

PLASTICA VESICAL, RARA COMPLICACION

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, O. C. CARREÑO Y R. VILLAMAYOR

La migración de cuerpos extraños hacia la cavidad vesical, desde sus vecindades es un hecho bien conocido. Se han relatado casos de gasas, pinzas, huesos de feto, etc., etc. Es evidente que el organismo trata de eliminar el cuerpo parásito por el camino más corto.

Creemos de sumo interés el relato de este caso por cuanto el empleo de material plástico es corriente en cirugía y se está usando cada vez con mayor frecuencia en este tipo de cirugía, de la corrección de la incontinencia de orina, reemplazando a las cintas de fascias o aponeurosis.

El relato de la historia clínica de la paciente, motivo de esta observación, es de por sí muy elocuente.

Se trata de C. de V. de 53 años de edad.

Antecedentes personales: Menarca a los 13 años. Ciclo menstrual 3/30. Cinco partos normales. Un aborto espontáneo.

En 1940: operada de retroversión uterina (Op. Doleris - Caballero).

En 1951: Le efectúan miomectomía. Luego de esta intervención se instala prolapso genital e incontinencia de orina al esfuerzo.

En 1954: La operan de prolapso genital.

Enfermedad actual: Consulta por incontinencia de orina al esfuerzo. Esta afección data de 1951. Después de la corrección del prolapso efectuada en 1954 se agrava su incontinencia. Evolucionan con caracteres progresivos hasta hacerse total.

Estado actual: Examen ginecológico. Matriz en hiperanteverso-flexión, rectocele de 2º grado, con desgarro perineal de 1er. grado. No tiene cistocele. Los estudios para determinar el origen de su I. de C. informa: palpación de los elevadores por vagina se muestran hipotónicos. Palpación y expresión de la uretra sin particularidades. Orina residual 0. Diámetro uretral 8. Longitud uretral 36. Capacidad vesical 240 cc. Prueba de Marshall Marchetti acostada positiva, de pie negativa. Límites de continencia 0. Uretrocistografía pre-operatoria: De frente, embudización y leve descenso; Perfil, borramiento del ángulo uretrovesical anterior.

Intervención quirúrgica: 23-IV-1958 Se realiza operación de Aldrige, modificada en nuestro país por A. C. Durando, usando como cincha uretral una banda de 2 cm. de ancho de polietileno.

Post-operatorio: Sonda Foley permanente que da salida a orina intensamente hematórica. El 28-IV-58 se sale la sonda que funcionó dificultosamente por la expulsión de coágulos.

El 2-V-58 a los 10 días de operada se observa el aposito mojado con orina, comprobándose su salida por la extremidad inferior de la herida operatoria. La pérdida es continua, pasando muy escasa cantidad por la sonda uretral.

El 4-V-58 se cambia la sonda Foley por una Pezzer sin que esto modifique la pérdida de orina por la herida abdominal.

Se efectúan lavajes medicamentosos y aspiración continua por la sonda.

Continúa con sonda Pezzer, observándose al cabo de 20 días una paulatina mejoría de la fistula vesicoabdominal hasta conseguir su cierre. El día 6-VI-58 se tapa la sonda por intervalos de tres horas, comprobándose orinas claras. Cinco días después se retira la sonda uretral. La enferma realiza micciones cada tres horas durante el día, siendo los intervalos mayores en la noche. Seis días después se va de alta para seguir su vigilancia por C. E.

El 10-VII-58, es decir 23 días después, concurre a C. E. comprobándose un absceso a nivel de la mitad inferior de la herida operatoria en abdomen.

Se drena, fluyendo un líquido purulento gelatinoso, lavándose la cavidad con penetrantirotricina. A la semana el flemón no drena pero quedan tres bocas fistulosas comunicantes entre ellas, como se comprueba al inyectar líquidos. La inyección por una de

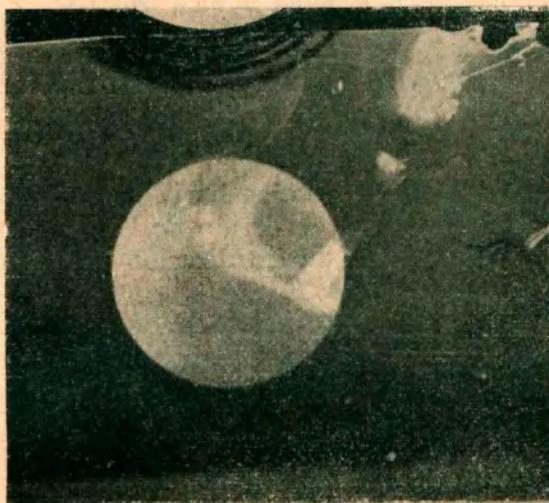


Figura 1



Figura 2

las bocas, la media, le provoca deseos de orinar. Como no hay pérdidas de orina y las micciones se efectúan sin inconvenientes, se decide contemplar la posibilidad del cierre espontáneo de las fistulas, durante un cierto tiempo.

