

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

25 de septiembre de 1969

SEXTA SESION

Sr. Presidente (Dr. Claret). — Queda abierta la sesión.

—Se aprueba el acta de la sesión anterior.

ASUNTOS ENTRADOS:

—Solicitan ser miembros adherentes el Dr. Juan A. Pagano (Hospital Rawson); Dr. Raúl Herrera (Hospital Alvear); Dr. Raúl A. Jiménez (Hospital Alvear); Dr. Antonio E. Tobalina (Hospital Durand); el Dr. Isidoro M. Davidzon (del Hospital Padilla, de Tucumán); y el Dr. Carlos Braschi (Hospital Rawson). Son aceptados por estar en condiciones reglamentarias.

—Del 5 al 11 de octubre se realizará en el Hospital Escuela José de San Martín el Cuadragésimo Congreso Argentino de Cirugía, donde el Prof. Mathis representando a esta Sociedad presidirá el lunes 6 una mesa redonda sobre Cirugía de Reemplazo de la vejiga y del uréter.

—El 13 de octubre a las 21,30 en la VII Cátedra de Medicina a cargo del doctor Casanegra se realizará una reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Nefrología sobre el tema Anurias Obstructivas.

—Queda abierta la inscripción para presentarse a miembro titular durante 30 días. Los socios adherentes que están en condiciones reglamentarias deberán presentar una solicitud dirigida a la C.D. y su curriculum vitae.

—Se reitera que del 7 al 9 de noviembre se realizarán las V^{as} Jornadas Rioplatenses de Urología en el Hospital de Clínicas, de la ciudad de Montevideo.

Sr. Presidente (Dr. Claret). — Esta mañana a las 8 tuvo lugar la sesión quirúrgica en el servicio de Urología del Hospital Italiano, cuyo jefe el Dr. Bernardi realizó dos intervenciones.

Desgraciadamente, no pude presenciar la primera, porque a pesar de haber dispuesto mis cosas para llegar puntualmente y poder gozar de las

tácticas y técnicas quirúrgicas del doctor Bernardi, no pude hacerlo. Sé que practicó una nefrectomía bastante difícil de realizar, pero con su abordaje y su capacidad quirúrgica fue perfectamente resuelta esa reintervención, porque tengo entendido que se trataba de un enfermo que ya había sido intervenido por una litiasis.

Luego, con la técnica que le es personal, el doctor Bernardi realizó el tratamiento de un varicocele izquierdo.

Le pediría al doctor Bernardi nos explique en detalle la sesión quirúrgica de esta mañana.

Dr. Bernardi. — Hoy operamos dos enfermos. Uno de ellos, como lo ha dicho el doctor Claret, era un enfermo con litiasis renal izquierda recidivada intervenido dos veces.

Es un hombre de 48 años, que fue operado en 1958 de una litiasis y que fue intervenido nuevamente en 1962 por una recidiva. Las radiografías (la muestra) ponen en evidencia las adherencias producidas por la reintervención de su litiasis.

Felizmente, este hombre está en buen estado general y no le habían reseca la duodécima costilla. Nuestro planteo inicial fue el abordaje por la vía transpleurodiafragmática, como lo hicimos en distintas ocasiones.

Como tenía conservada la duodécima costilla le practicamos la incisión de Flaubert, reseándole totalmente, lo que nos permitió un amplio campo operatorio. Al principio, tuvimos algunas dificultades porque el riñón estaba adherido a los planos intersticiales.

Con la primera incisión nos fuimos muy lejos de ese órgano, que tenía una intensa perinefritis y pudimos extirparlo sin inconvenientes. Colocamos un drenaje iterativo para evitar que el apósito se ensucie, de manera que a las 24 ó 48 horas esté en buenas condiciones, con la herida seca.

A continuación, operamos un varicocele con la técnica que ustedes conocen. Era un paciente con un varicocele mediano. Seguimos la técnica personal. Encontramos un tronco mediano y unas pequeñas venas que pudimos reconocer muy bien con la inyección de índigo-carmín que practico sistemáticamente desde hace más de 15 años.

Posteriormente, pasamos unas diapositivas que, a juzgar por los comentarios de los presentes resultaron interesantes, sobre todo en el diagnóstico de algunas afecciones mediante la arteriografía selectiva que realiza desde hace tiempo en mi servicio con mucha precisión el doctor Rivarola.

Si el señor Presidente me permite, quisiera aprovechar esta reunión para hacer un pedido a la Presidencia de la Sociedad a propósito de un homenaje que se me ocurre que debemos rendirle al profesor Armando Trabucco.

El doctor Trabucco, distinguido amigo, de quien hago el elogio ferviente, no porque me ligue una amistad personal sino por sus merecimientos, es un hombre que ha dado mucho a la Urología. Ha sido uno de los primeros urólogos del país —con esto no quiero disminuir los méritos de los demás colegas mayores—, fue presidente en dos periodos de esta Sociedad, ha sido Profesor Titular de la materia y por sobre todas las cosas, fue un urólogo muy completo. Todos conocemos sus estudios sobre anatomía patológica del riñón, sus estudios de endocrinología.

Además, ha representado dignamente a nuestra Sociedad en muchas sesiones durante más de 40 años.

