

Instituto de Clínica Quirúrgica,
Cátedra del Profesor J. ARCE

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI
y AMADEO CASSINELLI

CALCULOSIS MULTIPLE DEL APARATO URINARIO INFERIOR

EL interés de esta publicación reside en la circunstancia de que, a pesar de ser la litiasis urinaria, una enfermedad relativamente frecuente en nuestro medio, es raro encontrarla ocupando a un tiempo sitios tan diversos como los que aquí se mencionan. Es excepcional también la facilidad con que este enfermo engendraba cálculos en el aparato urinario.

En el caso que consideramos, el complejo patológico estaba constituido por: adenoma de la próstata, retención vesical y divertículo vesical infectado; calculosis vesical libre y diverticular y litiasis uretral. Aunque a primera vista pudiera parecer que se trata de hechos aislados y circunstanciales, es evidente su íntima relación de causa a efecto y la sucesión cronológica de las lesiones. Por otra parte, una complicación subsiguiente a la adenectomía, del tipo de la panoftalmítis unilateral, es poco común en esta clase de operados, sin que nos llame, no obstante, demasíadamente la atención el proceso patogénico. Esta observación servirá, además, para mostrar la marcada acción litógena de los estafilococos en ciertos individuos.

En definitiva, se trata de un cuadro complejo de complicaciones en un prostático, antes y después de la adenectomía.

HISTORIA CLÍNICA

D. G., de 63 años. Es internado en el servicio del Prof. Dr. Arce, el 17 de marzo de 1937. Operado en el servicio de guardia, por una retención aguda de orina, que obliga a la cistostomía, ante la absoluta imposibilidad de cateterizar la uretra, la que aparece ocupada por múltiples cuerpos extraños que hacen impo-

sible la propulsión de la sonda, sea cual fuere su calibre como la forma de su extremidad. La historia clínica levantada entonces, consigna que la enfermedad data de hace 8 meses y se inicia con la expulsión de dos cálculos del tamaño de un garbanzo, de color blanco y muy duros. Desde entonces hasta el momento actual, en forma constante o intermitente, ha seguido eliminando cálculos en todas las micciones. En una ocasión arrojó 24 de una sola vez.

Estado actual. — Enfermo febril, deshidratado, mucosas semisecas, piel amarillenta y facies de intoxicado urinario.

Riñones: No se palpan; no hay puntos dolorosos. *Uréteres:* No hay puntos dolorosos.

Vejiga: Se observa el orificio vesíco-cutáneo de una fístula operatoria. Los bordes son cruentos; se percibe el plano del tejido celular, el músculo aponeurótico y la superficie vesical.

El dedo metido en la fístula comprueba que la vejiga es sensible; en el interior se advierten numerosos cálculos y algunos son extraídos aprovechando la maniobra del tacto vesical.

Uretra: Llama poderosamente la atención la deformidad de la uretra peneana, en figura de rosario de cuentas, más evidente por la circunstancia de que el miembro está en semi-erección permanente. El ligero edema de sus paredes acentúa la curiosa figura de rosario.

A la palpación, la uretra peneana, la escrotal y la escrotoperineal está ocupada por cuerpos extraños, separados entre sí por espacios libres y depresibles. Son cuerpos duros, redondeado de tamaño variable; se desplazan independientemente en el sentido ántero-posterior. En cuanto al desplazamiento lateral se hace en masa y el cuerpo de la uretra se mueve a la vez. Da sensación táctil de crepitación; la presión profunda es dolorosa y, mediante la expresión, se puede obtener una gota de pus por el meato. La exploración con instrumentos es imposible porque no se consigue introducir el explorador a bola de Guyón, cualquiera que sea el número elegido.

Próstata: Es asiento de un adenoma que deforma la glándula con aumento de volumen y desaparición del surco medio posterior. La superficie de la glándula es lisa y uniforme; la palpación indolora.

Vesículas seminales: no se palpan.

Bolsas y su contenido: Nada digno de mención.

