

## CUERPO EXTRAÑO PERITONEAL PERFORANTE EN VEJIGA

---

Por los Dres. B. OTAMENDI y R. RAIMONDI

Una paciente es enviada por un colega al consultorio por presentar una cistitis aguda con el fin de averiguar la causa etiológica y realizar el tratamiento correspondiente.

El interrogatorio realizado, nos informa sobre una serie de operaciones efectuadas en los últimos 6 años y que fueron la primera, una cesárea por placenta previa y las otras dos, reparaciones plásticas por una eventración, resabio de la primera intervención.

La paciente presenta actualmente una polaquiuria diurna y nocturna cada 15 a 20 minutos, orinas sanguinolentas, con pequeños coágulos, tenesmo vesical, dolor especialmente al terminar la micción en el bajo vientre.

Esta sintomatología la tiene desde hace 5 días, no habiendo cedido a las altas dosis de antibióticos que se le han suministrado.

Con este cuadro se procede a llevarla a la mesa de examen, donde se le practica un sondaje vesical, siendo la orina así extraída turbia, sanguinolenta y maloliente.

Se hace un lavaje de vejiga y se le consigue dejar unos 150 cc. de líquido para efectuar una cistoscopia y ya con esta cantidad experimenta una sensación miccional muy fuerte, que la enferma tolera con bastante dificultad, para poder efectuar así el examen.

La cistoscopia muestra que en la región del trígono, próximo a la desembocadura ureteral derecha, existe una zona del tamaño algo menor del de una moneda de 50 ctvs. constituida por una zona central ulcerada de color negruzco, rodeada por un marcado edema, siendo la primera impresión cistoscópica, la de un tumor necrosado.

Al recorrer el resto de la pared vesical, cuál no sería el asombro, al ver aparecer por la cara poserosuperior de la vejiga, rodeada por edema de mucosa, un cuerpo extraño, al parecer metálico de  $1\frac{1}{2}$  cms. de longitud y de algunos pocos milímetros de espesor, de un color negruzco, que al vaciar el líquido vesical, venía a incertarse en la zona de ulceración del trígono.

El diagnóstico en ese momento, fué la de un cuerpo extraño que estaba efectuando su expulsión hacia la luz vesical y que sería posiblemente un punto de alambre de las operaciones plásticas realizadas con anterioridad, desapareciendo por suerte la idea de tumor vesical.

Pero el problema en ese momento, era que si con las maniobras realizadas durante la cistoscopia y palpación abdominal, ese cuerpo extraño, pudiera haberse desenclavado y dejar abierta la vejiga hacia la atmósfera perivesical o al peritoneo, por lo cual se le coloca una sonda en permanencia y se la interna con carácter de urgencia.

Ya con la enferma en un medio quirúrgico y suponiendo que el cuerpo extraño era de constitución metálica, se le indica una radiografía para observar su tamaño y ver la mejor vía para su extracción.

La placa radiográfica reveló la incógnita, puesto que lo que se creía que era un alambre, era en realidad la punta de una pinza de Kocher que había perforado la vejiga, estando el resto de la misma en la pelvis con las ansas a nivel de la espina iliaca y desplazada hacia el lado derecho.

Tenía además una característica de suma importancia, que era que en algunas zonas estaba carcomida y en otras había ya desaparecido el material que la constituye, debido a la acción de los tejidos sobre este cuerpo extraño a



través del tiempo, como puede observarse en una de las ramas, que al haberse reabsorbido el material, han dejado una ansa separada del resto de la pinza.

Esto nos demuestra que este elemento había permanecido durante mucho tiempo dentro del abdomen, para poder así haber sufrido tal destrucción, habiendo sido buena la tolerancia.

Se procede entonces a hacer una cistografía de frente y perfil, en donde se observa nítidamente la porción de la pinza perforante en la luz vesical.

Sin más trámites, es llevada la paciente a la mesa de operaciones, practicándosele una incisión paramediana derecha infraumbilical.

Seccionado los planos musculares se abre el peritoneo y en la zona posterior rodeada por asas intestinales y por el epiplón se encontraba el cuerpo extraño.

Con mucha dificultad, se van separando los elementos y es a través del epiplón que se localizan las ansas de la pinza con la siguiente característica, que ellas estaban apoyadas sobre la parte final del ileon, casi a nivel de la unión

con el ciego y al ser extraídas se abrió la mucosa intestinal que era la única zona que quedaba de la pared necrosada, por la acción del decúbito.

Es decir, que ya sea por decúbito o por otro factor, el extremo proximal de la pinza estaba también buscando su eliminación hacia una cavidad como ya lo había conseguido el extremo distal, al perforar la vejiga.

En vista de esta contingencia es consultado un cirujano general, el Dr. Manuel Pérez Zabala, quien procedió a reavivar los bordes necrosados del intestino y hacer una sutura de la brecha.

En lo que respecta a la perforación vesical, luego de sacar la pinza, se separó la vejiga del peritoneo y se cerraron por separado ambos orificios, dejando sonda permanente en vejiga.

El postoperatorio, contrariamente a los que había tenido la paciente en las intervenciones anteriores fué bueno, sin meteorismo marcado, ni náuseas ni vómitos.

Hago esta aclaración, como demostración de que la pinza debía encontrarse en el abdomen desde la primera intervención, puesto que en ellas al hacerse el cierre de la pared, la parte proximal de la pinza debía obstruir la luz intestinal sobre la que se encontraba apoyada, produciendo los grandes meteorismos postoperatorios que la paciente había experimentado en sus tres operaciones previas.

#### CONSIDERACIONES

Presentamos un caso de un cuerpo extraño perdido en luz peritoneal, que buscando su expulsión, perforó la vejiga y casi toda la pared del intestino, que fué perfectamente tolerado por el organismo durante mucho tiempo y que provocó en los posoperatorios inmediatos grandes meteorismos, por compresión extrínseca de la luz intestinal.

---