

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA, A. M.  
LOPEZ y LUIS BRAVO ZAMORA

## ELIMINACION POR LA VEJIGA DE HUESOS DE FETO PROVENIENTES DE UN EMBARAZO ECTOPICO. FISTULA VESICO-SIGMOIDEA. LITIASIS VESICAL

**L**A historia de la enferma que motiva esta comunicación es la siguiente:

V. C., de 27 años, argentina, ingresa al Servicio del Profesor Marañni, en el Hospital Rawson, el 24 de octubre de 1935.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — No hubo enfermedades de la infancia. Menstruó a los 14 años. A los 23 años: aborto provocado, sin complicaciones, correspondiente un huevo de dos meses.

*Estado actual* (25 octubre 1935). — Hace un año y medio se produce un nuevo embarazo que desde su iniciación se acompaña con dolores intermitentes de tipo cólico en el hipogastrio y pérdidas sanguíneas por vagina, en cantidad moderada. A los 3 meses de iniciado el embarazo, la enferma ingiere altas dosis de sulfato de quinina con el fin de provocar el aborto, pero se ve obligada a abandonar esta tentativa debido a la gran intolerancia gástrica que le produce la droga. El embarazo continúa. Llegado éste al cuarto mes y medio, un día súbitamente, siente un dolor intenso en el bajo vientre; acompañado de estado lipotímico y nuevamente pérdidas sanguinolentas por vagina; permaneció en ese estado durante tres días, apareciendo a continuación fiebre, malestar general y vómitos al propio tiempo que se exacerban los dolores del hipogastrio. En esa situación decide internarse en este mismo hospital Rawson, Sala 1<sup>a</sup>, Pabellón 2, donde es sometida a un tratamiento consistente en reposo, bolsa de hielo en el hipogastrio y lavajes vaginales. Con este tratamiento la enferma mejora su estado general y desaparece la fiebre al mes de iniciado, pero se instalan al fin de este período una serie de trastornos en la esfera urinaria: polaquiuria intensa (micción cada  $\frac{1}{2}$  hora), disuria, hematuria, pneumaturia, tenesmo y expulsión por la orina, de cuerpos extraños de tamaño y forma variables que fueron reconocidos por los médicos que la asistían como huesos de feto. La eliminación de los huesos se hizo en forma intermitente, durante cuatro meses y era acompañada por todos los síntomas urológicos mencionados anteriormente.

Hace un mes se enclava en uretra un cuerpo extraño que resultó ser también un hueso de feto, produciéndose un desgarro del conducto, como consecuencia de las maniobras que se ejecutaron para su extracción.

La enferma continúa con polaquiuria, disuria, hematuria terminal, piuria, pneumaturia intermitente y dolor vesical constante que se exagera durante la micción. Con esta sintomatología ingresa al Servicio de Urología del Hospital Rawson para su tratamiento.

*Estado actual.* — Piel y mucosas pálidas. Fiebre de tipo intermitente.

*Aparatos circulatorio y respiratorio. Sistema nervioso.* — Nada de particular.

*Aparato digestivo.* — Anorexia, constipación, vómitos intermitentes.

*Aparato genital.* — El tacto vaginal es doloroso y permite constatar: 1º la falta de fondo de saco anterior véstico-uterino: éste está substituído por una masa globulosa, fluctuante, que hace prominencia en la pared anterior de la vagina y es dolorosa; 2º la desigualdad de los fondos de saco laterales, estando suprimido el izquierdo y siendo su palpación dolorosa; 3º el fondo de saco posterior o recto-uterino, disminuído en profundidad y sensible; 4º el cuello del útero elongado, sensible y de orificio irregular; 5º el cuerpo de este último órgano está fijo y el intento de movilización despierta dolor.

*Aparato urinario.* — *Micción:* Marcada disuria, dolor durante toda la micción, a exacerbación terminal. Polaquiuria intensa (micción cada  $\frac{1}{2}$  hora). Tenesmo.

*Orinas.* — Muy purulentas y sanguinolentas. Cantidad: 1.200 c. c.

*Riñones y uréteres.* — No se palpan; no hay puntos dolorosos, salvo los ureterales medios que están sensibles de ambos lados (los puntos ureterales inferiores no han podido identificarse, debido a las modificaciones anatómicas encontradas a su nivel y por ser dolorosa toda la región).

*Uretra.* — Calibre normal; sensible al paso de los instrumentos.

