

CALCULO ENCLAVADO EN LA URETERA DE UNA MUJER

Por el Dr. CARLOS V. ZERBINI

Generalidades: Deben considerarse como cálculos uretrales los que residen en la uretra o en un divertículo de la misma; los exógenos de la próstata, los formados en trayectos fistulosos uretrocutáneos aunque semejantes a los uretrales por su origen, no deben considerarse como tales.

Los cálculos de uretra femenina no son frecuentes. **Nicolich** dice haber visto 42 en el hombre y sólo 4 en la mujer.

La brevedad de la uretra, su rectitud, su dilatabilidad y la falta de estrecheces explican su rareza. Como en el hombre, pueden provenir de las vías urinarias superiores o formarse alrededor de un cuerpo extraño.

Si ocupan la uretra misma, son **cálculos canaliculares**; si ocupan un divertículo de la pared inferior, son **cálculos diverticulares**.

Los cálculos uretrales en la mujer pueden ser únicos o bien varios, cinco, diez y más aún. Cuando son únicos su forma es más o menos redondeada; cuando son múltiples son generalmente facetados. Si se forman alrededor de un cuerpo extraño toman una forma alargada, o de reloj de arena, si una parte es vesical.

En cuanto al tamaño, varían. **Cheron** cita uno de 3 cms. de largo, **Pastau** uno de 2 y medio cms. En nuestro caso, el cálculo mide 3 y medio cms. de largo por 2 de ancho. Como puede verse en la fotografía. Los cálculos uretrales están formados por fosfatos y carbonatos, ya aislados, ya asociados. Detrás del cálculo, por lo general, la uretra está dilatada.

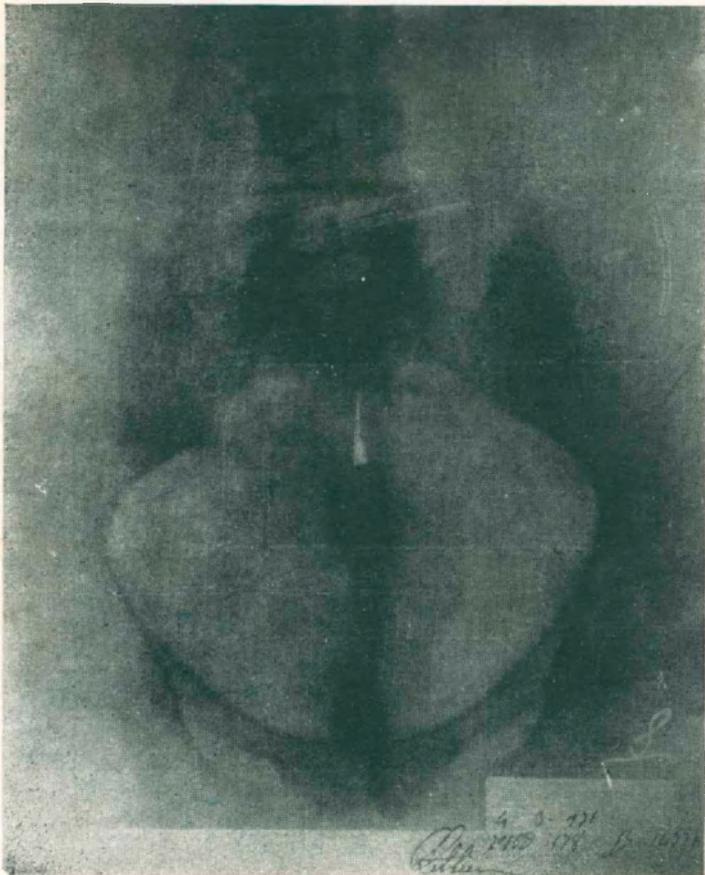


Figura 1.

Cuando el cálculo se enclava bruscamente en la uretra y se encuentra detenido por un meato un poco estrecho provoca una disuria momentánea que puede llegar a la retención. Cuando no sucede esto, sino que el cálculo se forma en la uretra, se instala sin determinar fenómenos disúricos bruscos, poco a poco aparecen fenómenos de uretro cistitis, deseos frecuentes de orinar, micciones dolorosas, orinas purulentas o mezcladas con sangre y secreción

uretral purulenta. La infección que se desarrolla alrededor del cálculo es algunas veces suficiente para perforar la pared uretro vaginal. **Verneuli** y **Dubourg** han relatado hechos de este género; a favor de la inflamación, el cálculo había pasado de la uretra a la vagina de la mujer. (**Dubourg**, "Calculs uretraux chez la femme". Journ de Med. de Bordeaux, 1893).