Pasan unos meses en que la fistula, aunque reducida, da alguna secreción seropurulenta, por lo que se resuelve su extirpación quirúrgica.

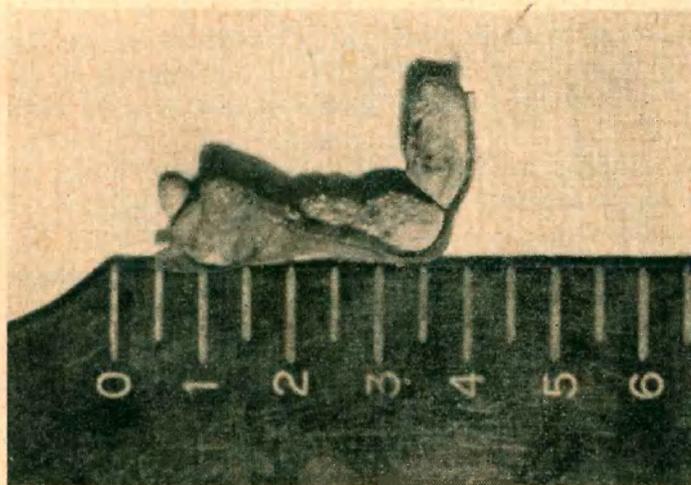


Figura 3

Se interna el 25-IV-59. Le efectúan una cistoscopia que muestra orinas turbias. Capacidad 250 cc. Mucosa congestiva y edematosa. Placas de mucopus. Trigono elevado. Cuello edematoso. Informe del endoscopista.

Operación. 27-V-59. Cirujano Dr. R. D. Villamayor.

Fistulectomía laboriosa, hallándose englobado en el tejido fibroso perifistuloso la banda de polietileno, que se fijara anteriormente a la vaina de los rectos. Se efectúa la extirpación de la banda hasta el entrecruzamiento con la uretra junto con el trayecto fistuloso.

Buen post-operatorio. Curación por primera.

A los 15 días de operada se practica una cistoscopia de control encontrándose en la vejiga un segmento de la banda de polietileno, libre por uno de sus extremos y aparentemente fija por el otro. Una de sus caras tiene incrustaciones cálcicas. La tolerancia al cuerpo extraño es perfecta. En estas condiciones es enviada al Hospital Rawson donde se interna.

Le efectuamos una cistoscopia con la que confirmamos las anteriores comprobaciones. Sacamos una fotografía endoscópica que permite apreciar la banda con las incrustaciones litiásicas. Se efectúa cistotomía extrayéndose el cuerpo extraño que está libre en la cavidad. Cierre total. Sonda por uretra. Post-operatorio sin inconvenientes. A los 10 días se saca la sonda uretral orinando la enferma en perfectas condiciones.

El mecanismo de la traslación de la cinta de plástico hacia la cavidad vesical en este caso, seguramente estuvo facilitado por la lesión de la vejiga, por algunos de los puntos de fijación que contribuyó a su fistulización y al flemón perivesical.

A pesar de haberse extirpado la cinta plástica en su totalidad, un segmento al extirpar la fístula y el otro por cistotomía, la paciente mantiene la curación de su incontinencia. Interpretamos que el proceso plástico fibroso consecutivo a la supuración, al crear adherencias es el que mantiene al cuello vesical en posición apropiada.

DISCUSION

Dr. Rebaudi. — Hoy hemos observado un caso absolutamente igual al que presentan los comunicantes. Se trataba de una enferma que por inconvenientes en la evacuación de la orina, le hacen una cincha. Tiene una cistitis y se le descubre una litiasis. Tratamos de extraerle el cálculo con un panendoscopio, lo prendimos con una pinza y lo extrajimos. La enferma quedó con una zona ligeramente hemorrágica.

Dr. Carreño. — Agradezco al doctor Rebaudi la contribución que demuestra que tal vez sea un tanto peligrosa la cincha de plástico. En nuestro caso, hubo una lesión operatoria de la vejiga, como lo señala la fístula. Los bordes cortantes de una cincha de polietileno pueden lesionar el cuello.