*Vejiga.* — A la inspección del abdomen, nada de particular. La palpación del hipogastrio despierta dolor.

*Examen instrumental.* — Con el explorador a bola, se perciben claramente frotos calculosos de tal importancia que da la impresión de tratarse de una vejiga enteramente ocupada por cálculos.

*Capacidad* (25 octubre 1935). — 30 c. c. Muy sensible al contacto y a la distensión.

*Cistoscopia* (28 octubre 1935). — Capacidad 100 c. c. La introducción del cistoscopio se halla dificultada por la presencia de numerosos cuerpos extraños alojados en la vejiga. Se consigue distinguir con dificultad la presencia de varios cálculos de color blancuzco, pero no pueden percibirse la mucosa sino por trechos muy limitados, en los cuales aparece roja y cubierta de falsas membranas. Los orificios ureterales no son perceptibles.

Examen global de orinas (28 octubre 1935):

Reacción: alcalina; densidad: 1.010; urea: grs. 12,61 o/oo.

Albúmina: contiene. Sangre: contiene. Pus: contiene.

Examen microscópico. — Regular cantidad de glóbulos de pus. Hematíes. Uratos alcalinos. No hay elementos renales.

Exámenes de sangre (28 octubre 1935). — Azohemia: grs. 0,56 o/oo.

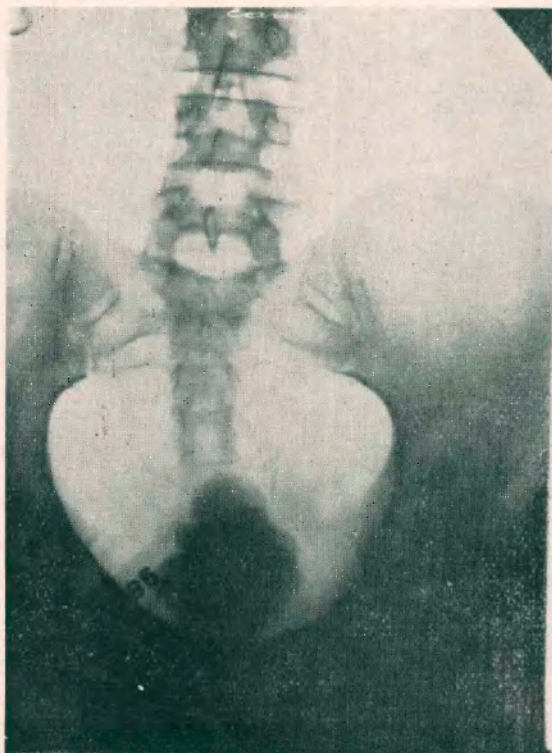


Figura N° 1



Figura N° 2

Reserva alcalina. — 50,26.

Cloruremia. — 4,96 o/oo de Cl. Na.

Examen radiológico:

En la película N° 1 que se hizo con el fin de visualizar los órganos urinarios contenidos dentro de la pelvis ósea, puede apreciarse claramente una sombra o más exactamente varias sombras escalonadas y en parte superpuestas, que toman en su conjunto una forma piriforme a gruesa extremidad inferior. Sus dimensiones son: 8 ctms. en su eje mayor vertical y 6 ctms. en la parte más ancha de su diámetro menor. Estas sombras corresponden a los cálculos contenidos en la vejiga.

En el lado izquierdo, a la altura de la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores de la imagen anteriormente descrita, se percibe una sombra alargada de dirección casi vertical de unos  $3 \frac{1}{2}$  cms. de largo por 2 milímetros de ancho y que termina hacia arriba a nivel del borde izquierdo del sacro. Nosotros la interpretamos como dada por la presencia de fragmento óseo que retiramos de la vejiga y cuya ubicación topográfica correspondía a esa posición.

*Película N° 2.* — Cistoradiografía con ioduro de sodio al 15 %. Se percibe un contorno vesical muy irregular. La vejiga está alargada en el sentido



Figura N° 3

vesical y en evidente comunicación con el colon, pues el líquido opaco inyectado por la uretra ha ocupado también el ansa sigmoidea, índice concluyente de la existencia de una fístula vésica intestinal a través de la cual se ha hecho el pasaje de la solución de ioduro de sodio.

