

Servicio de Urología del Hosp. Alvear
Profesor Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores
CONSTANTE COMOTTO
y JOSE B. GOMEZ

SOBRE UN CASO DE LITIASIS URETRAL

LA uretra no es un lugar donde asientan con frecuencia los cálculos del aparato urinario. Anatómicamente, conducto cilíndrico de naturaleza elástica, de calibre relativamente uniforme y sometido al pasaje bastante poderoso del chorro miccional, que barre al exterior con cualquier obstáculo accidental, cuyo tamaño no sea excesivo, puede sin embargo albergar cálculos en virtud de factores que dependen de estos mismos o del órgano en cuestión. Entre las causas uretrales, todas las capaces de disminuir su calibre normal: las estrecheces inflamatorias o de cualquier causa, no sólo son capaces de detener un cálculo venido de las vías superiores, que son los más frecuentes, sino que en virtud de la dilatación retroestrictural siempre presente, y de la infección crónica de la región misma, provocar la formación in situ de un cálculo que será autóctono, y siempre de naturaleza fosfática. En cuanto a los factores que dependen del cálculo mismo, únicamente se puede invocar la forma, ya que no el diámetro, pues el hecho de atravesar el cuello vesical, cuyo calibre junto al del meato uretral es el más pequeño de todo el conducto, forzosamente lo hace viable a través de todo este, es en virtud de aristas o puntas que puede un cálculo que llega a una uretra normal, enclavarse en ésta y permanecer en ella.

Los cálculos detenidos en la uretra provocan de parte de ésta un reacción inflamatoria o la acentúan si es que ya existía, dando lugar a síntomas agregados a los propios del cuerpo enclavado, que crece por aposición de sales fosfato-cálcicas que precipitan sobre él.

Sintomatología. — La sintomatología no es típica. Unas veces el debut se hace por brusca detención del chorro miccional y retención completa de orina subsiguiente; otras veces el enclavamiento del cálculo no es acusado en forma notable y sólo se observa disuria total, dando el síndrome de una estrechez uretral; también en ocasiones los síntomas son del tipo uretritis con derrame de pus y hasta con polaquiuria de tipo prostático o vesical.

El diagnóstico es fácil, cuando existe el antecedente mediato de un cólico renal, que precede a una retención brusca del chorro, o de una litotricia poco tiempo antes, efectuada en un enfermo que presenta el síndrome descrito. Pero en los cálculos uretrales con sintomatología poco ruidosa y que pueden ser tolerados bastante bien y por largo tiempo, sobre todo en los de tipo autóctono, es la exploración uretral la que revela la presencia del cuerpo enclavado y que la radiografía se encarga de precisar. El tratamiento varía según las circunstancias clínicas del caso, si se trata de un cálculo recientemente enclavado en uretra posterior, región donde se detienen más de la mitad de las veces, se debe intentar rechazarlo hacia la vejiga empujándolo con una sonda, donde será desmenuzado por litotricia. Si esta maniobra no fuera posible, se puede intentar la extracción con pinzas del cuerpo extraño a través de un uretroscopio de Luys y si tampoco se pudiera, no habría más solución que efectuar una uretrotomía posterior a través del periné, siendo a veces necesario tallar al enfermo, sobre todo si se trata de un infectado.

Si el cálculo fuera de uretra anterior, hay que procurar su extracción por propulsión manual, llevándolo hacia el meato uretral donde será tomado con una pinza adecuada; con la ayuda de uretroscopio y la pinza de cuerpo extraño, se obtiene muchas veces éxito, y si se fracasara, habría que recurrir a la uretrotomía externa, recurso necesario también en caso de existir fenómenos inflamatorios, ante los cuales están contraindicadas las maniobras de extracción por las vías naturales. En caso de existir estrecheces uretrales se intenta dilatarlas hasta conseguir de la uretra un calibre suficiente y si es necesario, recurrir a la uretrotomía interna o a la externa, si fuera imposible practicar la primera. Esta breve reseña del tema que nos ocupa hemos querido que precediera a la presentación de un caso de calculosis uretral, que pasamos a describir y que creemos interesante en muchos de sus aspectos:

Juan B. Ciudadanizado argentino, de 39 años de edad, casado.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia hace 8 años tratada y curada, chancro específico al mismo tiempo que trató con varias series de inyecciones.

Enfermedad actual. — Desde hace unos 8 meses, intensos dolores gástricos post-prandiales con regurjitaciones ácidas que sólo calman con el vómito; en los últimos meses llega a bajar 10 kilogramos de peso sin encontrar alivio, a pesar de la múltiple terapéutica gástrica puesta en juego; como un enfermo del aparato



Radiografía simple.

digestivo, es internado en un servicio de clínica médica, donde es minuciosamente estudiado bajo ese punto de vista y sin que se pudiera precisar lesión orgánica alguna; una radiografía con mezcla opaca por ingestión revela casualmente la presencia de sombras calcuosas en los riñones y ante la negatividad de síntomas objetivos que explicaran el síndrome gástrico, se concluye en una dispepsia refleja de origen calcuoso urinario y nos es enviado para el estudio urológico. Interrogado el enfermo desde el punto de vista urinario nos refiere que desde antes del debut de sus molestias gástricas experimentaba vagos dolores en la región lumbar derecha y que sus micciones eran más frecuentes, orinando cada tres horas con micciones imperiosas, pero nunca dió importancia a estos síntomas preocupado por sus molestias gástricas.

