

Hosp. Rawson. Servicio de Urología,  
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

A. TRABUCCO y A. ORTIZ

## GRAN CALCULO FORMADO ALREDEDOR DE UNA SONDA QUE HA PERMANECIDO TRES AÑOS EN LA VEJIGA

CON el presente caso no tenemos la pretensión de comunicar una novedad, sino tan solo describir lo acontecido en un enfermo de naturaleza psíquica aparentemente normal, que ha pasado durante tres años con una sonda hipogástrica, colocada para derivación temporaria de orina, a efectos de una plástica de uretra y que por su permanencia durante este lapso de tiempo formó un enorme cálculo vesical; recién hace unos meses el enfermo resolvió concurrir al Servicio de Urología del Hospital Rawson para que sea investigada la causa de los trastornos que se le habían presentado. Relataremos inmediatamente la

### HISTORIA CLINICA

E. M., de 21 años de edad, registrado con el N° 4 de la Serie CXXXVI. Ingresó al Servicio el 1° de marzo de 1937.

*Antecedentes hereditarios.*— Padres vivos y sanos: son siete hermanos que viven y que están aparentemente sanos.

*Antecedentes personales.*— Ha tenido sarampión en la primera infancia, no recuerda exactamente a qué edad. A los siete años, nos relata el enfermo, sufrió un proceso febril con entumecencia de la mayor parte de las articulaciones, siendo éstas muy dolorosas, tanto en estado activo como pasivo. Esta enfermedad, que duró aproximadamente unos dos meses, después de haber caído la temperatura, tuvo que quedar en reposo un mes y medio más por no serle posible caminar, volviendo lentamente a la vida normal.

Niega contactos sexuales y enfermedades venéreas.

A los 17 años se decide a ser operado de una hipospadia escrotal; se interna en un Servicio de la Capital, en el cual le hacen una talla hipogástrica y le practican la plástica de su uretra. A los quince días se le permite levantar, con la sonda hipogástrica y se le da de alta, continuando las curaciones durante tres meses, época en que abandona las atenciones hospitalarias, continuando siempre

con su sonda derivatoria por vía hipogástrica; a los pocos días esta sonda se obstruyó, siendo obligado por ello a orinar por la uretra. Días más tarde nota que orina además por los alrededores de la sonda hipogástrica; a pesar de estos trastornos el enfermo no recurre a ningún tratamiento médico.

*Enfermedad actual.* — Como hemos visto en los antecedentes, hace tres años es portador de una sonda hipogástrica obstruida. Desde este momento orina por la uretra, reconstruida mediante la plástica efectuada y además por una fístula penoescrotal, que se obtura intermitentemente.

Desde hace dos años notó también que al nivel de su fístula escrotal, se fué formando una nudosidad, tipo petroso, que paulatinamente ha ido aumentando de tamaño, hasta adquirir la forma de una oliva.

Hace veinte días al tratar de sacarle la sonda hipogástrica, ésta se rompió quedando adentro el capuchón; desde entonces la vejiga se fué cerrando y en el momento en que ingresa al Servicio, la fístula hipogástrica está completamente ocluida.

*Estado actual. - Micción.* — El enfermo puede retener su orina estando en reposo y en vigilia. Polaquiurea diurna cada hora. Durante los movimientos activos y durante el sueño, pierde orina sin apercibirse.

Cuando se le pide que orine, lo hace con mucho esfuerzo; desde antes de la micción, durante todo su transcurso y acentuándose al final del acto. El chorro es fino y sin proyección.

Dolor acentuado en el hipogastrio, en el pene, en el periné y a nivel de la fístula escrotal.

*Examen clínico general.* — Sujeto afebril, piel pálida, emaciado, ha perdido siete kilos desde la talla hipogástrica; mucosas rosadas.

*Aparato digestivo y anexos.* — Conserva el apetito; lengua húmeda y saburral; constipación habitual.

*Aparato respiratorio.* — Algunos rales subcrepitantes finos en pulmón derecho.

*Examen urológico.* — Inspección de la esfera génito-urinaria: cicatriz mediana suprapúbica; se observa una cicatriz peneana ventral, interpuesta entre un meato pequeño y deformado y una boca de fístula penoescrotal. Las aberturas se encuentran mojadas por la orina.