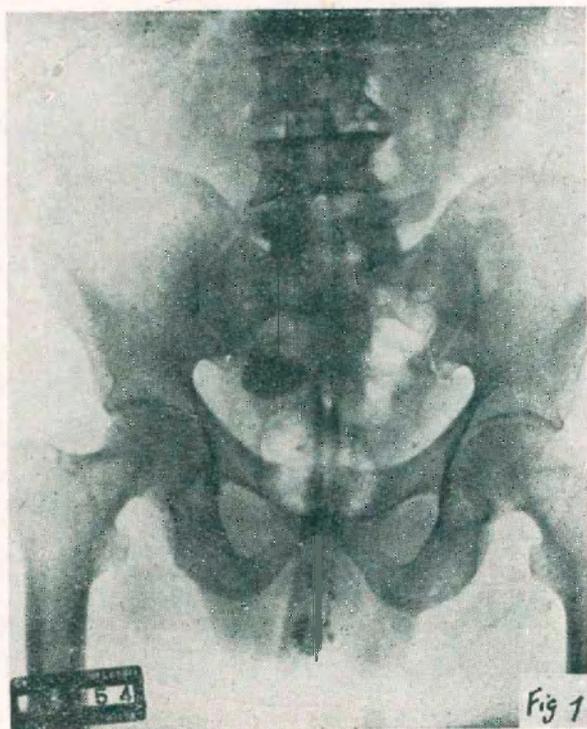
EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

Se comienza el tratamiento por la extracción de los cálculos de la uretra peneana (radiografía N° 1), utilizando la pinza de cuerpos extraños. Posteriormente, y en sesiones diferentes nos dedicamos a los cálculos que habitan en la uretra bulbar, lo que da origen a un traumatismo mayor, por cuanto los cálculos, en razón de la movilidad que les permite la misma uretra dilatada a punto de estar convertida en una verdadera cavidad, se mueven en todo sentido y escapan a la presa del instrumento. En total se extraen 43 cálculos, de tamaño oscilante

entre el de una arveja y el de un garbanzo; unos son redondos, otros planos y la mayor parte de ellos con facetas múltiples (figura N° 2).

Aunque parezca inútil referirlo conviene anotar que, cada una de estas extracciones se acompañaba de hemo-uretrorragia de relativa abundancia, la que cesaba al terminar la operación con un lavaje de solución de Rivanol al 0,10 por mil.

Una vez que se consiguió liberar la uretra de sus cuerpos extraños, y obtenida la permeabilidad del conducto, como lo demostraba el paso fácil de un explorador a bola N° 24, nos dedicamos a la extracción de los cálculos vesicales libres (fig. 4). Previa abertura de la fístula hipogástrica, indispensable para permitir la introducción de un especulum vaginal de tipo virginal, se sacaron todos



los cálculos libres contenidos en el interior de la vejiga. Su número ascendía aproximadamente a cincuenta y sus caracteres extremos eran semejantes a los de la uretra. Pasaban a la uretra y volvían a obstruirla, por lo que era necesario evacuar definitivamente la vejiga.

Durante las maniobras endovesicales se pudo comprobar, mediante la palpación manual e instrumental, que el pseudo-esfínter del divertículo era pequeño; que por él salía pus en cantidad abundante, que estaba infectado (diverticulitis) y que los cálculos que se palpaban en el interior no saldrían por el orificio natural. Se volvió a colocar el drenaje hipogástrica a fin de que el paciente se repusiera del traumatismo operatorio y, cuando lo consideramos oportuno nos dirigimos al divertículo, con el propósito de desembarazarlo de su contenido, los cálculos, y de curar la infección crónica de sus paredes. El plan operatorio supo-

nia. en una intervención ulterior, el tratamiento definitivo del divertículo mediante la extirpación, en cuanto las condiciones ambientes de forma, situación, tamaño y estado de la perividiculosis lo permitieran.

Prosiguiendo en el plan que nos habíamos trazado introducimos nuevamente un especulum vaginal en el orificio vesical, extrayendo así los cálculos con la pinza de cuerpos extraños y la cureta después, contenidos en el divertículo, previa dilatación instrumental y digital de pseudo esfínter. Evacuado perfectamente el divertículo y, en consideración a la gran cantidad de pus que contenía, introducimos un tubo de goma que llegaba hasta el orificio cutáneo de la fístula hipo-

