

Por el Doctor

ALBERTO E. GARCIA

CALCULO VESICAL SECUNDARIO A LA SUTURA DE LA VEJIGA CON MATERIAL NO REABSORBIBLE

Es bien sabido, que cualquier cuerpo extraño alojado en la vejiga durante un cierto tiempo, es capaz de actuar como núcleo de precipitación de las sales de la orina, y ser el punto de partida de la formación de un cálculo. En los Museos de la Especialidad, y en el recuerdo de todos los Urólogos con larga experiencia, se encuentran los objetos más raros (fragmentos de sondas, gasas, horquillas, etc), que han sido el origen de una litiasis vesical.

En la práctica urológica corriente, es habitual poder observar que la extremidad de las sondas (especialmente las autofijables) que han sido mantenidas durante algunos días para asegurar el drenaje de vejigas fuertemente infectadas, aparecen recubiertas de una capa de sales, que traduce la precipitación de las mismas sobre el núcleo litógeno del cuerpo extraño.

Ello ocurre frecuentemente en las vejigas infectadas, en las que la reacción alcalina de la orina, que casi siempre acompaña a la infección, crea el factor propicio para la precipitación de sus sales. Y es el caso, que cualquier cuerpo extraño alojado en la vejiga, no resulta jamás un elemento indiferente para el órgano, y a corto plazo, será la causa de la inflamación e infección del mismo, creando así las condiciones litogénicas antedichas; a las que podrá sumarse además, en algunos casos, un trastorno mecánico para la evacuación, provocado por el mismo cuerpo extraño.

No entraremos en detalles sobre el mecanismo o proceso físico-químico que determina la precipitación de las sales normalmente eliminadas con la orina. Ello implicaría la revisión de un sinnúmero de conceptos y teorías que han pretendido explicarlo, siendo al pare-

cer, hoy, el fundamento de un desequilibrio coloidal, el que gana más adeptos.

Nuestro propósito es más modesto, y de índole eminentemente práctica. Se trata de un cálculo vesical, desarrollado a expensas de un fragmento de material de sutura, no reabsorbible (seda), utilizado varios meses antes para reparar una herida operatoria accidental de la vejiga, en el curso de una intervención por una hernia inguinal.

La observación corresponde a la Historia Clínica N° 8262, del Servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires, que nos proporciona, resumiendo, los siguientes datos:

R. Ch. — 52 años, empleado.

Ingresa al Servicio el 14 de enero, y se dado de alta el 28 de marzo del corriente año.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Antecedentes urinarios: Sin antecedentes urinarios ajenos a su enfermedad actual.

Antecedentes de la enfermedad actual: Refiere el paciente, que aproximadamente 8 meses antes de su ingreso, fué operado por un conocido cirujano, en un Instituto Privado, de una hernia inguinal derecha. Al finalizar la operación, le colocaron una sonda uretral permanente, y le prescribieron una bolsa de hielo en el bajo vientre. Recuerda, con precisión de detalles, que en los días que siguieron a la operación, tuvo fiebre elevada, con escalofríos, dolor en el hipogastrio, deseos frecuentes de orinar (a pesar de la sonda permanente), y que la orina fué intensamente hematúrica por espacio de una semana. Transcurridos 15 días con sonda permanente, los fenómenos infecciosos habían desaparecido, los dolores se habían atenuado, y el aspecto de la orina había recobrado su normalidad. Le fué suprimido entonces el drenaje vesical, y durante varios días le practicaron instilaciones con un aceite cuya naturaleza desconoce, para combatir una acentuada polaquiuria residual, con ardor y tenesmo al final de las micciones, molestias de las que fué mejorando gradualmente. Fué dado de alta a los 27 días de la operación, considerándosele curado, sin ninguna prescripción terapéutica para el futuro.

Pero sostiene el enfermo, que desde esa oportunidad, sus micciones no volvieron a ser normales. Ha persistido siempre una discreta polaquiuria, con ardor y tenesmo al finalizar la evacuación de la vejiga. Hace 2 meses, estos síntomas se acentuaron bruscamente, en un episodio de cistitis aguda, durante el cual apareció, por primera vez, una hematuria de tipo terminal. Atenuado el episodio con la administración de calmantes y antisépticos urinarios que le prescribiera un Facultativo, la sintomatología recrudece, sin embargo, a los pocos días, y los dolores al final de la micción se van haciendo cada vez más intensos y duraderos.

