

CUERPO EXTRAÑO EN URETRA

Dr. Villamil, Antonio A. - Dr. Iturralde, Ubaldo - Dr. Olivieri, Norberto

Comentario

Se presenta un caso de cuerpo extraño uretral (aguja de tipo "colchonero" de 13 cm de largo) que el propio paciente introdujo en su uretra, a modo de cánula para aliviar sus dificultades miccionales, por la presencia de un adenoma prostático.

Es notorio el rápido desplazamiento de la aguja, primero dentro de la uretra y luego de perforarla fuera de ella, pese haber sido introducida por el extremo romo de su ojal.

La radioscopia en diferentes ángulos y la uretrografía sirvieron para ubicar el cuerpo extraño y determinar sus relaciones con la uretra.

Si bien es recomendable la extracción de cuerpos extraños uretrovesicales por métodos endoscópicos, en este caso particular, por su ubicación, fueron descartados desde el primer momento.

La gran variedad de cuerpos extraños descritos en la literatura urológica, desde el riñón a la uretra, sus diversas formas de entrada y las especiales circunstancias que rodean cada caso en particular, sugieren distintas formas de diagnóstico y tratamiento.

La existencia de cuerpos extraños en el aparato urinario, responde a tres principales causas:

- iatrogénicas (durante intervenciones quirúrgicas urológicas o vecinas a órganos urinarios, o por maniobras endouretrales);
- accidentales (proyectiles, explosiones, etc.), y
- provocadas voluntariamente (introducción de objetos por el propio paciente).

Las vías de entrada son:

- uretra (la más frecuente);
- cistostomías;
- a través de la pared lumbar y abdominal, y
- por migración desde estructuras vecinas.

Caso

J. G., de 76 años, que desde hace varios meses practica el autosondaje vesical ante episodios de retención o gran disuria.

El día 16 de febrero del corriente, al no encontrar su sonda habitual, recurre a una aguja de tipo "colchonero" que introduce por su uretra por el extremo del ojal, colocándole unas fibras de algodón que lo atraviesan, perdiendo contacto con la misma por el meato. Recurre a varias maniobras para extraerla, pero no lo consigue.

Transcurre aproximadamente 7 horas en ese estado, hasta que es trasladado a un centro asistencial de esta capital desde su domicilio, distante a 80 km, en un transporte público.

Asistido por los autores, se observa un paciente en buen estado general, que deambula sin mayor dificultad, con micción espontánea de orina clara, con una muy discreta uretrorragia, que apenas mancha su ropa interior. La palpación de la uretra peniana y perineal es normal. Abdomen sin particularidades. Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla rectal libre, próstata de superficie lisa, elástica, renitente con sus límites y surco medio netos, con los caracteres de un adenoma grado II.

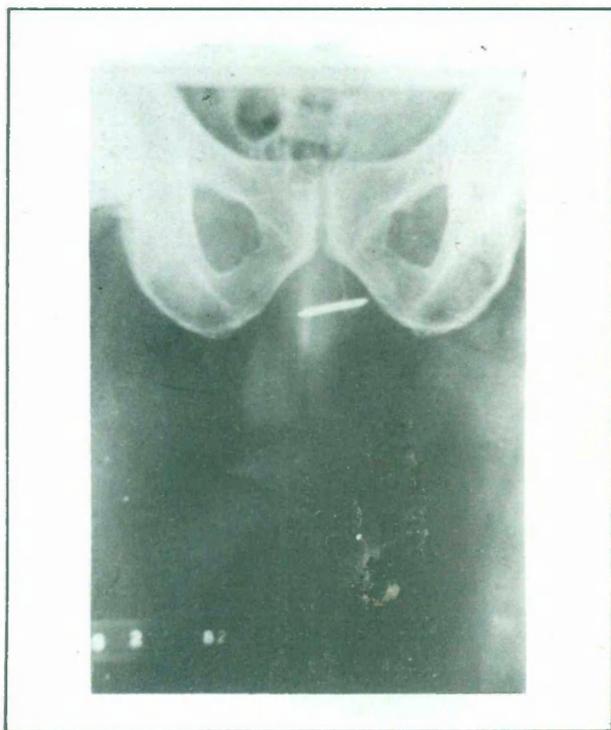


Figura 1

Por radioscopia se ubica la aguja metálica, oblicua al rafe medio perineal y por debajo de la zona prostática (figs. 1 y 2). Inyectando sustancia de contraste por uretra, se ven las relaciones con la misma, observándose una uretra libre hasta vejiga; refluye líquido contrastado a la altura de la uretra bulbar, tapando la visión de la aguja; en la placa oblicua se marca más claramente las relaciones de la aguja por fuera de la uretra bulbar, prácticamente en toda su extensión (figs. 3 y 4).

