

Servicio de Urología del Hosp. Alvear  
Jefe Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

NATALIO CARTELLI e  
IGNACIO ALBORNOZ

## ABSCESO APENDICULAR ABIERTO EN VEJIGA. SONDA PERMANENTE. CURACION

**H**EMOS traído este caso clínico por creerlo de interés. Se trata de un enfermo que nos lo envía un médico con diagnóstico de "Adenoma de Próstata con retención aguda", y en el que nos llama la atención una tumuración que ocupa el hipogastrio y en parte la fosa ilíaca derecha, que persiste, aunque reducida de tamaño, después de evacuada la vejiga.

Interrogado sobre este particular nos cuenta que hace un mes la nota por primera vez a raíz de haber sido sondado por su retención aguda. Ignora si tuvo fiebre, sintió un poco de dolor localizado en la fosa ilíaca derecha.

Entre sus antecedentes dice haber tenido blenorragia que trató con medicación casera de cocimientos de "yuyos" y que no tuvo complicaciones ni recidiva.

Los antecedentes de la enfermedad actual son los de todo prostático con su polaquiuria nocturna en la segunda mitad de la noche, disuria inicial y sensación de micción incompleta, desde hace mucho tiempo. Síntomas que aumentan de intensidad hace tres meses. La polaquiuria diurna y nocturna lo obliga a evacuar su vejiga cada 30'. La disuria se hace total, hasta que hace un mes entra en retención completa por lo cual es sondado diariamente.

Como decíamos, nos llamó la atención esa tumuración que no se reducía totalmente a pesar de haber evacuado a blanco la vejiga. Se le somete a un tratamiento de sonda permanente y al día siguiente al efectuar el lavado vesical, sale abundante pus fétido y aire. Al prepararlo para efectuar la cistocopia nos encontramos

con que el líquido inyectado no refluye por la sonda y a pesar de haber introducido 400 c.c. el cistoscopio no se puede colocar en foco, pues la vejiga estaba casi vacía.

Se le efectúa el exámen radiográfico cuya descripción está en la historia.

Se ve perfectamente el trayecto fistuloso que va de la parte lateral derecha de la vejiga a ciego. Continúa con su sonda un mes, efectuando lavajes vejicales diarios, teniendo cuidado de inyectar muy poca cantidad de líquido. Al cabo de este mes se intenta practicar nuevamente una cistoscopia.

La capacidad vesical es de 300 c.c. refluyendo el líquido por la sonda y siendo entonces la vejiga sensible a la distensión.

La mucosa vesical es de aspecto normal menos en el lado derecho en que está congestionada y replegada formando infundíbulo, pero no perdiendo líquido a pesar de invitar al enfermo a hacer fuerza para orinar. Además el cuello está deformado por dos lóbulos prostáticos laterales y uno mediano.

Nuevo exámen radiográfico nos demuestra la falta de comunicación de vejiga con ciego. A los 15 días se le practica la talle hipogástrica como preparatoria del segundo tiempo, como es de práctica en el servicio en que actuamos y al mes se va de alta continuando sus curaciones en su pueblo.

#### COMENTARIO

Las comunicaciones de vejiga con ciego son poco frecuentes sobre todo las de origen apendicular. Llama la atención lo poco llamativo de las sintomatología que si exceptuamos el dolor escaso que tuvo un mes antes de internarse, puede decirse que fué completamente nula comparado con la importancia de la complicación.

Desde el principio nos atrajo la atención este "globo vesical" que no se evacuaba por sonda y los exámenes radiográficos hicieron el diagnóstico que habíamos presumido al intentar efectuar el exámen cistoscópico.

El adenoma servía de obstáculo que facilitaba el trayecto anormal de la orina y la sonda permanente, al canalizar y hacer fácil la evacuación de la vejiga, efectuó la curación como lo comprueban las últimas cistografías que presentamos.

La historia Clínica es la siguiente:

Nº 2497. Cama 34. J. C., 65 años, argentino, viudo, peón. Ingresó 14-7-36.  
Alta 10-11-36.

Procedencia: Santa Lucía (Prov. de Buenos Aires).

*Diagnóstico.* — Absceso apendicular abierto en vejiga. Adenoma de próstata, 2º período, infectado.

*Tratamiento.* — Sonda permanente. Talla hipogástrica.

