

## CUERPO EXTRAÑO VESICAL

## FOREIGN BODY IN THE BLADDER

Dres. Galigniana, R.; Kobelinsky, M.; Costa, M.; Rosendi, C.

**RESUMEN:** *Se presenta un caso clínico de un cuerpo extraño en vejiga en un paciente joven, posterior a la ingesta accidental de una aguja de coser, que se extrajo por vía endoscópica. Se realiza revisión de la literatura. Se analizan los métodos diagnósticos y las distintas opciones terapéuticas.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 2, Pág. 83, 1996)

**Palabras clave:** Vejiga; Cuerpo extraño.

**SUMMARY:** *A case of foreign body in the bladder is presented in a young patient, after the accidental swallowing of a needle, which was removed endoscopically. The literature is reviewed. The diagnostic methods and the different therapeutic options are analyzed.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 2, Pág. 83, 1996)

**Key words:** Bladder; Foreign body.

### INTRODUCCIÓN

La presencia de cuerpos extraños en la vejiga es una situación llamativa y bien conocida en la literatura médica. Su extracción representa muchas veces una tarea de ingenio y habilidad para el urólogo.

Una extensa variedad de objetos han sido reportados en distintas publicaciones, tales como instrumental quirúrgico<sup>(1, 2, 3)</sup>, termómetros<sup>(4, 5, 6)</sup>, lapiceras marcador<sup>(6)</sup>, lamparitas y cables eléctricos<sup>(7, 8, 9)</sup>, alambres<sup>(9)</sup>, varillas plásticas utilizadas para auto-dilatación uretral<sup>(10)</sup>, pro-

yectiles<sup>(11)</sup>, tornillos<sup>(12)</sup>, hebillas<sup>(13, 14)</sup>, velas de cera, alfileres, mangos de navaja, algodón, cartuchos de lapicera, clavos, cuerdas<sup>(14)</sup>, dispositivos intrauterinos<sup>(14, 15)</sup>, fragmentos de ropa<sup>(16)</sup>, etc., excluyendo de esta larga lista cálculos y restos de catéteres, que son mucho más frecuentes.

En este trabajo se informa sobre un nuevo caso de cuerpo extraño vesical, en un paciente joven, incluyendo los procedimientos diagnósticos y la terapéutica utilizados.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, derivado del interior de la provincia de Buenos Aires por presentar un cuerpo extraño endovesical. Refirió haber ingerido una

aguja de coser, en forma accidental, 60 días antes de la consulta a nuestro Servicio, la cual no provocó trastornos gastrointestinales. Fue estudiado con radiografías simples, en donde se constató la presencia de dicho objeto en la región pelviana a las 24 horas de su ingestión, primero con dirección vertical y posteriormente horizontal (Foto 1). Ante la sospecha de su localización en recto, se efectuó una rectoscopia bajo anestesia general, no encontrándose el cuerpo extraño. A continuación se solicitó una tomografía axial computada de abdomen y pelvis, con y sin contraste endovenoso, comprobándose