Ha sido para todos —y así debemos reconocerlo— el doctor Trabucco un hombre de grandes méritos, que nos ha representado dignamente no solamente en Jornadas Nacionales sino también en Congresos Internacionales.

Por razones animicas, el doctor Trabucco se ha sustraído al ambiente.

Yo, que desde hace 30 años concurre a esta Sociedad, he podido apreciar su labor.

En consecuencia, sugeriría a la Presidencia se realice una reunión en su homenaje, en el seno de esta Sociedad o en la Cátedra que lo contó como su titular. Lanzo esta idea y cuentan desde ya con mi decidida colaboración. Les pido perdonen esta disquisición, pero entiendo que el doctor Trabucco merece este homenaje.

Sr. Presidente (Dr. Claret). — Agradezco al doctor Bernardi, primero, la descripción de la sesión quirúrgica de esta mañana y en segundo lugar, la sugerencia que acaba de hacer sobre un homenaje al doctor Trabucco.

Todos estamos de acuerdo sobre lo que el doctor Trabucco ha dado a esta Sociedad y tal vez, con un poco de egoísmo, el doctor Borzone, que ha sido su discípulo quizá prefiera que ese homenaje se rinda en su cátedra. De todos modos, considero que a esta Sociedad, que ha presidido por dos veces el doctor Trabucco, le corresponde concretar ese homenaje y tomo la sugerencia lanzada aquí esta noche, la que será estudiada por la C. D. de esta Sociedad.

Dr. Bernardi. — Muchas gracias.

Sr. Presidente (Dr. Claret). — El doctor Petrolito, Jefe de Clínica de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Italiano y Adscripto de Medicina, Jefe de Recuperación Cardiovascular de la Clínica Modelo de Morón, nos dará un enfoque sobre shock bacteriémico, tema de bastante actualidad y en el cual tiene vasta experiencia.

SHOCK BACTERIEMICO

Dr. Petrolito. — En los últimos tiempos, ha aumentado notablemente la incidencia de septicemias a gérmenes gram negativos, acompañadas o no de shock.

Este incremento se debe, en primer lugar, a la terapéutica antibiótica instituida. En la mayoría de los pacientes tiene efectos positivos pero en otros son lesivos, puesto que estos antibióticos son capaces de alterar floras que ingresan al organismo y por consiguiente, al espacio sanguíneo, condicionando afecciones de suma gravedad.

Además, otras condiciones han provocado la incidencia de shock endotóxico y de infecciones a gérmenes gram negativos que en este momento ocupa un 7 por ciento de la nosología general. Ellas son: el uso de quimioterápicos, como los inmunosupresores altamente difundidos en el tratamiento de las neoplasias, la prolongación de la vida media, el hecho de que la cirugía haya evolucionado con técnicas que condicionan un mayor manipuleo de las regiones que están infectadas previamente, etc., etc.

Es importante considerar el shock endotóxico en relación con las afecciones urológicas. La puerta de entrada primaria constituye un alto porcentaje en lo referente a la sepsis a gérmenes gram negativos.

En la actualidad se lo considera copartícipe de la génesis de este tipo de infección aproximadamente en un 45 por ciento de las septicemias a gérmenes gram negativos. Este 45 por ciento corresponde a pacientes con infecciones urinarias previas, que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas o a pacientes a los cuales no se los intervino, pero que el foco urinario era evidente o a otros a quienes se les practicó maniobras de tipo instrumental sobre su tracto urinario.

Las sondas ubicadas en permanencia en la vejiga constituyen una fuente importante de infección y el diagnóstico de sepsis a gram negativo en este tipo de problemas generalmente se hace a las 48 horas de realizado el procedimien-

to instrumental, de retirado el catéter o de efectuar una gran intervención quirúrgica en la cual se observa una positividad en los hemocultivos, altamente frecuentes.

Los gérmenes hallados en los medios hospitalarios son distintos a aquellos que se observan en las infecciones urinarias domiciliarias adquiridas en el curso de una enfermedad común como pionefritis, crónica o aguda, etc.

El germen corrientemente hallado en los hospitales ha dejado de ser el colibacilo; el más común de todos es el piociánico. Este germen lo hemos podido cultivar en la sangre y en el tracto urinario cuando ésta era la puerta de entrada más importante de este tipo de infecciones.

En las infecciones de tipo domiciliario, por lo general, el germen hallado es el colibacilo. En nuestra casuística, el colibacilo ocupa un lugar bastante bajo.

Tenemos el piociánico, el proteus, el colibacilo o otra cepa de gérmenes no definida porque muchas veces, no se puede justificar por razones de tiempo, por escasez de material, etc.

Es fundamental realizar lo que denominamos el diagnóstico precoz. La septicemia a gérmenes gram negativos debe diagnosticarse precozmente, puesto que hecho el diagnóstico es posible realizar un tratamiento precoz que crea una baja incidencia de shock endotóxico, que es de elevada mortalidad.

El diagnóstico precoz de sepsis, generalmente, no se hace puesto que una pequeña taquicardia o una elevación térmica pasan desapercibidas al médico, y pueden condicionar una endotoxemia grave.

El diagnóstico precoz de la sepsis, ya sea postquirúrgica, por el procedimiento instrumental o en el curso de una infección urinaria, es de suma importancia y este problema debe ser tratado una vez descubierto.