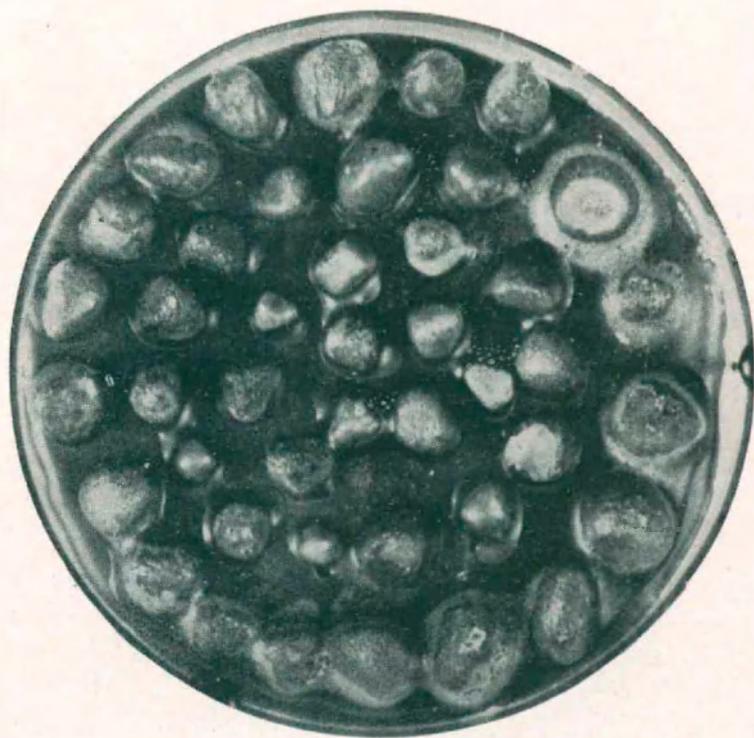
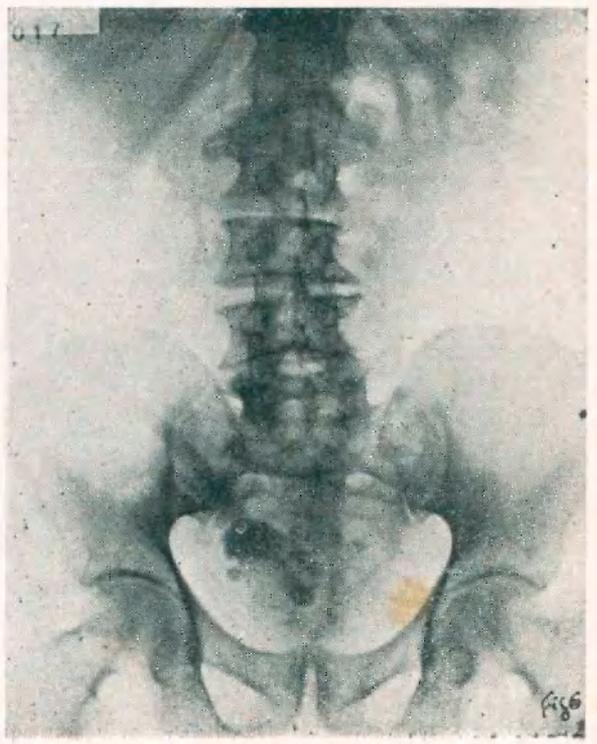
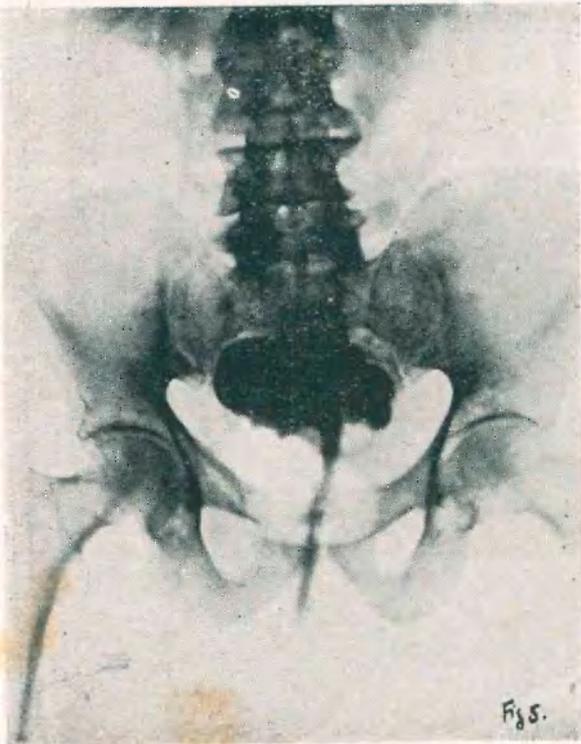
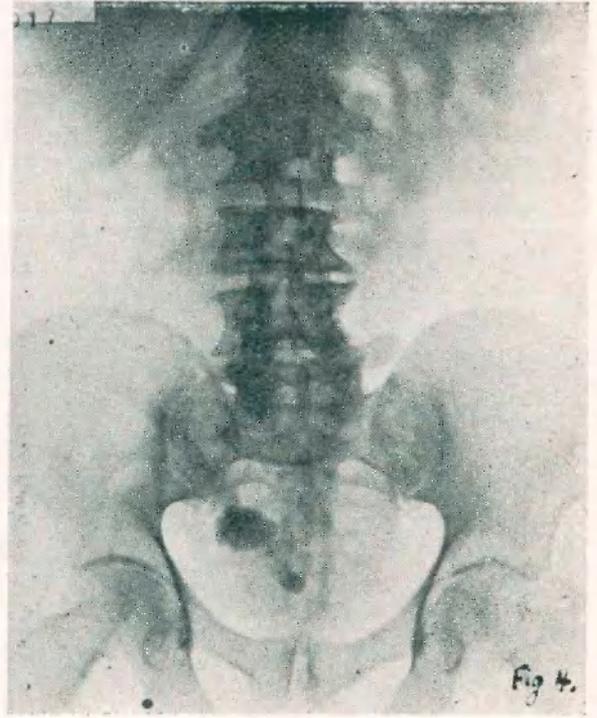
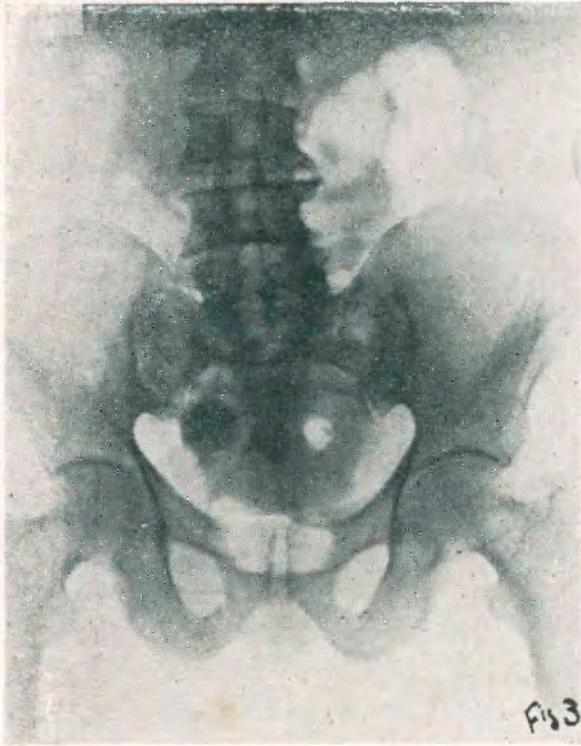