Foto 1

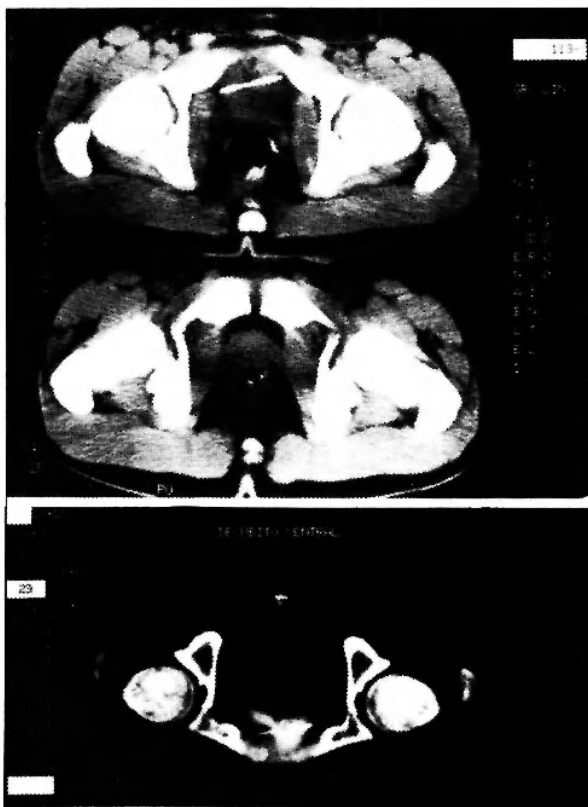


Foto 2

la presencia de la aguja que hacía cuerpo en la pared anterior de la vejiga, sin verificar fístula vesical (Foto 2). El examen se completó con una ecografía que mostraba la aguja con un trayecto intravesical, atravesando la pared en su región anterior. Con estos estudios fue derivado a nuestra Institución.

En el momento de la internación, el paciente se encontraba en buen estado general, sin sintomatología urinaria y con estado psíquico aparentemente normal. Examen físico sin particularidades y análisis prequirúrgicos dentro de la normalidad, sin microhematuria y con urocultivo negativo.

Bajo anestesia general se realizó uretrocistoscopia con cistoscopio infantil (camisa 14 F y óptica de 25°), identificando la aguja parcialmente insertada en la pared anterior vesical y sin lesiones agregadas. Con pinza para cuerpos extraños se desinsertó y, siguiendo el eje longitudinal de la uretra, se extrajo bajo visión endoscópica, comprobando que tenía una longitud de 4 cm (Foto 3). Se dejó sonda Foley N° 12 y profilaxis antibiótica por 24 horas, con buen curso postoperatorio.

La evolución a 8 meses de la intervención es satisfactoria.

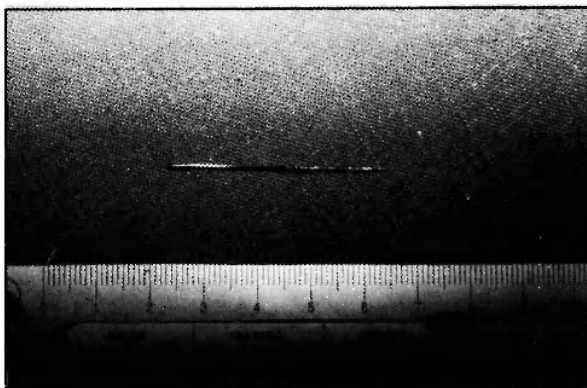


Foto 3

## DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños localizados en el tracto urinario bajo proporcionan algunos de los casos médicos más interesantes, y, en su mayoría, suelen publicarse por su carácter anecdótico.

Distintos son los motivos por los cuales aquéllos pueden alojarse en la vejiga. En los adultos la mayor parte son autoinsertados desde la uretra, sea con fines eróticos, en relación con desórdenes psiquiátricos, senilidad, accidentes (vinculados a autodilatación uretral o, por ejemplo, termómetros introducidos en uretras femeninas), o bajo la influencia de drogas (particularmente alcohol)<sup>(2, 6, 9, 12, 13, 14, 16)</sup>. En los niños, en cambio, suele ser por curiosidad<sup>(12, 14)</sup>.

Basados en el método de depósito en la vejiga, *Eckford y col.* elaboraron la siguiente clasificación<sup>(14)</sup>:

- A) *Autoinserción* – Gratificación sexual
  - Pediátrica
  - Psiquiátrica / Senilidad
  - Intoxicación con drogas
- B) *Iatrogénico* – Drenaje vesical
  - Cirugía vesical
  - Cirugía de órganos vecinos
- C) *Migración* – Útero
  - Recto
  - Vagina
  - Trauma penetrante

En nuestro caso, la llegada de la aguja a la vejiga se puede haber producido por perforación del tracto gastrointestinal o por migración desde el recto. Este último hecho, más común en la bibliografía<sup>(5, 16, 17)</sup>, creemos que es menos probable en nuestro paciente.

En el niño, los cuerpos extraños con más posibilidades de causar perforación del aparato digestivo son justamente las agujas u otros objetos aguzados metálicos, mientras que en el adulto son los escarbadienes y los huesos o espinas. Los sitios de posible alojamiento de cuerpos extraños en el tubo digestivo están en relación con puntos normales de reducción relativa de la luz: músculo cricofaríngeo, esófago a nivel de la bifurcación traqueal y del área de compresión aórtica, unión gastroesofágica, píloro, 2ª ó 3ª porción del duodeno y región ileocecal<sup>(18)</sup>.