Y entramos al tema del shock endotóxico en sí.

En la actualidad tiende a considerárselo como un shock de tipo normovolémico. La etiología más corriente del shock es la hipovolemia. El shock hemorrágico, el traumático, el shock por deshidratación, el shock del quemado, reconocen su origen en la reducción del volumen circulante.

En el shock endotóxico lo fundamental no es la hipovolemia, sino otro aspecto que ya veremos. En la actualidad, hay otros factores que haciendo la filosofía de esta situación dramática, piensan que no debe ser denominado shock a este estado clínico particular sino que debe hablarse de endotoxemia.

En estos procesos existe una gran cantidad de endotoxinas circulantes que condicionan ulteriormente una serie de efectos hemodinámicos que se traducen genéricamente como shock, que es un conjunto de afecciones cuyo común denominador es el estado de baja perfusión tisular. Las endotoxinas liberadas por los gram negativos condicionan una serie de efectos, algunos a nivel celular; otros, a nivel hemodinámico; otros, a nivel renal, del hígado, del espacio sangre, etc.

El estudio de cada una de estas situaciones nos da la característica de la afección.

En primer término, las endotoxinas circulantes generalmente son captadas por las células, las que comienzan a mostrar alteraciones que son sumamente importantes, puesto que la endotoxina se localiza en determinadas estructuras intracelulares, particularmente en las membranas de los lisosomas, donde se produce una disociación de esta membrana y las enzimas proteolíticas contenidas en el interior del lisosoma sale al espacio citoplasmático y comienza una proteólisis intracelular intensa, que termina por atacar rápidamente a la mitocondria.

La mitocondria es el substractum de la vida. Sin mitocondria es imposible que exista vida.

Primer elemento fundamental es la lisis de las mitocondrias. A posteriori-

ri, debido a esta ruptura celular sobreviene una serie de elementos que marcan los aspectos hemodinámicos del shock. Estos aspectos son variables y dependen del tipo de germen.

Si la septicemia es a germen gram negativo, tendremos una característica; si es a germen gram positivo, será distinta.

El primer mediador clínico que aparece, una vez establecida la endotoxemia, luego de esta lisis, es la liberación de una cantidad importante de sustancias del tipo de la noradrenalina con los efectos vasculares periféricos que se conocen, es decir, intensa vasoconstricción periférica, con aumento de la resistencia periférica.

También se libera adrenalina, que es vasodilatadora; es una sustancia llamada betaestimulante y tiene acción potenciadora de la función cardíaca, luego le da característica inotropa positiva a la adrenalina.

Debido a la ruptura celular, se producen una serie de péptidos con características vasoactivas. Estos péptidos son del tipo de la bradiquinina, la que produce una intensa vasodilatación periférica, dando el aspecto de un determinado tipo de shock endotóxico.

Además de estas hormonas, se produce también cantidades importantes de histamina, serotonina. La endotoxina tiene acción similar a la noradrenalina, produciendo vasoconstricción periférica. Aquí existen dos mediadores químicos que son capaces de producir una serie de efectos a nivel de la circulación pulmonar, aumentando la resistencia pulmonar, hecho que en este momento se lo considera de crucial importancia en el shock endotóxico.

Producida esta descarga de sustancia de tipo vasoactivo con acciones en determinados sectores, vasoconstricción, vasodilatación en otros casos, y la aparición de histamina con los efectos sobre la permeabilidad, la serotonina con la acción sobre los vasos pulmonares, el vasoespasmo que condiciona estas hormonas, aparece una clínica que es característica.

Esta clínica está condicionada con los aspectos hemodinámicos, los que se pueden subdividir en dos grandes categorías: aquellos en los cuales inicialmente se observa una vasodilatación periférica con caída de la resistencia periférica, ligera hipotensión, aumento del gasto cardíaco y flujo urinario ligeramente disminuido o normal o, a veces, inferior a lo normal, pero por encima de los valores de 10 mililitros hora, que se acepta como índice del volumen para establecer la existencia de una insuficiencia renal aguda concomitante.

Este tipo de situación se la observa con los gérmenes gram positivos, cuya frecuencia en las infecciones del tracto urinario es bastante baja.

Con los gérmenes gram negativos, ocurre otro tipo de cambios hemodinámicos.

En primer lugar, la resistencia periférica está alta, la tensión arterial normal o baja. También existe hipotensión. Hay una caída del gasto cardíaco y el volumen urinario está sumamente disminuido, vale decir, por debajo de los 10 mililitros-hora, volumen que es compatible con una insuficiencia renal aguda inicial.

En la infección a gram positivo, es corriente hallar estados ácido-base que demuestre una alcalosis respiratoria inicial. El paciente está rojo, puesto que tiene una vasodilatación, está caliente, puede tener una muy ligera transpiración. La presión venosa está elevada en este tipo de pacientes.

En las infecciones a gérmenes gram negativos, en lugar de existir estado de alcalosis respiratoria tendremos acidosis metabólica, que no debe ser rotulada como acidosis láctica sino que existen otros ácidos importantes, como cuerpos cetónicos, algunos aminoácidos, fosfatos y sulfatos como producto de la degradación protéica.

