

DISCUSION

Dr. Delporte: Evidentemente, la pleura ha sido para el cirujano urólogo algo así como la "bette noire", hasta que ha ido perdiendo miedo e invadió así otras jurisdicciones que no eran el espacio retroperitoneal.

El cirujano urólogo fue durante mucho tiempo un auténtico cirujano extraperitoneal y no trataba de incursionar en otras regiones. Pero hoy en día interviene en el intestino para efectuar ileocistoplastias u operaciones tipo Bricker; e interviene a través de la vía transtorácica de tal manera que, en lo que respecta al tema desarrollado, la individualización del fondo de saco pleural, si eso llegara a producirse, lo importante es hacer lo que dijo el doctor Pagliere: darse cuenta de que la pleura está en el fondo.

Si inadvertidamente se ha abierto la pleura, el secreto es suturarla, pero como muchas veces esa sutura no es completa, es recomendable dejar el tubo de drenaje de la celda renal bajo agua.

Esa simple precaución evita que se instale un neumotórax que podría ser motivo de problemas en el postoperatorio inmediato.

Dr. Pagliere: Le agradezco su contribución al doctor Delporte y quiero destacar que, justamente, ha señalado un hecho que no es habitualmente tenido en cuenta y que ha sido considerado por Armand Ugon y citado por nosotros en esta comunicación.

La pleura queda hermética en cuanto se pueda cerrarla en forma hermética, pero al hacerse una lesión de ella en un acto quirúrgico de riñón, dejando drenaje de la loge renal "cerrado y aspirativo" a bajo agua, se logra que ese cierre sea adecuado.

Cuando se ha lesionado la pleura y su sutura es incorrecta, es muy interesante la precaución comentada.

LITIASIS VESICAL GIGANTE Y ADENOMA DE PROSTATA

Dres. J. GORODNER y H. A. LEVATI

Presentamos un caso de cálculo gigante de la vejiga que por su volumen quizás sea uno de los mayores o acaso el mayor que se haya presentado en nuestro medio con supervivencia prolongada y como objeto de interés para nuestros colegas.

Pasamos directamente a describir el caso:

Se trata de un paciente de 70 años de edad (Sr. L. S.) que es traído al consultorio privado de uno de nosotros (Dr. J. G.) el 10/7/70. Los familiares relatan que desde hace varios años padece de trastornos urinarios consistentes en polaquiuria diurna y nocturna, micciones imperiosas, disminución del calibre y de la fuerza de proyección del chorro miccional, llegando a la incontinencia; a veces episodios febriles.

Como antecedentes urinarios, gonorrea en su juventud que duró varios meses. Casado, tres hijos sanos. Bronquial crónico, ha sufrido hace tres meses un infarto de miocardio. Adelgazamiento profundo y aspecto físico poco favorable.

Estado en el momento de ser examinado: Disneico, con tos y expectoración frecuentes. T. A., Máx. 180 mm de Hg., Mn. 110 mm de Hg. El electrocardiograma muestra signos de bloqueo de rama derecha, con aterosclerosis, no contraindicando sin embargo la intervención quirúrgica. Abdomen con distensión gaseosa. Ambulación dificultosa. Psiquismo normal.

Exámenes de sangre dentro de límites normales: Orina: purulenta, estafilococos Gram positivos; abundantes cristales de oxalato de calcio y uratos amorfos.

Examen urológico: Riñones no se palpan ni duelen. Región vesical mate a la percusión. A la palpación se percibe una tumoración redondeada, dura y sensible. Tacto rectal: no se alcanza a percibir dureza alguna. Uretra: estenótica, actualmente franqueable a la bujía N° 17. Más allá de la uretra sensación de roce calculoso.

Al estudio radiográfico del aparato urinario presenta: Radiografía directa: una enorme mancha de contraste, blanca, que ocupa en el hipogastrio toda la región vesical, con un diámetro mayor de unos 12 centímetros. En las urografías excretoras a los 10, 20 y 30 minutos dilatación de los cálices y del uréter derechos. Del lado izquierdo no hay dilatación calicial, pero se observa la deformación en anzuelo, muy acentuada, del uréter inferior. La región vesical muestra la misma imagen que la directa, indicando con seguridad que se trata de un enorme cálculo de constitución química cálcica por la intensidad del contraste.

Previa advertencia a los familiares del gran riesgo quirúrgico por la naturaleza de la afección y el precario estado general del enfermo, se procede a preparar con antibióticos, fluidificantes de la secreción bronquial, vitaminas y digital, se calibra la uretra y se interviene el 25/7/1970.

Cirujano, Dr. J. Gorodner; Aytes., Dres. J. C. Bruno y A. R. Bontá. Anestesia peridural segmentaria de Dogliotti-Pagés continua con xilocaína. Anestesiista, Dr. M. Shraer.