En los días que preceden a su ingreso, la polaquiuria y el tenesmo lo imposibilitan para toda actividad, y la hematuria terminal acompaña a todas las mic-

ciones. El reposo en cama, le atenúa algo los sufrimientos. No ha tenido ningún episodio de retención aguda de orina.

Concorre al C. Externo, donde por la exploración instrumental se presume la existencia de un cálculo vesical, y se le aconseja la internación para su tratamiento.

Estado actual: Sujeto normalmente constituido, en buen estado general. Apirético. Pulso normal.

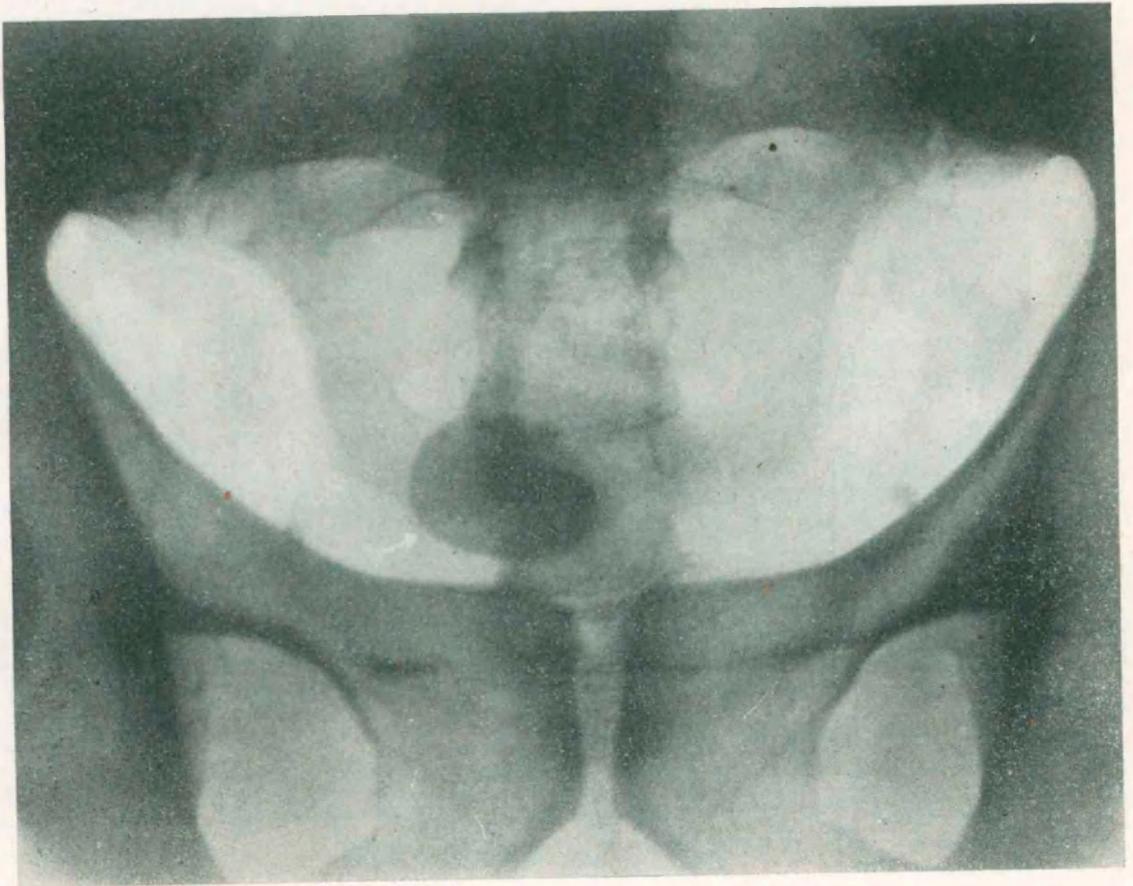


Figura 1

Radiografía de la vejiga, en la que puede observarse nítidamente la sombra del cálculo alojado en su interior.

Aparato genito-urinario.

Riñones: No se palpan ni pelotean. Sensibilidad normal.