*Riñones.* — No se palpan; no hay puntos dolorosos.

*Uréteres.* — Nada de particular.

*Uretra: examen clínico.* — A la inspección podemos notar una formación cicatricial situada en la parte media del cuerpo esponjoso peneano, debido posiblemente a la plástica a que ha sido sometido hace tres años. A la palpación se nota en el ángulo penoescrotal una tumoración del tamaño de una oliva de consistencia dura, que hace cuerpo con la uretra; no es dolorosa y se desplaza difícilmente.

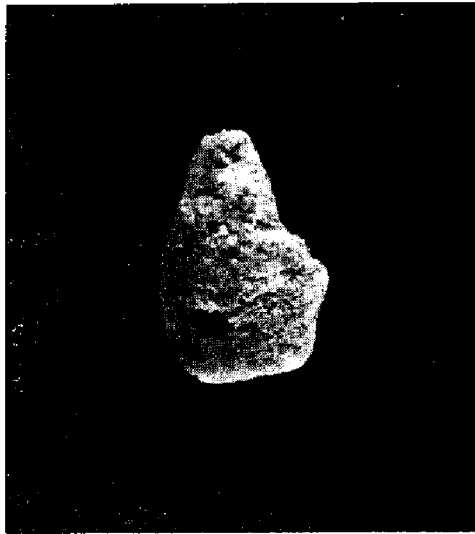
El examen instrumental de la uretra permite el pasaje de un explorador N° 18 hasta el bulbo. El pasaje de un beniqué N° 29 nos permite sentir un roce pétreo que corresponde a la tumoración uretral penoescrotal, así como otro

roce también del tipo calcuoso situado tal vez en uretra posterior, que detiene la progresión del instrumento.

*Vejiga: examen clínico.* — La palpación profunda de la vejiga despierta dolor. La palpación bimanual nos permite percibir una gran tumoración ovalada dura, rugosa, que se halla situada en el bajo fondo vesical y que ocupa toda la uretra posterior. El examen instrumental de la vejiga con sonda no es posible practicarlo, por no poderse penetrar en ella.

*La cistoscopia,* no es factible.

*Próstata.* — El tacto rectal completa lo que hemos hablado más arriba per-



mitiéndonos percibir, además de los caracteres antedichos, crepitación, acusando el enfermo dolor durante la maniobra.

*Vesículas seminales.* — Nada de particular.

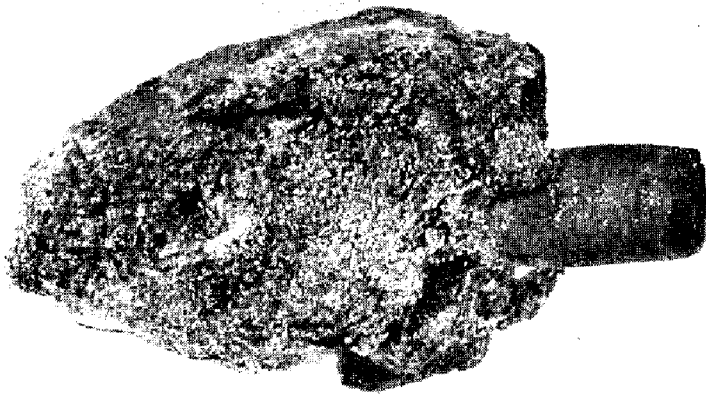
*Testículos, epidídimos y cordones.* — Nada de particular.

*Radiografía N° 1246.* — En la radiografía simple con rayo normal, se percibe una sombra intensamente opaca, ovoidea, colocada en la línea media y detrás de la sínfisis pubiana. En la radiografía, en posición oblicua, se encuentra la misma sombra, situada en el mismo lugar y además otra más pequeña en la región bulbar del pene.

*Análisis.* — El examen de orina muestra como anormal: Albúmina en regular cantidad; urea 9,22. El examen histológico del sedimento nos permite distinguir leucocitos normales y gran cantidad de degenerados (pus), algunos hematíes, uratos de sodio y fosfatos triples amónicos-magnésicos. Azohemia, 0,38 por mil, el 4-3-37. Reserva alcalina, 54,45 de CO<sub>2</sub> % en plasma, 4-3-37. Cloruremia, 5,55 %, 4-3-37.