El paciente está frío, sudoroso, tiene una respiración capilar anómala y una presión venosa central habitualmente disminuida.

La diferencia entre una y otra es neta y clara. Mientras en uno existe una caída de la resistencia periférica, en el otro, el gasto cardíaco está aumentado en un caso y disminuido en el otro. La tensión arterial es variable en ambos casos. Suele encontrarse caída de la tensión.

Un hecho sumamente importante son los valores de presión venosa.

El consumo periférico de oxígeno está disminuido porque si hay una lisis mitocondrial, los fenómenos dependientes del metabolismo aeróbico no se llevan a cabo porque está bloqueado por las enzimas proteolíticas. El consumo periférico de oxígeno está sumamente disminuido.

Este dato permite hacer un diagnóstico diferencial con el shock hipovolémico en su fase más tardía. A veces, es difícil hacer el diagnóstico diferencial entre shock hipovolémico y shock endotóxico. A veces, hay una elevación de la temperatura cutánea y rectal. Generalmente, la diferencia arteriovenosa en el caso del shock hipovolémico está alargada. En cambio, la diferencia arteriovenosa en el shock endotóxico está acortada. Los que pueden medir estos datos pueden hacer diagnóstico diferencial en esta fase.

Las toxinas de los gérmenes gram negativos aumentan la resistencia pulmonar, la que está condicionada por mediadores químicos.

Este aumento de la resistencia pulmonar condiciona un shunt intrapulmonar, el que lleva a alteraciones de la respiración conduciendo posteriormente a una insuficiencia respiratoria.

También en el curso de las septicemias a gérmenes gram negativos se observa ictericia que aparece en el curso de la septicemia o del shock; generalmente, por déficit del transporte de la bilirrubina y por la infección severa que desemboca en el cuadro de shock.

Si se sospecha un cuadro urémico de esta naturaleza, puede llegarse a un diagnóstico más o menos preciso. La toxina del gram negativo determina insuficiencia renal. El riñón del paciente que tiene una sepsis a gérmenes gram negativos puede afectarse especialmente. Las endotoxinas liberadas no sólo son capaces de actuar a nivel sistémico en toda la economía sino sobre determinados órganos.

Está demostrado que un paciente con una endotoxina a gérmenes gram negativos puede tener una insuficiencia renal de tipo agudo. La inyección experimental de toxinas a gérmenes gram negativos disminuye el flujo sanguíneo renal a valores prácticamente ridículos y que no son compatibles con una función renal adecuada. Las toxinas de gérmenes gram negativos alteran el flujo sanguíneo renal y pueden dar insuficiencia renal como manifestación exclusiva de la endotoxemia.

Toda vez que las toxinas a gérmenes gram negativos aparecen en el espacio sangre, se altera la permeabilidad celular. Esto conduce a una fuga rápida del volumen circulante, hay una rápida salida del volumen circulante y el paciente se nos manifiesta con un estado de hipovolemia que es secundario al ingreso de endotoxinas al torrente sanguíneo. Este aumento de la permeabilidad ha sido demostrado experimentalmente y en la práctica se lo observa con frecuencia. Se debe a que los gérmenes gram negativos alteran la permeabilidad antes de que ocurra otra manifestación de tipo hemodinámico ocasionando una hemoconcentración, una caída del hematocrito y una hipoosmolaridad que es importante para el tratamiento de la endotoxemia.

El tratamiento del shock endotóxico puede ser condicionado por diversos aspectos, vale decir, que un paciente que tenga alteraciones hemodinámicas manifiestas debe ser tratado del punto de vista hemodinámico con determinado tipo de sustancias y, en otros, es conveniente el tratamiento bloqueante a nivel del lisosoma o de las estructuras intracelulares mediante determinadas hormonas, que van a impedir la acción de la toxina.

Otro tipo de tratamiento que se debe encarar es el de la expansión. Debe

ser hecha en cantidades suficientes para que el sujeto mantenga valores generalmente por debajo de 20 de presión venosa central. La presión venosa central no nos sirve para hacer el diagnóstico de shock endotóxico o hipovolémico; sirve para tener un índice de tratamiento mediante el cual se obtiene un relleno adecuado del espacio intravascular.

Debe estar entre 12 y 14 cms. de agua.

Los pacientes sometidos a una sobrecarga hídrica pueden desarrollar edema agudo de pulmón. La expansión se va a realizar con distinto tipo de sustancias. No le damos prevalencia a ninguna de ellas, aunque creemos que determinado tipo de drogas pueden tener su indicación en un momento determinado.

Si a nuestro paciente se lo rellena con líquido y es transferido al espacio intracelular, es necesario tratar de mantener dentro de su espacio intravascular ese líquido que, rápidamente, tiende a fugarse y en ese momento puede ser útil el empleo de sustancias que tengan macromoléculas.

Desde el punto de vista hemodinámico, pueden adoptarse medidas que tiendan a disminuir la resistencia periférica mediante el estímulo de los receptores betaadrenérgicos.

Cabe preguntarse: ¿conviene aumentar el gasto cardíaco en un shock que cursa con un estado hiperdinámico? Pareciera que sí.

A estos pacientes, aun teniendo gastos cardíacos elevados, se les debe hacer betaestimulantes, puesto que la circulación periférica necesita tener un gran volumen sistólico para mejorar desde el punto de vista hemodinámico.