Estado actual. — Sujeto en mal estado de nutrición, con mucosas pálidas. Hábito indiferente. Aparato circulatorio, respiratorio y nervioso normales. La palpación renal es negativa en ambos lados. Angulo costo-lumbar derecho doloroso; puntos renoureterales anteriores indoloros.

Orinas turbias uniformemente desde su emisión que sedimentan.

Reacción: ácida. *Densidad:* 1.009. *Urea:* 14.10 ‰. *Cloruros:* 5.60 ‰. Ni



Uretro-cistografía lateral.



Neumo-uretrocistografía.

albúmina ni glucosa. *Sedimento:* abundantes piocitos, abundantes cristales de fosfatos, algunos hematíes.

Organos genitales. — Nada de particular. Tacto rectal. *Próstata* sin particularidades, un poco por debajo de ella, sobre la uretra se siente una zona de mayor consistencia con ligero relieve y bien dolorosa a la presión.

Uretra. — Al examen instrumental: libre al explorador N° 23 hasta la porción posterior que no es franqueable; un dedo rectal percibe el talón del explorador por debajo de la zona dolorosa que describimos. Un benique N° 36 tampoco franquea el obstáculo uretral.

Se practica radiografía simple del aparato urinario, que nos permite ver un cálculo coraliforme en riñón derecho y sombras calculosas en polo inferior del izquierdo, mientras detrás del pubis y sobre el trayecto uretral se presentan dos

sombras superpuestas separadas por un buen intervalo y de las cuales la inferior piriforme de dos centímetros por uno y medio y la superior en forma de poroto algo más pequeña. Nos encontramos en presencia de una calculosis múltiple del aparato urinario en un enfermo cuya sintomatología preponderante es netamente gástrica. Todos conocemos la repercusión sobre el aparato digestivo de los síndromes urinarios: las náuseas, los vómitos, el ileus paralítico de los cólicos renales; el síndrome apendicular que tantos apéndices sanos hace extraer y hasta la obstrucción intestinal con su cuadro dramático que lleva a la intervención de urgencia a enfermos litíasicos o ptósicos renales, casi siempre. Todos hemos observado el mal estado de la función digestiva en los urinarios crónicos: estado saburral, digestiones pesadas, timpanismo gástrico, diarrea, que se interpreta como alteración de las mucosas digestivas, corolario de su función vicariante ante una insuficiencia renal mayor o menor; enfermos que como en el caso nuestro hacen pasar al primer plano toda la sintomatología de repercusión hasta enmascarar la afección realmente en juego.

El problema terapéutico de nuestro enfermo empezaba por la extracción de los cálculos uretrales; empezamos pues por intentar llevarlos hacia vejiga; una bequille N° 16 previa anestesia del conducto y con una ligera presión pasa a vejiga comprobando la retención de 80 c.c. de orinas turbias y una capacidad de 120 c.c., pero el cálculo uretral se notaba aún en la uretra por el rascado percibido al deslizar la sonda. Una prueba de P. S. P. nos da una eliminación de 19% en 70', apareciendo el colorante a los 10'. Aprovechamos la sonda para practicar una cistografía que no revela nada de anormal en la vejiga, pero de los dos cálculos uretrales sólo se observa el inferior, el otro ya no está en la uretra. Sacamos la sonda uretral después de evacuar vejiga y practicamos una neumoretrocistografía que nos deja ver el cálculo desplazado de la uretra en plena cavidad vesical. Todas estas maniobras provocaron accesos de fiebre urinosa con temperatura hasta 41° y no siendo tolerada la sonda se decide tallar al enfermo. Con anestesia raquídea se procede a la talla hipogástrica. Abierta vejiga se introduce una bequille por uretra y seguramente a favor de la relajación del cuello vesical por la anestesia raquídea el cálculo de la uretra pasa a su vez a la vejiga, de donde se lo extrae conjuntamente con el otro. Se termina la operación dejando drenaje vesical hipogástrico, cierre de la pared en dos planos.

Post-operatorios. — Normal, temperatura 38°, al día siguiente de la operación, luego afebril; cierre de la herida a los 15 días. Al mes el enfermo se va de alta sin haber tenido desde la extracción de sus cálculos la menor molestia gástrica. Una nueva prueba de P. S. P. nos da 35% de eliminación en 70' y aparición del colorante a los 8'. La prueba está netamente mejorada. Se indica al enfermo de volver cuando haya mejorado el estado general para estudiarlo desde el punto de vista de su calculosis renal.