*Marcha de la enfermedad.* — Se instituye como tratamiento preoperatorio suero clorurado hipertónico al 20 %, 20 c. c. por vía endovenosa y 250 gramos

de suero glucosado isotónico por vía subcutánea durante tres días. El día 6-3-37 se interviene bajo anestesia general con éter. Cirujano: Dr. Trabucco; Ayudante: Dr. Ortiz. Se hace una incisión en forma de raqueta prolongada, abarcando en ella la cicatriz de la fístula suprapúbica; se reseca tejido escleroso hasta llegar a la capa muscular, la cual se disocia, se separa peritoneo, rechazándolo hacia arriba, se libera la cara superior de la vejiga; se incinde ésta, reseca todo el tejido de cicatriz. Se abre ampliamente, lo que nos permite observar un enorme cálculo, que deja ver en su polo superior a un trozo de tubo de goma; al querer extraer este cálculo, se nota su friabilidad y se constata su enclavamiento tenaz en uretra posterior, por lo cual el segundo ayudante se ve obligado a presionar por vía



rectal sobre el cálculo, a fin de poderlo liberar, cosa que mediante esta maniobra, se consigue con cierta facilidad, pudiéndolo extraer de la vejiga.

Se coloca tubo de Freyer-Marion, suturando la vejiga en dos planos. Se deja drenaje Kofferdam en el espacio de Retzius; se sutura la pared por planos.

Terminada la operación anterior, se incinde la uretra peneana en el sitio en que se encuentra la fístula penoescrotal, abriendo tejido esponjoso y mucosa uretral, que permite de esta manera extraer un cálculo del tamaño de una aceituna, de aspecto marmóreo muy duro y de color blanco. Se cierra, suturando a la Lambert con catgut crómico.

*Tratamiento postoperatorio.* --- Se prescribe: inyecciones endovenosas en suero clorurado al 20 ‰, 20 c. c. cada seis horas. Suero glucosado isotónico subcutáneo 1000 gramos. Cardiozol cada ocho horas. Aseptobron, una ampolla.

El 8-3-37 se saca el tubo de Marion colocándose sonda Pezzer acodada.

El 9-3-37. Enfermo en muy buenas condiciones.

El 15-3-37. La herida se encuentra un poco atónica; se le indica pincelaciones con tintura de mertiolatho.

El 18-3-37. Se inician las dilataciones ureterales llegando rápidamente hasta la bujía N° 19, Charrière.

El 13-4-37. Se da de alta para seguir su tratamiento en Consultorios Externos, constatándose la oclusión de la fístula penoescrotal, motivo por el cual se le retira la sonda de Pezzer por vía hipogástrica y se le coloca una bequille por uretra, cerrándose la fístula suprapúbica en 4 días. El examen estructural de los cálculos extraídos, nos informa de que el cálculo vesical se compone de fosfatos amónico magnesianos y el uretral de carbonato de cal.

Posteriormente hemos visto al enfermo y le aconsejamos un tratamiento de dilatación lenta y progresiva para su uretra; mientras se trató con bujías dilatadoras no hubo ningún tropiezo, pero al comenzar el pasaje de los beniqués, nos encontramos con una insalvable dificultad para la penetración del instrumento en la vejiga y al querer investigar la causa de este trastorno hubimos de hacerle una cistoscopia con el Panendoscopio de Mc. Carthy, introduciéndolo bajo el control directo de la vista ya que ningún instrumento rígido se podía pasar, a la manera usual o ayudándonos con el xacto rectal. La cistouretroscopia hecha del modo enunciado más arriba, nos permitió ver una uretra posterior sumamente defectuosa que tenía en su pared posterior una caverna y que carecía de verumontanum. La comunicación con vejiga se hacía mediante un amplio agujero excéntrico colocado hacia el lado derecho. La vejiga mostraba una mucosa rojiza y despulida; ureteres, nada de particular. Como tratamiento para corregir esa deformidad, le practicamos una electrocoagulación de los tabiques, que mantenía la desviación.