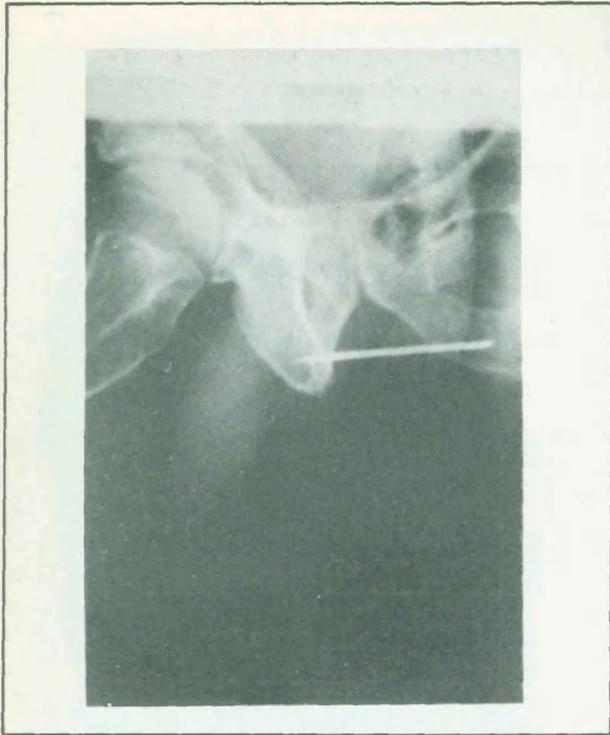


Figura 2

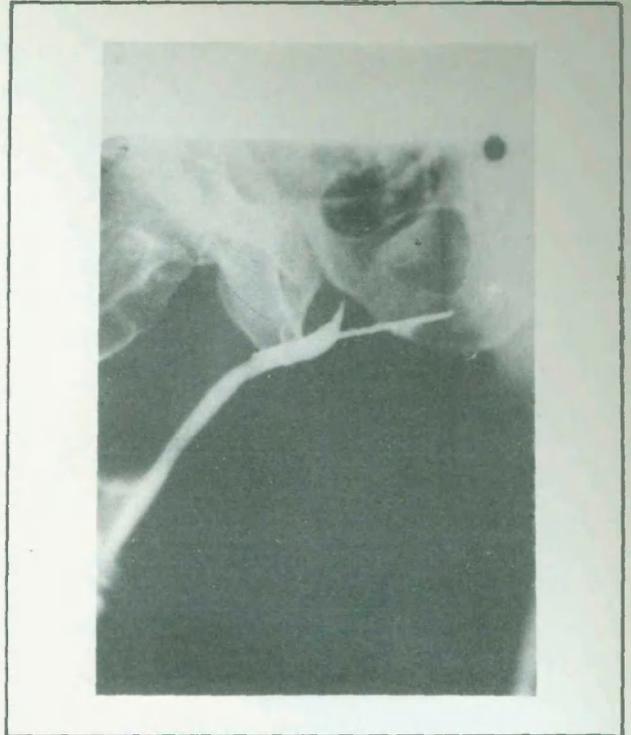


Figura 4

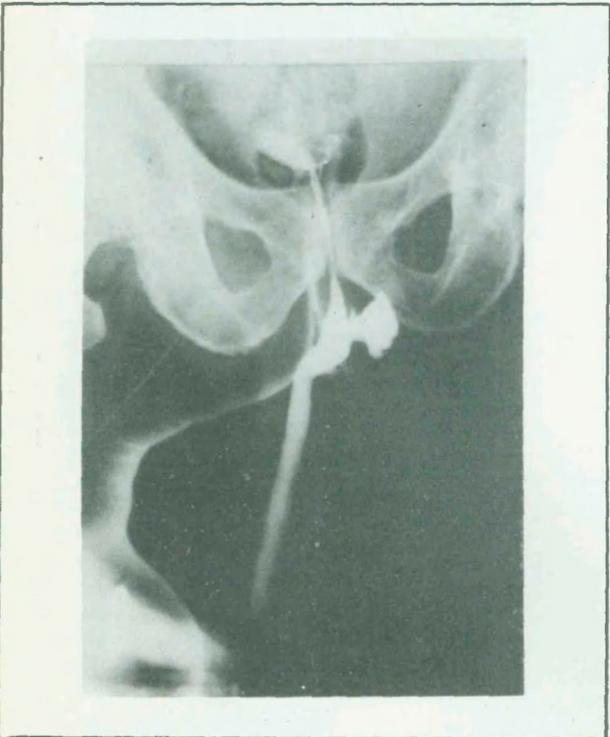


Figura 3

Se lo interviene con anestesia peridural, empleando en posición de litotomía una incisión sobre el rafe medio del periné, de 5 cm de largo. Abierta la aponeurosis perineal superficial se libera la uretra bulbar. Se localiza, por delante de la cara anterior uretral, el extremo puntiagudo de la aguja, y tomándola con una pinza se la extrae. Constatándose la integridad uretral, se coloca una sonda vesical por uretra, y se cierra la brecha quirúrgica por planos. La evolución fue satisfactoria y a los 30 días se le realizó una resección transuretral de su adenoma prostático.