Uréteres: Puntos ureterales indoloros.

Vejiga: No se palpa globo vesical, pero la compresión profunda suprapubiana es francamente dolorosa.

Uretra: Pasa una sonda número 18 sin ninguna dificultad, pero a nivel de la vejiga, se percibe netamente la sensación del choque de la misma con un cuerpo

extraño. No hay retención vesical, pero las pocas gotas que fluyen por la sonda son de orina hematúrica.

Próstata: De caracteres normales.

Testículos, epidídimos, etc.: Sin particularidad.

Orina: 1ª copa turbia, con grumos purulentos. 2ª copa ligeramente hematórica (hematuria terminal).

Cistoscopia: Vejiga muy sensible a la distensión, a pesar de lo cual se consigue una discreta capacidad (120 c.c.). Paredes vesicales lisas, con la mucosa uniformemente opaca y rojiza, sin lesiones ulcerativas. Por detrás del músculo interutetérico, se observa un cálculo blanquecino, del tamaño aparente de una

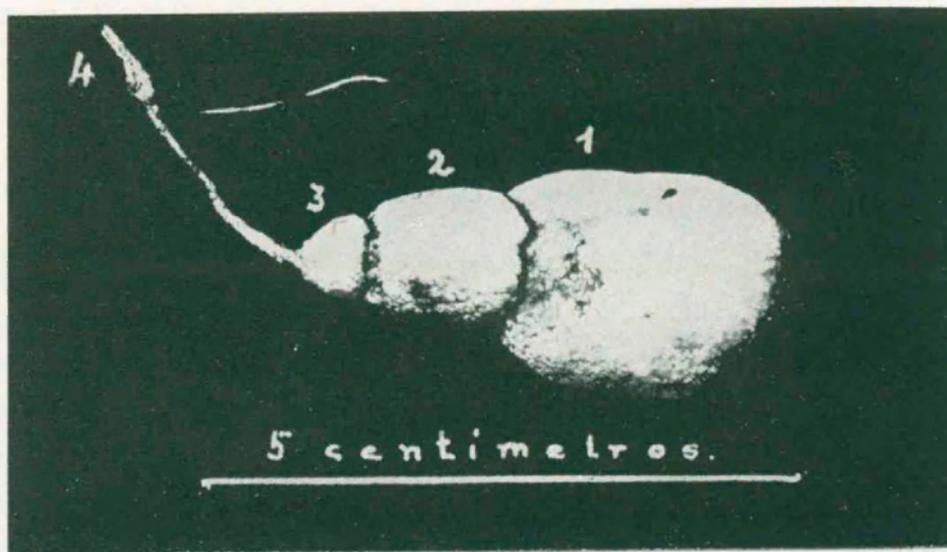


Figura 2

El cálculo extraído, con 1-2-3, las masas separadas que lo constituyen, y 4, la seda alrededor de la cual se ha formado, con el nudo terminal que testimonia la sutura.

nuez, que en conjunto tiene la forma de una caracol. Orificios ureterales normales. Eyaculaciones limpias. Relieve y movilidad del cuello vesical, normales.

Indigo carmín: R. D. 3'15". R. I. 3'40". Eliminación con intensidad, ritmo y proyección semejante de ambos lados.

Exámenes de laboratorio.

Orina: Rojiza. Turbia. Sedimento abundante. Reacción alcalina. Densidad: 1.017. Urea: 16.40 o/oo. Cloruros: 7.10 o/oo. Fosfatos: 2.10 o/oo. Elementos anormales: Albúmina: 0.20 o/oo. Hemoglobina. Pus. Hematíes. Fosfatos triples.

Sangre: Urea: 0.38 o/oo. Glucosa: 1.08 o/oo.

Exámenes radiológicos.

En la radiografía simple de la vejiga (N° 21.752), obtenida previa evacuación de la misma (figura 1), se observa una sombra ovalada, de contornos netos, de franca opacidad radiológica, ligeramente lateralizada hacia la derecha de la línea media, con los caracteres de un cálculo vesical.

En la radiografía reno-ureteral, no se observa ninguna sombra patológica.

Con el diagnóstico inequívoco de litiasis vesical, y tratándose de un cálculo único, de mediano tamaño, y con buen calibre ureteral, se decide llevar a cabo una litotricia con el aparato endoscópico de *Joseph*.