*Película N° 3.* — Esta película se sacó con el objeto de ver si se descubría en el núcleo de los cálculos, estructura ósea o de otra naturaleza que nos permitiera orientarnos respecto del origen de las concreciones. Como se ve, en la radiografía se percibe claramente en algunas de ellas, la estratificación de sus capas, pero no nos ilustra en cuanto a la etiología de sus núcleos de formación. Aparece igualmente radiografiado el cuerpo extraño que retiramos de la vejiga en el mismo momento operatorio y su examen atento parece confirmar la sospecha de su naturaleza ósea.

*Películas Nos. 4, y 5.* — Estas películas fueron obtenidas después de operada la enferma y son, como se ve, cistoradiografías. Una fué tomada en ántero posición y otra en oblicua. Puede apreciarse en ambas el contorno regular de la vejiga y hacia su lado izquierdo una deformación de la misma en ángulo entrante que corresponde evidentemente a la presencia a ese nivel, de una tumora-ción que presiona la pared vesical. Es razonable suponer que se trata del anexo iz-

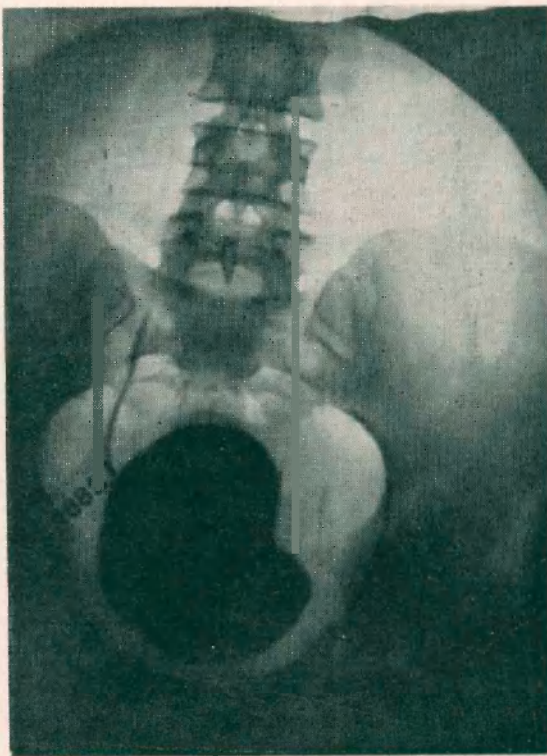


Figura N° 4



Figura N° 5

quierdo aumentado de volumen, que podrá contener aún restos embrionarios o que está afecto simplemente de un proceso inflamatorio. Se observa además, la ausencia de la comunicación vésico-intestinal y se ve un reflujo vésico-ureteral bilateral más claramente perceptible del lado derecho.

Hubiera sido interesante practicar una salpingografía siguiendo la técnica aconsejada por Duvergey y Dax, pero al igual que en la observación relatada por Alglave en la Sociedad Francesa de Urología en el año 1922, de una salpingitis supurada fistulizada en la vejiga y el recto y otra casi semejante de Iselin, la comunicación que

en nuestro caso, necesariamente debió establecerse entre la trompa y la vejiga, se había cerrado espontáneamente, tal como lo pudimos apreciar en el momento operatorio y más tarde en las cistoscopías y cistografías de comprobación que se practicaron algunos días después de la intervención quirúrgica.

Por los datos suministrados por el examen, así como por el relato tan minuciosamente hecho por la paciente, se llegó a la pre-