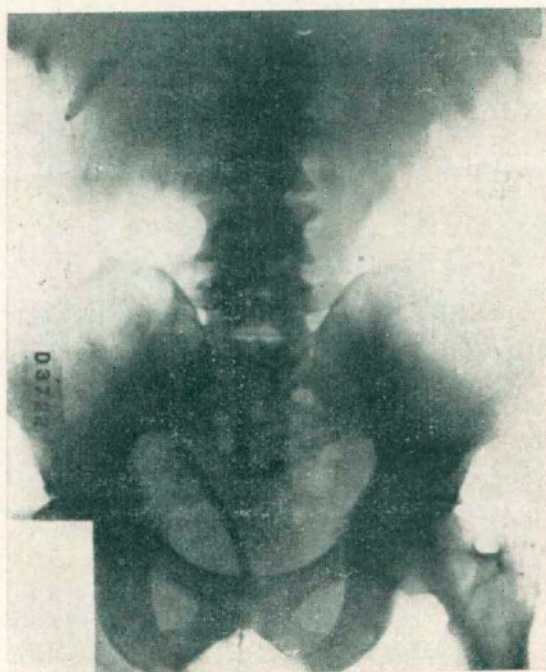


Figura Nº 1  
Radiografía simple con sonda en vejiga. Sonda vesical desviada hacia arriba y a la derecha.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Niega enfermedades de la infancia; blenorragia a los 30 años, tratada únicamente con cocimientos de "yuyos". No tuvo complicaciones ni recidivas.

*Enfermedad actual.* — Desde hace mucho tiempo nota que tiene que levantarse dos o tres veces en la segunda mitad de la noche y dificultad para iniciar sus micciones.

Desde hace tres meses esta dificultad dura todo el tiempo de la micción y tiene que efectuarlas cada treinta minutos de día y de noche. Continúa en esta

forma hasta hace un mes en que no puede efectuarlas, al mismo tiempo que nota que aumenta su abdomen en la parte inferior.

Es sondeado diariamente, a pesar de lo cual no desaparecía totalmente una "bola" que se había formado en la parte mediana y lateral derecha del bajo vientre. No ha tenido fiebre pero sí un poco de dolor en la fosa ilíaca derecha.

*Estado actual.* — Sujeto en mal estado de nutrición, lengua saburral; apirético. Pulso 80', temperatura 37°. Abdomen: blando y depresible a excepción de la fosa ilíaca derecha que está ligeramente contracturada.

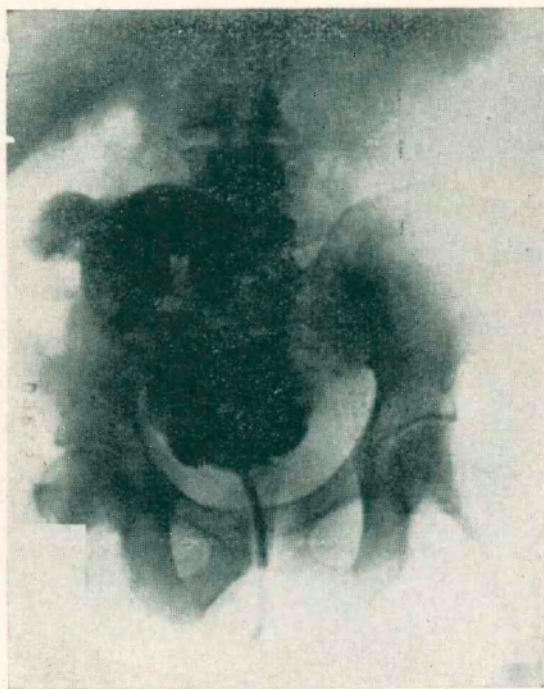


Figura N° 2

Cistorradiografía de frente. Vejiga llena de substancia opaca que pasa a intestino por un pequeño trayecto.

En la región hipogástrica y parte de la fosa ilíaca derecha se palpa una tumoración del tamaño de un melón chico, indolora, lisa renitente, mate a la percusión, que desaparece al hacer contraer los músculos abdominales. Da la impresión de ser la vejiga distendida, cuyo fondo llega a 3 traveses de dedo por debajo del ombligo.

*Riñones y uréteres.* — Examen físico negativo.

Examen funcional: orina turbia, alcalina, densidad 1020, urea: 14,70 ‰, cloruros: 9 ‰.

*Sedimento.* — Gran cantidad de fosfatos amónico-magnésico, glóbulos de pus y algunos hematíes.

Examen radiográfico (24-7-936). Radiografía simple con sonda vesical. No se observan sombras de cálculos. La sonda es desviada a la derecha y su punta se proyecta en la articulación sacro-iliaca derecha (Fig. N° 1).

*Vejiga.* — Globo vesical hasta 3 traveses de dedos del ombligo, retención 500 c. c. de orina turbia. A pesar de evacuar la vejiga, la tumoración descrita no desaparece totalmente, haciéndose más notable en el lado derecho al deprimirse la parte central.