Con el objeto de hacer anestesia, se le practica al enfermo una inyección subcutánea de escofedal (débil), un enema laudanizado (XI. gotas), y una instilación uretro-vesical de solución de pantocaína al 2 por mil, obteniéndose de esa manera una excelente capacidad vesical, con perfecta tolerancia para la introducción del grueso litotritor. Se logra una nitida visualización de la vejiga, pero observamos con extrañeza, que al aumentar la capacidad vesical, el cálculo ya no parece estar en el bajo fondo, como en el examen cistoscópico anterior, sino junto a la cara postero-superior de la vejiga, donde evidentemente está fijado, siendo muy difícil hacer presa sobre el mismo con las ramas del litotritor. Tratando de hacerlo más accesible, disminuimos la distensión vesical, maniobra mediante la cual se logra llevar a cabo una toma con éxito. Pero al tratar de movilizar el cálculo, se comprueba que hace cuerpo con la pared vesical; el enfermo acusa fuertes dolores, y por efecto de la tracción se provoca una hemorragia que impide continuar con la intervención endoscópica. Se coloca una sonda permanente, se administra un coagulante, y a las pocas horas la hematuria desaparece.

Al 4º día de la fracasada litotricia, se inflama el epidídimo izquierdo, siendo necesario, a los pocos días, llevar a cabo una incisión y drenaje de un pequeño absceso, coleccionado a nivel de la cola del órgano. La evolución es favorable, y a las 2 semanas, el proceso infeccioso epididimario se considera curado.

Por las circunstancias antedichas, se decide entonces llevar a cabo la extracción del cálculo mediante una cistostomía.

Operación: (Febrero 1941). *Cistolitotomía.*

Operador: Dr. García. *Ayudante:* Dr. Abella.

Anestesia general etérea.

Incisión transversa de Ubelhor. La pared lateral derecha de la vejiga está íntimamente adherida al tejido celular perivesical y al peritoneo, que desciende anormalmente sobre ella; a pesar de lo cual se consigue exponer una superficie considerable de la cara anterior de la misma, por la cual se hace una amplia incisión, que permite explorar meticulosamente la cavidad del órgano. Nos encontramos así con el cálculo, que aparece fijado a la cara lateral derecha de la vejiga, por un pedículo filiforme, que se desprende después de moderada tracción. Se produce una pequeña hemorragia, que se cohibe de inmediato con un toque de coagulación con el electrodo esférico. Se sutura parcialmente la brecha vesical, dejando un drenaje hipogástrico con sonda de *Pezzer*, y se reconstruye la pared en 2 planos.

El post-operatorio inmediato transcurre sin ningún incidente, y el enfermo es dado de alta el 28 de marzo, después que un nuevo examen cistoscópico nos permite controlar su curación.

El cálculo extraído (figura 2), presenta algunos caracteres sumamente interesantes. Tiene aproximadamente 5 centímetros de largo, y en conjunto se asemeja, con extraordinaria fidelidad, a un caracol. Está constituido por tres masas pétreas (1, 2, 3, figura 2), perfectamente diferenciadas y móviles entre sí, pero reunidas por un eje flexible, que no puede ser otra cosa que el fragmento de seda que emerge por el extremo, y que a modo de pedículo lo unía a la pared vesical a nivel de un nudo, perfectamente reconocible en la figura 2 (N° 4).

El examen químico del cálculo, demostró que estaba constituido por fosfato de calcio.

En posesión de los datos que nos proporciona la anterior Historia Clínica creemos estar en condiciones de recapitular sobre lo ocurrido, y explicar satisfactoriamente la patogenia de la formación del cálculo vesical.