El diagnóstico de cálculo de la uretra no ofrece mayores dificultades, dado los métodos de exploración que poseemos hoy en

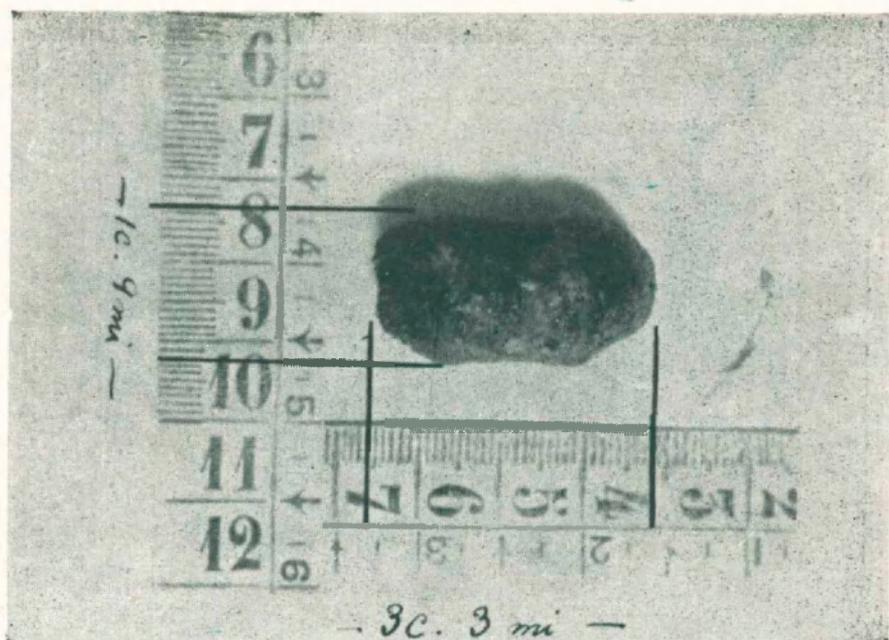


Figura N° 2

día. Lo que llama poderosamente la atención es que la enferma cuyo caso relatamos haya ambulado tantos años con su cálculo uretral, habiendo consultado la opinión de muchos colegas y también concurrido a diversas clínicas, tanto aquí como en Europa, donde le hicieron toda clase de diagnósticos y hasta hubo quien dijo que se trataba de un cáncer uretral. Habiendo concurrido al consultorio externo de la 3ª sección de cirugía fué diagnosticado por el Dr. **Pini** como un cálculo enclavado en la uretra, diagnóstico que fué confirmado por la exploración uretral y por el examen vaginal, no-

tándose sobre la pared superior de la vagina una tumoración dura, inmóvil y que provocaba deseos de orinar al presionar sobre ella.

Internada en el servicio se procedió a extraerle el cálculo, que no ofreció mayores dificultades. Colocado un pequeño Clamps de ramas curvas en la uretra, se consigue aprisionar el cálculo entre ellas; al querer presionar se escapa la toma, por lo que se vuelve a insistir; como ofreciera mucha resistencia, y en el temor de romper el cálculo al hacer fuerza, se coloca el índice de la mano izquierda en la vagina empujando el cálculo hacia el meato uretral al mismo tiempo que con el clamps, tomado con la derecha, se consigue movilizarlo y extraerlo entero sin lesionar en nada la uretra ni el meato, tanto que no hubo necesidad de colocar sonda en permanencia. Se le dieron unos sellos de urotropina, lavajes con solución antiséptica, y a los pocos días el alta, estando completamente curada la enferma, como ha seguido, según noticias recibidas.

Véase la historia clínica del caso:

1ª Sección de Cirugía. Matrícula Nº 178404.

Nombre de la enferma: P. A., italiana, casada. 59 años. Ingresó el 2 de Marzo de 1931.