Figura N° 2

gástrica, conservando el drenaje de la vejiga con la sonda de Pezzer acodada. En los días siguientes se hicieron lavajes de la cavidad con solución de nitrato de plata al uno por mil, estableciendo un sistema de doble corriente en el que el líquido antiséptico entraba por el tubo endodiverticular y salía por la sonda hipogástrica.

Obtenida la mejoría del estado general y local, nos abocamos a la solución del problema que mencionamos en líneas anteriores, vale decir, de la suerte que debía caber al divertículo mismo. Su situación, su tamaño y sus relaciones con el uréter derecho no impedían tratarlo por la diverticulectomía; pero nos preocupaba constantemente el proceso peridiverticular, índice de la infección de la cavidad: en resumen era la peridiverticulitis y no el divertículo lo que más importaba. No hay que olvidar que la lesión elemental de la anatomía patológica de la diverti-



culitis está constituida por tejido conjuntivo que, por reacción, (infección), se transforma en tejido fibroso, el que establece relaciones íntimas con los órganos vecinos, tornando la operación mucho más difícil por la pérdida de las relaciones normales. No menos inquietante es la noción de la infección crónica y latente, en focos, que entran en actividad en ocasión de cualquier traumatismo operatorio, ocasionando después la celulitis pelviana, y la muerte por septicemia o amilosis renal, en algunos casos. No era tampoco el caso de contar demasiado con la acción del tiempo. Aunque se hubiese demorado la intervención por un año, la desinfección total y completa no se hubiese conseguido de ninguna manera, a pesar de la antisepsia local, la quimioterapia y la vacunoterapia y los demás recursos terapéuticos del caso.

En el mes de octubre de 1937, es decir, ocho meses después de la talla hipogástrica, decidimos actuar directamente sobre la causa originaria de todo este descalabro urinario inferior, el adenoma de la próstata, cuya ratificación diagnóstica se obtuvo por uretoscopia posterior, la que demostró un adenoma de tres lóbulos, con caracteres normales. Por otra parte circunstancias clínicas felices permitía esta operación, por cuanto el estado general del enfermo era bueno, el estado renal también, con una azohemia de 0,44 por mil, constante de Ambard de 0.099 y la P S P de 48 %. El divertículo parecía macroscópicamente desinfectado, la capacidad vesical era suficiente y en la próstata no había signos de infección.