Las sustancias betaestimulantes en el curso del shock endotóxico tienen acción sobre determinado sector vascular, produciendo vasodilatación del mismo a nivel arteriolar. No actúa sobre el esfínter venoso postcapilar.

Nosotros somos partidarios de este tipo de terapéutica y algunos autores prefieren utilizar sustancias alfaestimulantes, la noradrenalina clásica con sustancia alfabloqueantes. Es una combinación un tanto incongruente porque usamos una sustancia que estimula y otra que suprime este estímulo.

La combinación de ambas ha demostrado que permite mantener determinado nivel de resistencia periférica en el sector arteriolar precapilar. Con eso se asegura una correcta perfusión del capilar. A su vez, la sustancia alfabloqueante tiene acción sobre el esfínter postcapilar dilatándolo. Se produce vasodilatación del esfínter postcapilar y una vasodilatación del esfínter venoso postcapilar. Esto nos permite no solamente mejorar la circulación, sino volver a ingresar grandes cantidades de líquido con lo que el espacio intravascular va a estar relleno y el gasto cardíaco va a ser aceptable por las condiciones hemodinámicas que hemos creado.

Otras sustancias intervienen a nivel celular mediante la mejoría de la capilaridad de las barreras biológicas a través del bloqueo de la acción de la endotoxina a nivel intracelular.

Estas sustancias tienen una acción hemodinámica de tipo betaestimulante, vale decir, con sus dos acciones principales, la acción cardíaca y la vasodilatación periférica. Esta sustancia es la hidrocortisona, que se suministra en altas dosis, 6 gramos para 24 horas.

El drenaje de los focos es sumamente importante. Hay que hacerlo una vez corregido el problema hemodinámico. Se pueden drenar focos de cualquier tipo con situaciones hemodinámicas limitadas. Muchas veces, la anestesia hace lo que nosotros no hemos podido hacer con la farmacodinamia que hemos anunciado. La anestesia permite mejorar la perfusión de muchos órganos y tejidos.

La antibioticoterapia depende del tipo de germen causal. Aquí el problema está en discutir los distintos gérmenes que intervienen en la génesis del shock endotóxico.

Si consideramos que la septicemia es de gérmenes gram negativos, trataremos de hacer combinaciones de distinto tipo. Por ejemplo, en los países sajones y especialmente en los Estados Unidos, se utiliza la combinación de cloranfenicol más tetraciclinas. El cloranfenicol se lo usa en dosis de 8 a 12 gramos. Para esta dosis, hay que tener en cuenta las acciones hematológicas que tiene el cloranfenicol. Para evitar que estas acciones se lleven a cabo, es fundamental tener presente que en estos pacientes hay que bajar la dosis una vez superado el momento agudo y continuar luego, con una dosis de mantenimiento de cloranfenicol, de 2 a 4 gramos.

No usamos las tetraciclinas en nuestro medio. Su acción sobre los gérmenes que actúan en la génesis del shock endotóxico no se pone en evidencia y tiene una serie de efectos tóxicos.

Otro antibiótico importante para el tratamiento de las infecciones a gram negativos es la Cristalomicina. También puede usarse la Kanamicina o su derivado el Ceflorin. Recientemente, aparecieron la Gentamicina y el Pyopent.

Si el germen causal es un piocianico se utiliza una asociación de Gentamicina y Pyopent. Si se trata de un proteus, recurrimos a la Cristalomicina y a las asociaciones del Ceflorin.

Si no conocemos el tipo de germen, se usa el cloranfenicol, la Cristalomicina, el Ceflorin, la Kanamicina, el Pyopent. Habitualmente, con dosis importantes de estos antibióticos puede conseguirse una mejoría.

El shock endotóxico, a pesar de estos tratamientos, tiene una alta mortalidad en todas las series del mundo, que oscila entre 60 y 90 por ciento. (Aplausos.)

Sr. Presidente (Dr. Claret). — Si no desean formular alguna pregunta al Dr. Petrolito, luego de agradecerle su interesante exposición, continuaremos con las comunicaciones.

CUERPOS EXTRAÑOS URETROVESICALES

(Relato de un caso)

Dr. RAMON JOSE ARTIGAS *

El presente trabajo tiene como objeto el aporte de un caso más para la casuística sobre cuerpos extraños uretrovesicales, y dar a conocer un personaje singular por su capacidad para introducir objetos en todos los orificios por donde la orina puede alcanzar el exterior. Tallado en varias oportunidades por esta misma causa, se hará referencia del último episodio en concepto de humilde contribución.

J. R. C.: Masculino que no alcanza los treinta años de edad, que en forma brusca presenta un cuadro de retención completa de orina. Se le practica un infructuoso cateterismo vesical, condicionado por la existencia de un cuerpo extraño en uretra anterior. Interrogado en ese momento, el enfermo manifiesta que como consecuencia de diversos problemas que lo habían atormentado en los últimos meses, no encontró mejor desahogo que: 1º) tragarse un pequeño trozo de hojita de afeitar, que luego eliminó sin inconvenientes por vía intestinal; 2º) introducirse por el meato uretral un repuesto plástico de lapicera a bolilla, factor que condicionó su retención urinaria; 3º) introducirse, a pesar del dolor, un objeto metálico a través del recuerdo friboso cutáneo de su última talla.