Antecedentes hereditarios: Padre fallecido de un síncope cardíaco. Madre, fallecida a edad avanzada. 9 hijos; viven 4, sanos; 5 fallecidos: 1, de pulmonía; 2, de cirrosis hepática; una, a consecuencia de un parto; otra, de afección cardíaca.

Antecedentes individuales: ¿Sarampión? Sí, en la primera infancia. Flebitis después de un parto. Curó bien.

Antecedentes genitales: Menopausia desde los 53 años.

Embarazos: 13 embarazos: 1 de 8 meses, 1 de 7 meses, 1 de 4 meses, Hijos, 12: 1 nacido muerto (de 8 meses). De un parto gemelar nacieron 2 mellizos, que murieron a las 33 horas de nacer. 7 viven y son sanos

Abortos: 1 espontáneo.

Antecedentes digestivos: Apetito, normal.

Alimentación, mixta.

Digestiones, normales.

Deposiciones: desde hace 2-3 años, constipación crónica.

Enfermdad actual: Hace 17 años, la enferma empezó a tener mucha frecuencia en las emisiones de orina, por' aquiria tanto diurna como nocturna, sin sentir mayores molestias. Notó también que por temporadas solía tener dolores bastante intensos en ambas regiones lumbares.

Desde hace 4 años, comenzó a tener micciones dolorosas, dolor siempre al finalizar la emisión en la orina. A veces tenesmo vesical; sensación de ardor.

La enferma acusaba dolor en la región perineal cuando tenía que tomar asiento, por lo que a veces se ponía sólo semisentada, apoyándose ya en una nalga, ya en la otra. Ha visitado infinidad de médicos y todos la trataron como nefrítica y gotosa (retención de ácido úrico), sin ningún resultado.

Nunca notó anormalidades en la orina, salvo en una ocasión, en Italia (en Montecatini), que, según la enferma, eliminó un pequeño cálculo del tamaño de una lenteja grande.

Examinada en el consultorio de ginecología de este hospital, el jefe, Dr. Pini, diagnosticó cálculo enclavado en la uretra, por lo que se internó para la extracción.

Estado actual: Mujer obesa, obesidad bien distribuida; sistema muscular de discreto desarrollo; articulaciones libres; discretos ruidos articulares (rodillas). Piel blanca.

Facies tranquila, muy expresiva; psiquismo normal: atención viva.

Adenopatías: no se constatan.

Cabeza-cráneo: nada anormal.

Cara: simétrica.

Ojos: pupilas iguales, centrales, regulares, viva reacción a la luz.

Boca: saburra lingual; faltan algunas piezas dentarias.

Fauces libres.

Cuello: corto, cilíndrico, grueso.

Tórax: mala conformación torácica; obsérvase una discreta sifosis dorsal; amplitud respiratoria, normal; tipo respiratorio, corto, abdominal.

Percusión, palpación, nada de anormal. Auscultación: en ambas bases escúchase algunos roncus y sibilancias.

Corazón: tonos normales. Pulso: regular, igual tensión y amplitud buenas. Frecuencia: 80 en el minuto.

Abdomen, inspección: Vientre globuloso de múltipara; abundante panículo adiposo. La cicatriz umbilical deformada por la presencia de un abultamiento del tamaño de una pequeña mandarina, que aumenta de volumen al contraer la pared abdominal y al hacer esfuerzo la enferma.

Palpación superficial: paredes sin hiperestesia cutánea, indolora a presión superficial, depresibles, elásticas.

Palpación profunda: ninguna tumoración en la profundidad; a nivel del ombligo tumoración reductible, poco coercible; constátase pequeño orificio por donde el tumor se hace.

Percusión: timpanismo en toda la extensión del vientre.

Hígado: límites normales, no se palpa.

Riñones: no se palpan.

Bazo: no se palpa.

Miembros: en miembro inferior izquierdo (el mismo donde tuvo la flebitis) se notan pequeñas dilataciones varicosas, y en cara interna de pierna, placa de dermatitis ocre, sitio de una vieja úlcera varicosa.

DISCUSION

J. Salleras.

Pregunta si se hizo radiografía para un diagnóstico diferencial con un cálculo formado sobre un cuerpo extraño tan frecuente en las mujeres.