Una vez dentro de la vejiga, todo cuerpo extraño tiende a formar litiasis de calcio y fosfato amónico magnésico, en relación al pH, concentración urinaria y grado de infección<sup>(9)</sup>. Más aún, la irritación crónica constituye un factor predisponente para el desarrollo de carcinoma epidermoide de vejiga<sup>(11)</sup>.

Las manifestaciones clínicas generalmente son agudas y severas, e incluyen dolor suprapúbico y/o perineal, hematuria con refuerzo terminal, uretrorragia, síntomas irritativos, retención urinaria que cede con cambios del decúbito, e infección urinaria<sup>(12, 19)</sup>. En los casos asintomáticos la consulta suele retardarse por pudor. Podemos sospechar esta patología por el rechazo al interrogatorio sobre hábitos sexuales o al examen genital y rectal; también, si existen antecedentes de procedimientos o cirugía a nivel vesical o de órganos vecinos<sup>(12, 14)</sup>.

El diagnóstico comienza con una buena anamnesis. La presencia de cuerpos extraños debería ser siempre considerada cuando existe infección urinaria crónica. El examen físico incluirá palpación de la uretra y perineo<sup>(12, 19)</sup>. Los estudios complementarios que se utilizan son radiografías simples para material radiopaco y, ocasionalmente, urograma excretor o cistografía si se trata de objetos radiolúcidos, completándose con ecografía y endoscopia<sup>(12, 14, 19)</sup>.

El diagnóstico diferencial es sencillo si se reconoce el cuerpo extraño, pero no lo es tanto cuando se calcifica y constituye un cálculo<sup>(9)</sup>.

Dentro de las complicaciones, además de litiasis y tumores, que ya fueron comentados, se describe infección urinaria, cistitis crónica, uretritis, abscesos periuretrales, retención urinaria, priapismo, perforación vesical y fistulización a órganos adyacentes<sup>(12, 14, 19)</sup>.

Las opciones terapéuticas están dirigidas a la remoción completa del cuerpo extraño y deben comenzar, si es posible, por procedimientos mínimamente traumáticos<sup>(14)</sup>. Aquéllas comprenden:

1. **Tratamiento conservador:** Está descrita la evacuación espontánea de balas y la disolución de cera de vela con xilol retenido con un clamp peneano durante una hora, aunque esto último no debería ser recomendado por las propiedades carcinogénicas de esta sustancia química<sup>(12, 14)</sup>.

2. **Extracción endoscópica:** Debe intentarse en primer término cuando los objetos son pequeños, sobre todo en mujeres, debido a sus condiciones anatómicas. Sin embargo, si la maniobra no es exitosa debe interrumpirse y no insistir, a fin de no incrementar los riesgos de lesiones iatrogénicas<sup>(19)</sup>. Las técnicas incluyen desde cistoscopios rígidos y pinzas para cuerpos extraños, como se hizo en nuestro caso, hasta el uso de nefroscopios o extracción magnética<sup>(12, 13, 14)</sup>. A los objetos ubicados parcialmente en la uretra conviene empujarlos hacia la vejiga con cistoscopio o sonda para su examen endoscópico y posterior remoción<sup>(12, 13, 14)</sup>.

3. **Cirugía a cielo abierto:** Está indicada cuando fracasan los tratamientos anteriores o si el objeto es grande o delicado. Se puede realizar uretrotomía perineal o, más comúnmente, cistotomía suprapúbica<sup>(12, 14, 19)</sup>.

Finalmente, es útil destacar que el examen psiquiátrico es conveniente en este tipo de pacientes con el fin de detectar enfermedades mentales y evitar recidivas, aunque muchos de ellos resulten psicológicamente normales.