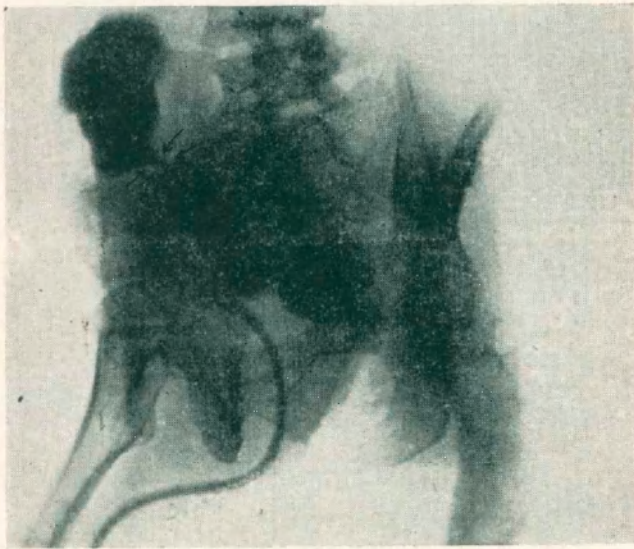


Figura N° 3

Cistorradiografía. (Posición oblicua). Vejiga llena de sustancia opaca que pasa a ciego por un trayecto corto bien visible. Por detrás de sombra vesical otra sombra del tamaño de la vejiga que corresponde a intestino.

*Evolución.* — (15-7-936). Al día siguiente de evacuada la vejiga y al practicar un lavaje, sale una gran cantidad de gas, y pus fétido por la sonda mezclado al líquido del lavado.

*Cistoscopia.* — (20-7-936). Se lava la vejiga con abundante cantidad de líquido, pero éste no refluye en las varias tentativas que se hicieron. La introducción del cistoscopio resulta fácil, pero, no se alcanza a visualizar ninguna parte de la vejiga por no poderlo colocar en foco. Da la impresión de no haber líquido a pesar de haberse inyectado 400 c. c.

24-7-936. Cistografía de frente con yoduro al 10 %, (Fig. 2). Vejiga de forma triangular, de bordes irregulares y lateralizada a la derecha. Reflujos vésico ureterales en ambos lados. Por encima de ella y a la derecha una sombra de forma de herradura y otra irregular más afuera. La herradura parece comunicar

por una de sus ramas con la vejiga, mediante un trayecto sinuoso. Cistografía en oblicua derecha, (Fig. 3). La sonda llega a una sombra media de bordes irregulares que comunica ampliamente hacia atrás con una sombra redondeada y hacia adelante y arriba por un trayecto fino con otra sombra alargada, piriforme al parecer ciego.

28-7-936. Radiografía con enema opaco, (Fig. 4), la substancia inyectada llena a la ampolla rectal y parte de ansa-sigmoidea.

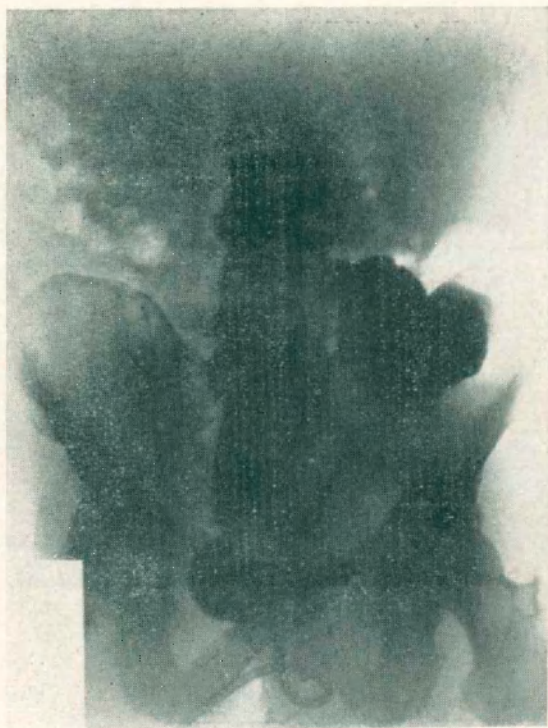


Figura N° 4  
Cistorradiografía y enema de sustancia opaca simultáneo. No se visualiza el trayecto comunicante.

No hay comunicación con la vejiga en esta parte del intestino.