El enfermo había sido operado 8 meses antes de una hernia inguinal derecha, y es indiscutible que durante la intervención debió de haber ocurrido algún accidente operatorio, con herida de la vejiga, desde el momento que le fué colocada de inmediato una sonda permanente (mantenida luego durante 15 días) y el enfermo refiere que la orina fué hematúrica por espacio de 1 semana. No cabe duda de que la pequeña porción de seda alrededor de la cual se ha formado el cálculo, que permanecía fijada a la pared vesical por uno de sus extremos, a nivel del cual se observa perfectamente un nudo (figura 2, N° 4), no puede tener otro origen que la reparación de la herida vesical, durante el acto operatorio, con dicho material de sutura, no reabsorbible. Más aún, podemos afirmar, por el tipo del nudo terminal, que la sutura ha sido hecha con un surget, con seda. ¿De qué otra manera si no, podría explicarse el hallazgo de un fragmento de material de sutura tan largo (más de 7 centímetros)? Solamente con un surget, que por necrosis secundaria de las pequeñas porciones de tejido comprendidas en la sutura, ha permitido que se desprendiera una parte del material no reabsorbible utilizado para la misma, el cual ha quedado como suspendido de la pared vesical, sirviendo de excelente núcleo de precipitación de las sales de la orina; seguramente favorecido por la infección de la vejiga, inevitable en tales circunstancias. Es posible además, que durante las manio-

bras de la fracasada litotricia, por la tracción ejercida sobre el cálculo, hayamos desprendido aún más la sutura reparadora. Ello explicaría la hemorragia observada en ese momento, y la existencia del verdadero pedículo filiforme constituido por la seda, que no podría haber pasado desapercibido en el examen cistoscópico anterior, si ya hubiese estado desprendido de la pared vesical.

Todo lo dicho entraña la lógica prevención de no utilizar jamás un material de sutura no reabsorbible para reparar una herida de la vejiga, de cualquier naturaleza que fuere. Y mucho menos, el hacerlo con un surget. Los puntos separados, aunque se esfacelen y desprendan ulteriormente, pueden llegar a ser eliminados con la orina con mayor facilidad.

Pero esa eventualidad tampoco puede justificarse. Es perfectamente posible, y así debe hacerse, reparar cualquier herida de la vejiga, mediante una sutura (surget o puntos separados) llevada a cabo *con material reabsorbible*. Lo contrario, implicará siempre el peligro de dejar en la vejiga un cuerpo extraño, que como en el presente caso, puede actuar como un núcleo litogénico.

DISCUSIÓN

DR. ASTRALDI. — *Pido la palabra.*

Es para felicitar al doctor García por su interesante comunicación y decir que es de actualidad —y digo es de actualidad porque yo no sé por qué razones, las que interesan— se tiene la tendencia a dejar, al menos en cirugía general —y eso será motivo para que nos podamos acercar a todas las especialidades— todo lo que es material de sutura no reabsorbible. Es decir, la tendencia de hacer suturas con hilo y con seda en el momento actual. Y digo que esto es de actualidad, para que todos reprobemos estos hechos y rechacemos de plano esa tendencia que tiene por finalidad modificar esa tendencia que existe en cirugía de utilizar material reabsorbible.

DR. MONTENEGRO. — *Pido la palabra.*

En el Museo del Hospital Rawson, debe figurar y tal vez el señor Presidente lo habrá visto, una o dos piezas que son también cálculos desarrollados alrededor de puntos de sutura hechos con seda en la vejiga.

Se trataba en este caso de suturas con puntos separados. Esas piezas datan de la época en que dirigía el servicio que actualmente dirige el profesor Castaño, el profesor Federico Tejo, primer profesor titular de urología en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. En su honor es que he querido recordar esto.

Hace algunos años, no muchos, al pasar delante de la sala de Cistoscopia, el doctor José Antonio Quintana, que trabajaba entonces, también en el Rawson, me llamó para consultarme sobre algo raro que pendía de la pared anterior de la vejiga en un enfermo al cual estaban practicando en ese momento una cistoscopia. Se trataba de hilos no reabsorbibles que pendían de la pared anterior de la vejiga, dando la imagen de una estalactita y eran tres o cuatro. En algunos de ellos ya había precipitaciones salinas, es decir, pequeños cálculos. Esos hilos fueron extraídos después por vía endoscópica, naturalmente, y el enfermo curó perfectamente bien. Es todo cuanto puedo agregar a la interesante comunicación del doctor García.

DR. GARCÍA. Agradezco la colaboración de los doctores Astraldi y Montenegro y como el doctor Astraldi, decimos en el trabajo que en la sutura de la vejiga no hay ninguna razón en el momento actual para no utilizar un material reabsorbible que garantiza ponerse a descubierto de esa eventualidad, como la que acabamos de mencionar.