---

## CONCLUSIONES

---

- Se ha reportado una gran variedad de cuerpos extraños en vejiga, de los cuales los cálculos y los restos de catéteres son los más frecuentes.
- La autoinserción por vía uretral es la forma de acceso más común.
- El diagnóstico se basa fundamentalmente en la anamnesis, las radiografías simples y la endoscopia.
- Los casos de infección urinaria crónica refractaria al tratamiento médico deben hacer sospechar esta patología.
- La técnica óptima de extracción está en relación con la condición del paciente, la injuria asociada del tracto urinario y el número, tamaño y forma de los cuerpos extraños.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Otamendi, B. y Raimondi, R.: Cuerpo extraño peritoneal perforante en vejiga. *Rev. Arg. Urol.*, Nº 7-12:300, 1958.
2. Nigro, E. y Ruiz, J. B.: Cuerpo extraño vesical iatrogénico. *Rev. Arg. Urol. Nefrol.*, 40:313, 1971.
3. Sharma, V. P.; Nobeebux, Y.; Patni, J. y Vashist, P.: Unusual foreign body in the bladder. *Br. J. Urol.*, 59 (1):92, 1987.
4. Budich, M. y Cifuentes, A.: Cuerpo extraño endovesical con perforación intraperitoneal. *Rev. Arg. Urol. Nefrol.*, Nº 8-12:112, 1968.
5. Kural, A.; Comez, E.; Erozcenci, A.; Oner, A. y Akaydin, A.: Intravesical migration of a rectal foreign body. *Br. J. Urol.*, 60 (1):79, 1987.
6. Monsalve, J.; Duro, J. y Quintana, R.: Cuerpos extraños en vejiga. *Rev. Arg. Urol.*, 57 (2):76, 1992.
7. Wenderoth, U. y Jonas, U.: Curiosity in Urology Masturbation Injuries. *Eur. Urol.*, 6:312, 1980.
8. Schiappapietra, J.; Giúdice, C.; Franco, F. y Chocrón, J.: Raro cuerpo extraño vesical en un hombre. *Rev. Arg. Urol. Nefrol.*, 40:176, 1971.
9. Osca, J.; Broseta, E.; Server, G.; Ruiz, J.; Gallego, J. y Jiménez Cruz, J.: Unusual foreign bodies in the urethra and bladder. *Br. J. Urol.*, 68:510, 1991.
10. Roemer, K. y Das, S.: Transurethral endoscopic removal of cylindrical intravesical body. *Urology*, 23 (6):592, 1984.
11. Wyman, A. y Kinder, R.: Squamous cell carcinoma of the bladder associated with intrapelvic foreign bodies. *Br. J. Urol.*, 61 (5):460, 1988.
12. Schnall, R.; Baer, H. y Seidmon, E.: Endoscopy for removal of unusual foreign bodies in urethra and bladder. *Urology*, 34 (1):33, 1989.
13. Wise, K. y King, L.: Magnetic extraction of intravesical foreign body. *Urology*, 33 (1):62, 1989.
14. Eckford, S.; Persad, R.; Brewster, S. y Gingell, J.: Intravesical foreign bodies: five year review. *Br. J. Urol.*, 69:41, 1992.
15. Cheliz, G.; García Penela, E.; Hernández, C.; Puche, J.; Romano, V. y Fredotovich, N.: Migración intravesical de un dispositivo intrauterino. *Rev. Arg. Urol.*, 58 (1):29, 1993.
16. Kanno, N.; Iwasa, A.; Senoh, H. y Takemoto, M.: An unusual foreign body in the urinary bladder. *Br. J. Urol.*, 73:587, 1994.
17. Morales, L.; Rovira, J.; Mongard, M.; Sancho, M. y Bach, A.: Intraspinal migration of a rectal foreign body. *J. Pediatr. Surg.*, 18:634, 1983.
18. Schwartz, S. y Ellis, H.: Operaciones abdominales de Maingot, Ed. Med. Panamericana, 8ª ed., pág. 653-655, 1989.

19. Llarena Iburguren, R.; Bidosola Aguirre, A.; Peña Arza, M.; Olaizola Fuertes, G. y Bernuy Malfaz, C.: Cuerpo extraño vesical. *Arch. Esp. Urol.*, 39 (3):219, 1986.

---

## COMENTARIO EDITORIAL

---

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

La existencia de cuerpos extraños en el aparato urinario responde a 3 causas principales: a) *iatrogénicas*, durante intervenciones quirúrgicas urológicas o vecinas a órganos urinarios o por maniobras endouretrales; b) *accidentales*, proyectiles, explosiones, etc. y c) *provocada voluntariamente*, introducción del objeto por el propio paciente.