Después de un mes de sonda permanente cambiándole cada 4 ó 5 días y lavando la vejiga con muy poca cantidad de líquido, se nota que a medida que transcurre el tiempo, el líquido inyectado, refluye en mayor cantidad y la capacidad va en aumento. Al final del mes de este tratamiento, la capacidad llega a 300 c. c., la contractibilidad es normal y la vejiga es sensible a la distensión y contacto.

28-8-936. Se practica nueva cistoscopia con 150 c. c. La mucosa es de aspecto normal, a excepción de la parte lateral derecha que está congestionada y en una parte que ocupa una superficie como de una moneda de 2 centavos, está

deprimida en infundíbulo y con pliegues, simula la entrada de un divertículo. Se le hace hacer fuerza para orinar y no se ve que haya movimiento del líquido, por lo que se infiere que no hay comunicación. Los orificios ureterales son normales y con eyaculaciones rítmicas y límpidas. Están situados a  $1\frac{1}{2}$  cms. el derecho y a 2 cms. el izquierdo del cuello vesical, que está deformado por dos lóbulos laterales que miden 2 campos cistoscópicos y uno mediano, más pequeño.

29-8-936. Cistografía de control con inyección de 300 c. c. de yoduro de

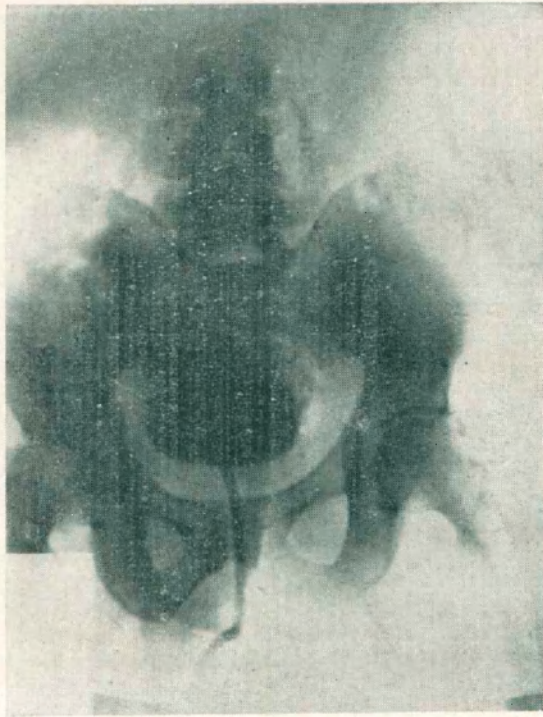


Figura N° 5

Cistorradiografía de control. Un mes después de sonda permanente. (Posición frontal). No se observa ninguna comunicación con intestino.

sodio al 10 % de frente (Fig. 5). Imagen vesical irregular y desviada hacia la derecha en su parte superior. Bordes irregulares en esta misma parte.

Hay reflujo véscico ureteral en el lado izquierdo.

En posición oblicua derecha (Fig. 6), la imagen vesical es alargada y desviada hacia la derecha.

En ambas ha desaparecido la comunicación que se observaba en las anteriores (Figs. 2 y 3).

*Próstata.* — Del tamaño de una mandarina, de superficie lisa y regular mucosa no adherida, indolora, blanda, de consistencia de adenoma, no se alcanza a tocar la tumoración que se palpa en la región hipogástrica.

*Uretra.* — Explorador N° 22. No percibe anillos. La uretra posterior está alargada unos 4 cms. Beniqué 44 al tacto combinado, no se perciben folículos.

*Glándulas anexas.* — Nada de particular.

*Genitales externos.* — Bolsas y sus contenidos normales.

*Tratamiento.* — Sonda permanente durante un mes. Después de practicados los exámenes endoscópico y radiológico, se practica la talla hipogástrica.



Figura N° 6

Cistorradiografía de control. Un mes después de sonda permanente. (Posición oblicua). No se observa ninguna comunicación con intestino.

2-9-936. Dres Cartelli y Albornoz, anestesia local. Se practica la talla hipogástrica con la técnica habitual. El tacto endovesical comprueba la existencia de dos lóbulos laterales del tamaño de una castaña y uno medio como una avellana.

Se coloca sonda Pezzer N° 26 y se cierra la pared en dos planos, suspendiendo la vejiga, sin suturarla a la vaina de los rectos, por dos puntos de catgut. Tubos en Retzius.

*Postoperatorio* apirético, la herida evoluciona normalmente. A los 5 días tiene congestión de base pulmonar derecha, que se trata con ventosas y expectorantes, 10x1.36. Se le aconseja regresar a su pueblo, indicándole la forma de efectuar los lavados de vejiga. Debe regresar para practicarle el segundo tiempo.