Es necesario destacar los frondosos antecedentes de la misma índole tanto digestivos como urinarios, habiendo sido operado por ambas circunstancias en numerosas oportunidades.

En el primer reconocimiento practicado, al día siguiente del suceso ya había eliminado en forma espontánea el objeto uretral (fig. 1). En una radiografía directa de abdomen se pudo observar un objeto intrapélvico de densidad metálica y de forma arqueada (fig. 2). Conociendo de antemano la superficialidad de la vejiga se intentó, con una incisión mínima sobre la cicatriz de la talla, la extracción del cuerpo extraño con un dedo, pero fue imposible su localización, e incluso un beniqué no permitió ponerlo en evidencia. Se dudó entonces de su existencia, creyéndose que el enfermo hubiera aprovechado

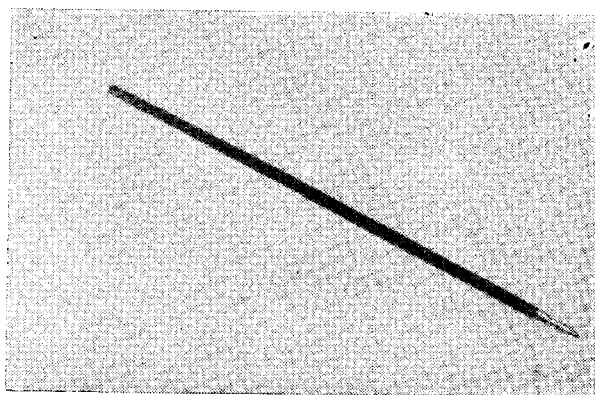


Figura 1: Cuerpo extraño uretral.

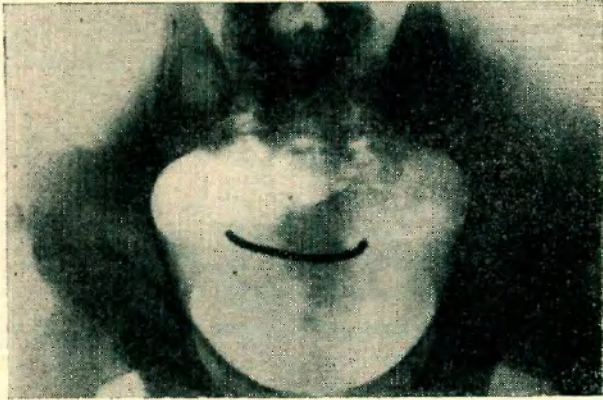


Figura 2: Primera radiografía directa de abdomen.

algún descuido para colocar sobre su abdomen cualquier objeto en el instante de disparo radiográfico.

Un nuevo estudio radiográfico demostró el error de nuestras apreciaciones al mostrarlo en situación más baja y con la convexidad hacia arriba (fig. 3). Nuevamente se hizo la misma maniobra, pero con una ampliación mayor de la cistostomía y aun así su hallazgo fue infructuoso, localizándose el cuerpo extraño en el bajo fondo vesical, cerca del trigono.

El objeto en cuestión era un trozo de alambre común, arqueado, de alrededor de 10 cms. de longitud y que coincidía perfectamente con las imágenes radiográficas (fig. 4).

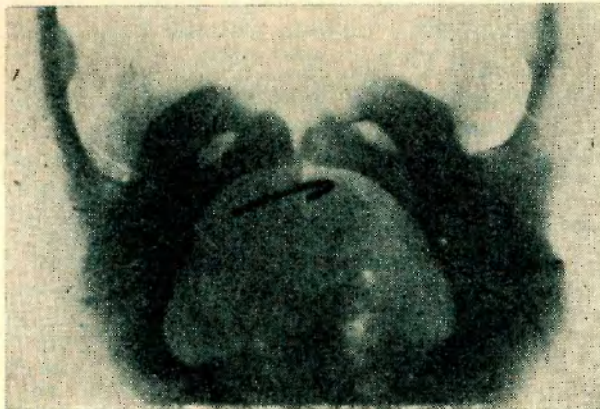


Figura 3: Segunda radiografía directa de abdomen.

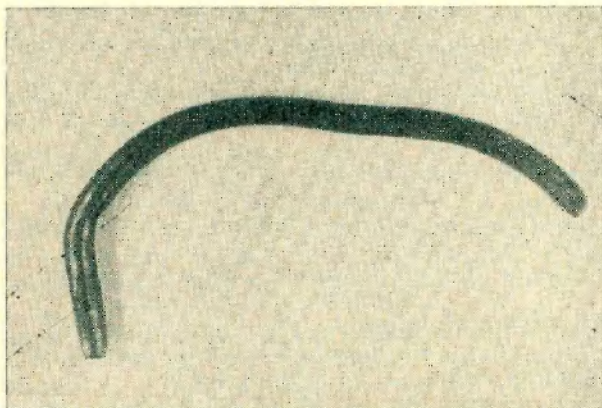


Figura 4: Cuerpo extraño vesical.

Hablar de cuerpos extraños uretrovesicales, es referirse a un capítulo no muy extenso, en el cual la enumeración de los objetos puede ser muy larga.