Las vías de entrada son: 1) *uretra* (la más frecuente), 2) *cistostomía*, 3) a través de la pared lumbar o abdominal y 4) por migración de órganos o estructuras vecinas.

La variación en cuanto al tipo de objetos encontrados, depende fundamentalmente de las causas que los motivan: elementos quirúrgicos como oblitos, tuercas de separadores autofijables, agujas, restos de sondas y catéteres, fragmentos de huesos, esquirlas, proyectiles, dispositivos intrauterinos, etc.

Si nos referimos especialmente al tipo de objetos introducidos voluntariamente, el listado linda con lo insólito (agujas, termómetros, alambres, ramas de plantas, tanques de bolígrafos, horquillas, etc).

El diagnóstico se realiza por el interrogatorio, placas radiográficas, ecografías y/o endoscopias.

El tratamiento no es siempre simple. Si bien la extracción endoscópica es más fácil y menos traumática, a veces es necesario realizar intervenciones quirúrgicas de complejidad variable, en especial cistotomías para extraer cuerpos que, por su naturaleza o tamaño, o por estar calcificados o en casos de migración a través de la pared vesical, pueden plantear la resolución de lesiones o fístulas.

---

**Dr. Antonio A. Villamil**

Jefe de Urología del Policlínico Ferroviario Central  
Avda. Santa Fe 2036  
(1123) Buenos Aires - Argentina - Tel. 823-0845

En el adenoma prostático...

# EUTIZ

FINASTERIDE

*Acelera el alivio  
y abre el camino  
hacia un  
efectivo control*



**1**  
"Una sola  
toma diaria"

**PRESENTACION**

Envases conteniendo 15 y 30 comprimidos recubiertos.

**Volpino**

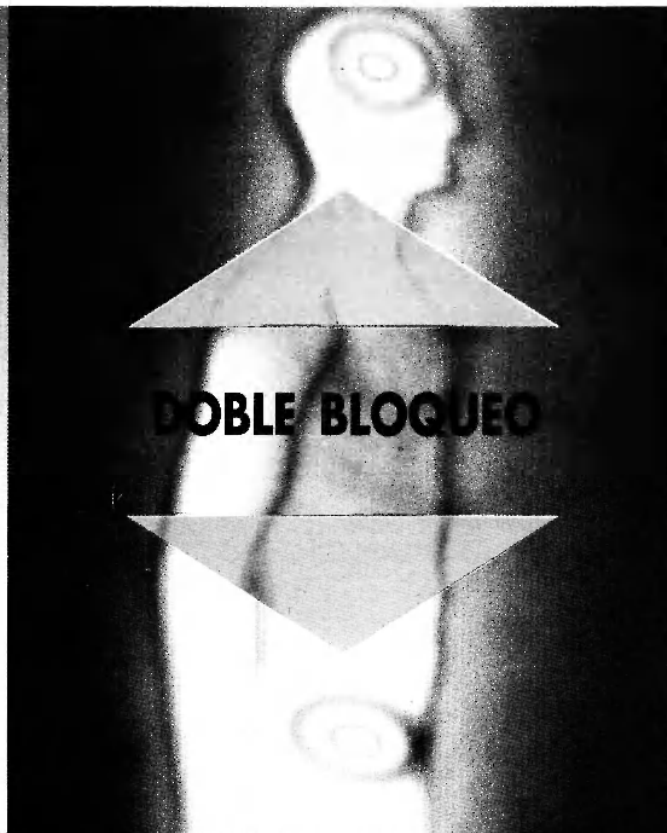
Posadas 1564 - 1º Piso - Buenos Aires - Tel.: 804-4300

# RUBIDOX®

Acetato de Ciproterona

## BLOQUEO ANDROGENICO COMPLETO EN CARCINOMA DE PROSTATA

Bloqueo de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario.  
inhibiendo la producción de testosterona.



Bloqueo de la captación de testosterona por los receptores  
androgénicos en el tumor y en sus metástasis.

**R**  
RONTAG