

LITIASIS DE URETRA POSTERIOR POST-QUIRURGICA

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, L. L. SANCHEZ SAÑUDO, F. J. MARQUEZ
y A. CARRIL

El caso que vamos a presentar a la consideración de ustedes se refiere al del señor Sixto López, de nacionalidad argentina, soltero, de 65 años de edad, que ocupó la cama 31 del Servicio de Urología de la Cátedra, registrado en la historia clínica Nº 13, serie 627.

En ella se consigna que en julio de 1958 fué intervenido en un hospital de esta capital, donde dice le practicó una intervención en la próstata. Como a continuación de la misma persistiera la polaquiuria e intenso ardor a la micción, con dolores irradiados a los testículos y perineo, decide internarse en el Servicio de Urología del Hospital Rawson.

Las orinas son francamente piúricas. Las áreas renales se deprimen con facilidad y los riñones no se palpan.

La exploración de la uretra revela que ella es infranqueable, y el explorador choca, a la altura de la uretra bulbar, con un cuerpo extraño de consistencia dura.

La palpación de la región hipogástrica es negativa, sólo se observa la cicatriz de la incisión suprapúbica. La palpación de los genitales externos revela que fué castrado anteriormente, y además se palpa en el perineo, en su línea media, una masa alargada, dura, que hace cuerpo con la porción bulbar de la uretra y que se moviliza lateralmente; emerge del perineo posterior, donde se encuentra fija, y es de una longitud de 6 cm.

La palpación de la próstata revela que ésta se encuentra aumentada de tamaño, que es chata, irregular, alargada hacia el polo superior derecho y de consistencia bastante aumentada.

La uretroscopia informa que a los 7 cm. del meato uretral, el instrumento choca contra un cuerpo duro y que se visualiza una formación cuneiforme, de color amarillento, libre por sus lados, salvo en la parte más profunda, a la que no llega el instrumento.

El urograma revela buena función y evacuación, imágenes difíciles de visualizar por la gran cantidad de gases, y una vejiga pequeña, redonda. El borde inferior de la misma se encuentra elevado: a 4 cm. del borde superior del pubis, se visualiza un trayecto hacia abajo que parece ser la uretra posterior.

La radiografía directa de la uretra muestra una sombra opaca, de densidad similar a la del hueso, de forma de gancho, de unos 10 cm. de longitud y 2 cm. en la parte más ancha, adelgazándose hacia sus extremos, que parece corresponder a un cálculo que ocupa la uretra posterior y el bulbo de la misma.

La uretrocistografía hecha con lipiodol, de frente y dos perfiles, confirma que se trata de un cálculo que ocupa la uretra posterior y el bulbo de la misma.

Los exámenes efectuados revelan un equilibrio del medio interno y cifras de fosfatasa ácida y alcalina normales.

Hecho el diagnóstico el paciente es intervenido por el Dr. Trabucco, asistido por los doctores Gadea y Carril, bajo anestesia general.

Colocado el enfermo en posición de talla perineal, se incinde longitudinalmente la piel del perineo y los demás planos hasta abrir la uretra, reparada en este caso por el cálculo. Se toma el mismo con la pinza indicada y luxándolo lentamente se extrae sin inconvenientes.

Se coloca un tubo de polietileno de 4 mm. de luz a través de la uretra hasta la vejiga y previo espolvoreo de la herida con sulfamida, se cierra la pared en tres planos con catgut crónico Nº 00 y la piel con seda, sin dejar drenaje. A simple vista se observa que el núcleo del cálculo está constituido por una pequeña gasa.

Antibióticos, sueros, etc., en el postoperatorio que es muy bueno. A los 15 días el paciente se retira del Servicio sumamente aliviado y con su micción normalizada.

Los cálculos de la uretra son en general pequeños cálculos ureterales o vesicales que durante el acto de la micción han llegado a la misma y se han alojado en ella. En algunas oportunidades se forman favorecidos por el éxtasis urinario, condicionado por una estrechez,

divertículo o fístula. Se han observado algunas veces en la logia de los prostáticos adenomec-
tomizados, en casos de estrecheces ulteriores; y se han comunicado también incrustaciones cal-
cáreas desarrolladas en el lecho prostático, en el postoperatorio de resecciones endoscópicas.
El hecho de que en nuestro caso el cálculo se haya desarrollado alrededor y como consecuen-
cia de la presencia de una gasa, circunstancia poco frecuente, y de que el paciente haya
deambulado algo más de un año con el cálculo, llama a la reflexión y nos incita aquí a in-
sistir en la necesidad del examen exhaustivo de los enfermos (endoscopia, urograma, uretro-
cistoscopia), cuando estas intervenciones son seguidas de un postoperatorio irregular y no lógico.

DISCUSION

Dr. A. Chaid.—Quiero aportar lo siguiente: he tenido oportunidad de intervenir una
enferma por cálculo en la uretra posterior por vía perineal restando dos aspectos interesan-
tes. El tiempo con que se puede sobrellevar un cálculo en zona tan inervada y sensible y las
dificultades técnicas para su extracción.

Dr. Sánchez Sañudo.—Le agradezco al Dr. Chaid su colaboración pero nosotros hemos
dicho en nuestra comunicación que nuestro enfermo deambuló un año padeciendo intensamente.