Mucho se ha escrito sobre el tema, haciéndose referencia aislada de cada caso, sin olvidar, por supuesto, los grandes tratados de urología donde se hace su estudio completo y objetivo. El análisis de la mayor parte de la bibliografía permite llegar a varias conclusiones, que pueden resumirse a las siguientes:

1) El cuerpo extraño es introducido, en la generalidad de los casos por las vías naturales, preferentemente en las mujeres, en forma accidental, y en los varones psicópatas en acto erótico aberrante.

2) Puede introducirse a través de la pared vesical, alrededor de las sondas hipogástricas o por perforación desde un órgano vecino.

3) El interrogatorio metódico, detenido, y especialmente el estudio endoscópico y radiológico permiten el diagnóstico certero.

4) La terapéutica debe adaptarse al cuerpo extraño, debiendo preferirse la vía endoscópica cuando ella es posible, no sólo porque es elegante, sino porque trae menos riesgos para el enfermo y porque se evitan las reiteradas cistostomías a que tendrían ser sometidos estos enfermos.

5) De la calidad del cuerpo extraño dependen las complicaciones que puedan producirse. La perforación es la más frecuentemente mencionada. El ejemplo más interesante se halla en el trabajo presentado por Otamendi y Raimondi, en 1958, en que una pinza de Kocher olvidada en una operación, inició el cuadro que llevó a su descubrimiento con síntomas vesicales. En 1939, Trabucco y Bonta hicieron referencia de las graves consecuencias producidas por la introducción de un lápiz de Nitrato de Plata en la uretra.

Como miscelánea interesante, vale la pena mencionar el caso presentado por el Dr. Alfredo Grimaldi, en 1953 y 1954, de un enfermo que voluntariamente se implantó cuatro perlas bajo la piel del pene como medio para acrecentar el orgasmo conyugal.

El caso presentado pone de manifiesto el hábito psicópata del enfermo, cuyo acto erótico, totalmente aberrante, lo llevó a la introducción del objeto mencionado a través de una cicatriz, con tan buena fortuna que cayó en la amplia luz vesical. El objeto, largo y rígido, y tal como lo mencionan todos los autores (Viollet, Marion, Cabot), se ubicó en el diámetro transversal.

Es justo mencionar aquí la magnífica marsupialización lograda por el distinguido urólogo que actuó en todas las ocasiones anteriores, y que permitió realizar la extracción del cuerpo extraño con una sencilla maniobra.

B I B L I O G R A F I A

- ¹ Berri, Héctor D., García, Enrique y Silvestre, Adolfo: Cuerpo extraño en vejiga por perversión sexual. Talla hipogástrica. Curación: RAU, VI (7-8): 332, 1937.
- ² Berri, Héctor, Bottini (h.), Evaristo, B.: Cuerpo extraño vesical. Litiasis secundaria RAU, XV (1-12): 241, 1946.
- ³ Budich, Marcos, Cifuentes, Alberto: Cuerpo extraño endovesical con perforación intraperitoneal: RAU, XXXVII (8-12): 112, 1968.
- ⁴ Cabot, Hugh: Corpos extranhos na bexiga: Tratado de Urología, II, 173, 1941.
- ⁵ Cartelli, Natalio, Albornoz, Ignacio: Cuerpo extraño vesical. Introducción por vías naturales: RAU, VIII (1-2): 41, 1939.
- ⁶ Cartelli, Natalio: Cuerpo extraño vesical raro y litiasis secundaria: RAU, VIII (11-12): 561, 1939.
- ⁷ Castaño, Enrique: Cuerpos extraños en vejiga en un hombre: RAU, VI (11-12): 487, 1937.
- ⁸ Comotto, Constante, Trabucco, Armando: Cuerpo extraño vesical: RAU, XXI (1-6) 37, 1952.
- ⁹ Eraso, A. R.: Comunicación personal.
- ¹⁰ Firstater, M., Gómez, J. M., Halabi, M.: RAU, XXVII (1-3): 160, 1958. Cuerpo extraño instrumental ureteropielico.
- ¹¹ Grimaldi, A. A.: Cuerpo extraño del pene. Exaltación del orgasmo conyugal mediante el injerto de 4 perlas: RAU, XXII, (9-12): 270, 1953.