Nuestro plan operatorio consistía, en cuanto las circunstancias lo permitieran, en: 1º Abrir por dislaceración o incisión el pseudo-esfínter diverticular, hasta dimensiones tales que establecieran una comunicación amplia y fácil entre el divertículo y la vejiga; y 2º, en la adenectomía de la próstata a lo Fulerston, es decir, asociada a drenaje perineal, operación ideal en este caso, puesto que la enfermedad databa de ocho meses y debíamos tener presentes las infecciones latentes.

Operación: El 5 de noviembre de 1937. Preparación pre-operatoria habitual.

Operador: Dr. Alejandro Astraldi; ayudante Dr. G. Amici.

Anestesia: raquídea, con novocaína 0,10 gramos.

Abertura del esfínter diverticular, utilizando el especulum vaginal e instrumentos romos.

Adenectomía, contrabertura perineal, taponamiento y drenaje vesical.

El examen de la pieza revela la existencia de un adenoma, de tres lóbulos, de tipo adenofibromatoso, con degeneración quística parcial.

Periodo post-operatorio: Al segundo día de la operación, complicación ocular-panoftalmítis y bronconeumonía. Fallecimiento.

CONSIDERACIONES

Relatada de esta manera, en forma cronológica, la marcha de la enfermedad, juzgamos necesario justificar el procedimiento y la sucesión de las intervenciones, para reconstruir, posteriormente, el cuadro patogénico de las complicaciones que se observaron en nuestro enfermo.

Nuestra primera preocupación fué la de permeabilizar la uretra, dado que la derivación de la orina, cuidado fundamental en estos casos, ya había sido practicada en la operación de urgencia (Talla hipogástrica, Dr. Viacava). Vale para la uretra, el mismo principio que para el uréter cuando está obstruído, solos o concomitantemente con sus respectivas cavidades, vejiga y sistema pielocalicial: la operación debe comenzar por desembarazar el conducto antes que la cavidad. Otro elemento muy digno de tenerse en cuenta era la infección de la uretra, secundaria a la calculosis del conducto, aunque, como diremos más tarde, estos mismos cálculos tenían como punto de partida la infección, vale decir que devolvían al medio su mismo origen. Obtenida la permeabilidad absoluta del conducto y su desinfección relativa (gota matinal) estaba justificada la intervención vesical puesto que en la vejiga residía la causa primera de la lesión uretral, vale decir, cálculos, cistitis e infección. El intervalo de tiempo transcurrido entre estas intervenciones, se justificaba por el grado de infección de los órganos, puesto, que cada una de las maniobras, endouretrales y endovesicales era seguido de hemorragia y fiebre urinosa. Procediendo de esta manera el enfermo toleró la extracción de los cálculos y mejoró lo bastante como para ponerse en condiciones de soportar la adenectomía de la próstata. Esta se practicó considerando el bienestar general, la desinfección vesical y la buena función renal.

Las complicaciones infecciosas post-operatorias, en particular la oftalmítis, deben ser consideradas como partiendo de los focos sépticos ureterales, vesicales o prostáticos mediante la vía sanguínea como intermediaria.

PATOGENIA DEL PROCESO URINARIO

El punto de partida de las lesiones, no puede ser otro que el adenoma de la próstata. En los antecedentes de la enfermedad, la disuria y la polaquiuria figuraban como fenómenos iniciales. Es evidente que se trataba de un paciente retencionista crónico sin distensión. Lo que no parece fácil asegurar es la etiología del divertículo, puesto que no podemos saber si era congénito o adquirido, si se considera que, en ciertos casos de adenoma de la próstata, los divertículos son considerados como malformaciones ciertas veces, y, en otras y por las mismas razones, como deformaciones. Hubiera interesado

particularmente, en nuestro caso, poder elucidar su etiología, pero es evidente que existía, y contribuyó a aumentar las complicaciones.

En cuanto a la calculosis, sin discusión, parece secundaria, puesto que se genera en un órgano y no tiene como etiología más que los dos factores bien conocidos: la infección y la retención. La naturaleza química de los cálculos, de tipo fosfático nos obliga a pensar que el estafilococo era el agente infeccioso en juego. Era, pues, por una causa local y particular por la que el enfermo generaba cálculos con tanta facilidad y no por causa general o diatésica.

Este caso, motivo de tales comentarios, no tiene, como se ve, más interés que la sucesión clínica de complicaciones locales, por todo lo cual no consideramos oportuno entrar en citas bibliográficas.