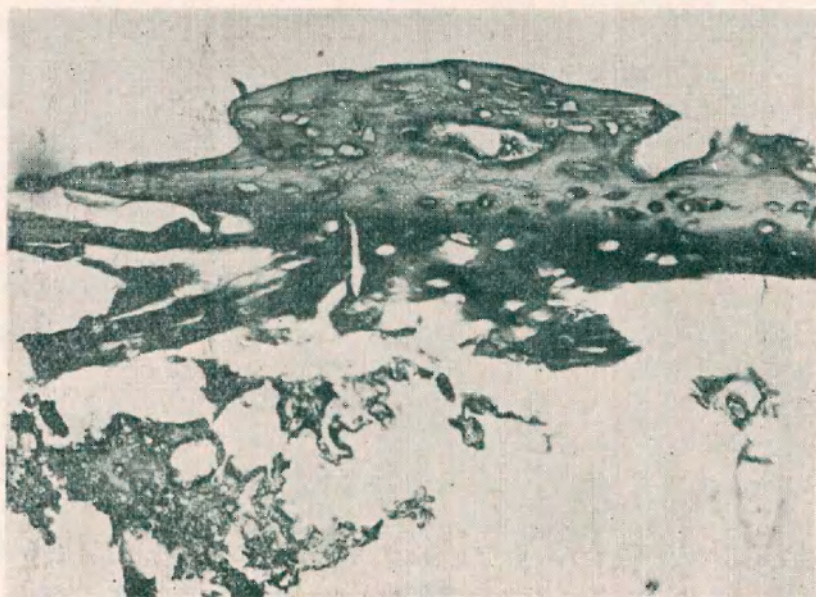


Figura N° 6  
Preparación N° 15871.  
Obj. Zeiss A. Ocular complanático 2. Cámara 35 cms.  
Fragmento de hueso de feto.

sunción, casi convicción, de que esta enferma tuvo un embarazo extrauterino, llegando el huevo a desarrollarse hasta el 4 y  $\frac{1}{2}$  mes; que al fin de ese tiempo se produjo, con el cuadro dramático habitual, un hematocele que se enquistó y acompañó por los signos característicos de un aborto. Teniendo pues en cuenta los datos que anteceden, así como la ocupación de la vejiga por múltiples cálculos y quizás otros cuerpos extraños y además la infección vesical caracterizada por la cistitis intensa que presentaba, se decide, previa preparación de la enferma por el reposo, lavados e instilaciones vesicales con sal de nitrato de plata, administración de sueros

glucosados y clorurados, etc., practicar una cistostomía con el fin de extraer los cálculos y explorar la fístula vésico-sigmoidea.

29 octubre 1935. Operación. La *anestesia* empleada fué la intrarraquídea, por no existir en la enferma contraindicación alguna y por ser esta forma de anestesia muy conveniente en este caso particular, pues como queda dicho, se había previsto la necesidad de proceder a una exploración digital e instrumental prolija de la cavidad de la vejiga.

*Talla hipogástrica.* — Se abre ampliamente la vejiga y se extraen de su interior ocho cálculos de diferentes tamaños, cuyo volumen varia desde el de una moneda de 10 centavos hasta el de un cobre 2 centavos; todos son fascetados, de consistencia muy dura, de superficie lisa, de colocación parda y blanca. En la parte superior de la pared lateral izquierda, se percibe un orificio de tipo diverticular de un diámetro de  $\frac{1}{2}$  ctms., que se explora, pero el catéter se detiene después de recorrer escasamente  $3\frac{1}{2}$  ctms. En el interior de esta brecha diverticular, existe un cuerpo extraño de unos 3 ctms. de largo por 2 milímetros de ancho, de consistencia ósea que se extrae y que tiene el aspecto y la forma de una costilla de un feto de 4 meses, recubierto en parte por una capa de fibrina y sales. El aspecto de la mucosa vesical es francamente inflamatorio en toda su extensión. Se estrecha la brecha vesical con sutura clásica y a puntos separados, se coloca en su cavidad una Pezzer acodada y se hace la sutura del abdomen por planos.

*Post-operatorio.* — En los días que siguen a la operación, el estado de la enferma mejora rápidamente. Las orinas se aclaran; la fiebre desaparece; el apetito y el sueño vuelven. A los 17 días de operada se le retira el drenaje supra-pubiano y se coloca una sonda permanente por uretra; la vejiga cierra 6 días más tarde. Las orinas son casi cristalinas; no hay dolor ni otro síntoma subjetivo u objetivo; se saca la sonda uretral. La micción, que es indolora y fácil, se hace al principio cada hora, pero al cabo de dos días, la continencia alcanza a 2-3 horas durante el día y una sola micción durante la noche.

27 de noviembre. *Cistoscopia.* Capacidad 300 c. c. La *mucosa* es de aspecto normal. En el lateral izquierdo aparece una depresión de la pared. No se percibe rastro alguno de la antigua comunicación vésico-intestinal.

*Orificios ureterales.* — Perceptibles, de aspecto y funcionamiento aparentemente normal. *Cuello:* nada de particular.

La enferma es dada de alta en buenas condiciones.

Quedó en este caso el interrogante del porvenir de ese anexo izquierdo que por ahora está silencioso, pero que aparece grande y bombeando hacia la vejiga en todos los exámenes practicados antes y después de la operación. Creemos que hubiera sido necesario intervenir sobre él en un segundo tiempo (ya que el estado de la en-