- ¹² *Grimaldi, A. A.*: Cuerpo extraño del pene. Extracción de las perlas RAU, XXIII (7-8): 227, 1954.
- ¹³ *Lucano, Domingo*: Cuerpo extraño de uretra posterior: RAU, XXIV (4-6): 255, 1955.
- ¹⁴ *Manghenzani, C. L. García, J. M.*: Cuerpo en vejiga de niñas: RAU, XXIX (1-8): 72, 1960.
- ¹⁵ *Mallo, Norberto*: Litiasis vesical por cuerpo extraño: RAU, XXIX (9-12): 123, 1960.
- ¹⁶ *Marion, G.*: Corps étrangers de la vessie: I: 630 y Corps étrangers de l'uretère: II: 786; Traite d'Urologie, 1935.
- ¹⁷ *Mertz, John, Brown, James R.*: Iatrogenic vesical foreign body: J. of U. 99: 439, 1968.
- ¹⁸ *Moser, Gerardo*: Cuerpo extraño en vejiga: RAU, XXV (5-8): 183, 1956.
- ¹⁹ *Ortiz, Arturo B., Carreño, Oscar*: Cuerpo extraño uretrovesical: RAU, XII: 90, 1943.
- ²⁰ *Ortiz, Arturo B., Carreño, Oscar*: Cálculo secundario a cuerpo extraño de vejiga: RAU, XIV: 343, 1945.
- ²¹ *Otamendi, B., Raimondi, R.*: Cuerpo extraño peritoneal perforante en vejiga: RAU, XXVII (7-12): 300, 1958.
- ²² *Sandro, Raúl, Dante, Julio*: Cuerpo extraño en vejiga con prolongada tolerancia: RAU, XIV: 201, 1945.
- ²³ *Silberman, Carlos*: Traumatismo de uretra supramontanal. Cuerpo extraño de vejiga formando cálculos: RAU, XXV (1-4): 36, 1956.
- ²⁴ *Trabucco, Armando, Bonta, Alejandro*: Accidentes graves debido a la introducción de un lápiz de nitrato de plata en la uretra. RAU, VIII (3-4): 55, 1939.
- ²⁵ *Viollet, G.*: Corps étrangers de la vessie: Enc. Med. Chir., III: 18242 A/10, 1957.
- ²⁶ *Wear, John B.*: Cystoscopic with carbon dioxide irrigation: J. of U. 96: 828, 1966.
- ²⁷ *Weingarten, Charles, Laurain, Alan*: Foley catheter retained for 3 years: J. of U., 94: 628, 1965.

DISCUSION

Dr. Scorticati. — La casuística del Policlínico San Martín recuerdo en este momento que es de 3 casos. Uno de ellos era un trozo de madera introducido en la uretra que pudo empujarse con beniqué y sacarse por citostomía. Los otros dos casos tienen algún interés en el sentido de las características especiales que presentaban cada uno de ellos. El segundo era el de una enferma del Servicio de Ginecología que se había introducido un termómetro clínico por uretra. Las dificultades que teníamos consistían en tratar de sacarlo sin romperlo, por las vías naturales como aconseja el comunicante, y nos fue de mucha utilidad la pinza de cuerpos extraños que utilizan los endoscopistas de esófago y estómago, que introducida al lado del citoscopio es muy poco traumatizante y permitió sacar el termómetro en esas condiciones. El tercer caso es también interesante, pues se trataba de una señora añosa de 72 años que se había introducido una horquilla en vejiga y había llevado por vergüenza durante dos años este cuerpo extraño, con padecimientos importantes y lógicos, con un cuadro cistítico; únicamente la desesperación por la evolución de su dolor la llevó a la consulta cuando no soportaba más la situación. Fue tan importante la repercusión alta que había tenido este cuerpo extraño endovesical, que había desarrollado un cálculo alrededor de sí y con una importante infección y estasis en el árbol urinario superior. Esto se resolvió por una simple citostomía con una remisión bastante franca del cuadro infeccioso y general.

Me pareció importante aportar estos tres casos del Policlínico, a los presentados por el comunicante.

Dr. Bernardi. — Evidentemente, el cuerpo extraño más frecuente y que nos desprestigia a nosotros los médicos, es la gasa olvidada; a casi todos los urólogos nos ha ocurrido. Pero he tenido oportunidad, por ejemplo, en mi larga experiencia urológica de haber visto muchas sondas, principalmente, cuando se usaban las cateteres francesas que al envejecerse se quebraban fácilmente; hace años era común observar en el Hospital Fiorito enfermos con sondas en sus bolsillos que luego la usaban para vaciar sus vejigas; hemos encontrado también termómetros, lápices y horquillas. Y otro caso que recuerdo, y por cierto muy curioso, que ocurrió hace más de 20 años y fue al encontrar una mosca en la vejiga de una mujer. ¿Cómo ocurrió esto? muy sencillamente: en el Hospital Fiorito había un vaciadero de basuras muy cerca, de manera que en verano las paredes estaban cubiertas de moscas por lo que era muy fácil que alguna cayera en un frasco abierto (aceite, vaselina, etc.) y que al ser recogida por la sonda fuera llevada a la vejiga. Un buen día la enferma comenzó a padecer de una cistitis muy rebelde y al practicar la cistoscopia encontré la mosca muerta.

Dr. Monzoni. — El Dr. Torres Posse presentó hace unos años un trabajo para su admisión como titular, de un paciente del sexo femenino que se había introducido justamente un depósito de bolicrafo y que desgraciadamente adoptó la posición transversa en la vejiga. Cuando ya sus molestias de cistitis no le permitieron ocultar más esa situación, concurrió a la consulta y el Dr. Torres Posse tuvo la suerte de poder extraerlo mediante la pinza de ... tomándolo de la punta y sacándolo con pinza y demás.

Otro caso que siempre relataba el Dr. Rebaudi, era el de un chico que se introdujo balas de máuser en la uretra y al final una de ellas se le fue dentro de la vejiga.

Dr. Artigas. — Solamente me resta agradecer a todos los urólogos que han hecho uso de la palabra su aportación a mi humilde trabajo.

Sr. Presidente. — Se pasará a la siguiente Comunicación.