en sus diversas facetas y variadas teorías, pero es que el caso que dió origen a la presente comunicación, nos sugiere algunas apreciaciones, que deseamos expresar.

La falta de antecedentes de sintomatología renal y el signo de detención brusca del chorro de orina durante la micción a los 13 años, nos hace suponer que el cálculo primitivo, se originó en vejiga. Colocando un interrogante sobre el rol que pudo haber desempeñado el trauma inguinoabdominal (2 años antes del signo), en la génesis del concremento inicial, no dudamos de la importancia de la fimosis congénita señalada, como factor de ectasia, y la posible influencia de una alimentación inapropiada, que es común especialmente entre los niños de clase humilde y del medio ambiente rural, de la provincia de Tucumán.

CONCLUSIONES

La observación que hemos relatado, nos parece interesante por varios motivos:

- 1° Por su rareza dado el volumen, forma y asiento del cálculo.
- 2° Por la imagen roentgenográfica que nos hizo pensar en una litiasis vésico-uretral.
- 3° Por la facilidad con que pudimos extraerlo por vía hipogástrica transvesical.

- 4° Porque a pesar del tamaño y ubicación del cálculo, las relaciones sexuales se han realizado siempre normalmente, con eyaculaciones indoloras.

DISCUSION

Dr. Itazu. — Felicita al Dr. Fomio por su comunicación tan prolija y por su concurrencia desde Tucumán.

¿Tuvo inconvenientes en la extracción del cálculo?

¿No hubiera sido más lógica la vía perineal?

Dr. Piaggio. — En un caso similar, más irregular, desgarró cuello en las maniobras de extracción. Otro caso fué abordado por vía retropública. Lleva 2 años sin inconvenientes.

Dr. Bernardi. — Abordó por periné un cálculo de uretra posterior. La incontinenia que sobrevino, curó con dilataciones.

Dr. Fomio. — Empleó la talla hipogástrica porque creyó que el cálculo era vesicouretral. Una vez ampliado el cuello la extirpación fué muy fácil.

Todavía no puede establecer nada sobre la posibilidad de incontinenia, pues el enfermo no ha sido dado de alta.