Incisión vertical infraumbilical de 11 cm, ligeramente paramediana izquierda de Marion. Se llega a la vejiga y se despega el fondo de saco peritoneo vesical sin abrir la cavidad. Se incide la vejiga en un extensión de 8 a 9 cm y se percibe el enorme cálculo que ocupa prácticamente todo el "viscum". Con maniobras suaves se logra desprender el lito y extraerlo sin desgarrar la vejiga. Esta se halla muy inflamada, con superficie verrugosa y discreta hipertrofia de sus capas. Se examina el cuello vesical y la región prostática y se comprueba la existencia de un adenoma que se halla comprimido por el cálculo. Se procede a la extirpación del adenoma, practicando una hemostasia cuidadosa. Se coloca una sonda de Foley N° 22, balón 30-45 cm, por uretra y se procede al cierre de la vejiga dejando una sonda de Pezzer N° 28 en la misma. Drenaje tipo Penrose en el espacio de Retzius. Después del cierre de los diferentes planos superficiales, se practica la vasectomía bilateral. Se indican sueros salinos y dextrosados con vitaminas y a pesar del mínimo de pérdida sanguínea, se le transfunde 500 cc de sangre total.

El análisis del cálculo y de la próstata efectuado por el Dr. R. J. Rovere y otros estudios practicados por el Dr. H. A. Levati dan los siguientes resultados:

Gran cálculo más o menos oval de 9 x 7 x 6 cm con una cúpula látero-inferior, de superficie rugosa-espinosa, de consistencia firme, de color superficial amarillo ocre. Peso total: 533 g. Químicamente: cálculo formado por uratos de amonio, pequeña proporción de fosfatos tricálcicos, restos de hemoglobina y de sustancia orgánica. Adenoma: fibro-leio-mio-adenoma mixto de próstata con adenomitis crónica.

Postoperatorio: Se presenta muy tumultuoso por complicaciones cardio-bronco-pulmonares, fiebre y postración. A los ocho días los síntomas tratados

enérgicamente comienzan a ceder. Las orinas se aclaran y se produce una diuresis satisfactoria. Como la sonda uretral no funciona, se extrae dejando la hipogástrica y haciendo levantar al paciente. Se explora la uretra encontrándose un resalto en uretra posterior que se comienza a dilatar hasta colocar por la misma una sonda de Millin calibre 22 que funciona bien, por lo que se extrae la hipogástrica. A los 42 días del acto operatorio (6/9/1970) la vejiga se halla cerrada y el enfermo en condiciones de efectuar micciones espontáneas con buen calibre y proyección cada hora y media. Orinas muy turbias.

Entretanto el paciente ha mejorado mucho su estado general, ha aumentado 6 kg de peso. Se le indican antibióticos, vitaminas, lavados vesicales y cura diurética. El paciente es muy irregular en su atención, se va de vacaciones y abandona prácticamente todo tratamiento, volviendo tres meses después con polaquiuria y orinas muy turbias. Evacua sin residuo la vejiga. Se pide un nuevo examen urográfico, comprobándose una apreciable mejoría de su función y morfología reno-urétero-vesical, pero en el área vesical aparecen 4 manchas de contraste de aspecto calculoso, bien separadas entre sí y del tamaño de una avellana cada una. La cistoscopia corrobora la existencia de esos cuatro cálculos.

Ante este hallazgo, se prepara con antibióticos y lavajes vesicales y el 8/1/71 se practica con toda facilidad la litotricia (Dr. J. G.). Se le indica seguir con curas diuréticas y lavados vesicales. Sus orinas continúan turbias pero sin grumos. Su estado general óptimo; manifiesta la presencia de erecciones y necesidades sexuales que hacía varios años se hallaban ausentes.

El paciente vuelve a abandonar todo tratamiento y recién reaparece el 26/2/71, presentando un buen estado general, aumento de peso, normalización del pulso, mejoría del estado bronquial. Se piden análisis y nuevo control radiográfico. Micciones cada dos horas con buen chorro y discreta proyección. Orinas con escaso pus y con estafilococos y cocos Gram positivos. El nuevo estudio urográfico nos muestra: Riñón y uréter derechos que eran los más afectados, sin dilataciones y con una pelvis y cálices que contrastan notablemente con las preoperatorias. Del lado izquierdo, la deformación en anzuelo del uréter inferior desaparecida y el conducto con calibre normal. En la vejiga que tiene una morfología normal, se aprecia una nueva imagen calculosa móvil de unos $3\frac{1}{2}$ cm de largo por $1\frac{1}{2}$ cm de ancho. Ante este hallazgo se prepara nuevamente para litotricia, que se practica sin inconvenientes (Dr. J. G.).

Se indican vitaminas, antisépticos urinarios y vigilancia para evitar la reiteración de la litiasis vesical.

DISCUSION

Dr. Rochman: Nosotros en el Hospital Ramos Mejia encontramos un cálculo gigante en un enfermo portador de un adenoma de próstata. Su peso era de 860 gramos.

Sr. Levati: Le agradezco su acotación. Y me agradecería saber si ese paciente vive, porque es sabido que estos casos suelen tener un mal postoperatorio.

Dr. Rochman: Ese paciente fue dado de alta y no conocemos su tiempo de supervivencia.