

Hospital Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

ELIMINACION DE CUERPO EXTRAÑO DE VEJIGA POR INTERVENCION GINECOLOGICA

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y NATALIO CARTELLI

El hecho de encontrar un cuerpo extraño en vejiga no constituye ninguna rareza y son innumerables los casos observados y muchos publicados de los más variados tipos, más frecuente en la mujer que en el hombre y, salvo excepciones, introducidos con fines eróticos.

Como descuido operatorio en las intervenciones practicadas en vejiga, tampoco son excepcionales, y ha sido posible encontrar restos de gasa en la loge prostática después de la prostatectomía, cuando el orificio fistuloso de la talla se abría constantemente, obligando a una cuidadosa exploración vesical, que ponía de manifiesto la presencia de dicho cuerpo extraño.

Lo mismo ha sucedido con el pabellón de una sonda Pezzer, etc.

Pero la presencia de un cuerpo extraño en vejiga, que simulaba un cálculo, después de una intervención ginecológica, es ya un hecho poco frecuente y, en nuestro caso, importante por habernos obligado a practicar otro tipo de intervención de la que habíamos elegido para su extracción, dándonos cuenta recién del tipo de cuerpo extraño de que se trataba.

Se trata de una enferma de 58 años. M. P. de C., que se interna en un servicio de ginecología por tener pérdidas involuntarias de orina por lo general después de algún esfuerzo (tos, defecación, etc.) que la obliga a llevar paños.

El examen ginecológico revela tratarse de un uretrocele y ectropión de mucosa uretral, colpocistocele de 2º grado y colporectocele de 2º grado. Con diagnóstico clínico de: incontinencia parcial de orina, por colpocistocele y colporectocele de 2º grado, es intervenida con anestesia local (Novocaina 1% 1/2 cc) y de los plexos de Frankenhauser y parametrios, practicando la operación de Marion y colporratia anterior y colpo-perineorrafia, con miorrafia de los elevadores.

Se deja sonda vesical haciendo un postoperatorio normal. A los pocos días de operada y sin sonda permanente, la enferma presenta molestias vesicales, que es tratada con antisépticos urinarios, no mejorando, razón por la cual es enviada a nuestro Servicio para su tratamiento, encontrándonos ante una paciente que presenta: polaquiuria diurna y nocturna (cada hora) ardor miccional, piuria total y hematuria terminal.

El examen clínico e instrumental, desde el punto de vista urológico, nos muestra:

Riñones y uréteres: No se palpan ni existen puntos dolorosos clásicos. Orinas piúricas. Vejiga, sin retención, sensible a la distensión y al contacto.

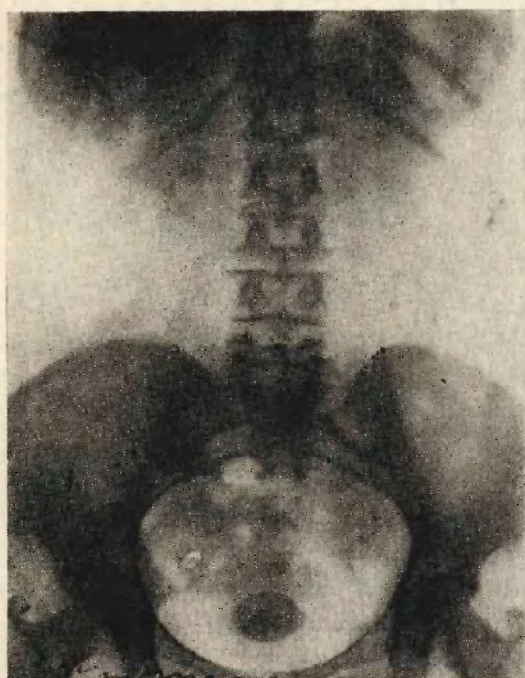


Figura 1



Figura 2

Cistoscopia, con 150 c.c. de líquido: mucosa congestiva y edematosa en su parte inferior —cuello regular—, orificios ureterales visibles, algo entreabiertos, de situación normal.

En bajo fondo se observa la imagen de un cálculo blanquecino, de superficie irregular que ocupa dos campos cistoscópicos. Los movimientos del cistoscopio perciben un roce y un sonido atenuado cuando chocan con la formación calcúlosa.

Examen radiográfico: Radiografía simple: Se visualiza en excavación pelviana, por encima del borde superior del pubis y en línea media, una sombra de aspecto calcúlosa, del tamaño de una nuez, de bordes bien marcados.

Urografía de excreción: 10' buena eliminación en ambos lados, con pelvis, cálices y uréteres de aspecto normal. 30' ídem. La substancia opaca acumulada en vejiga muestra una sombra, con falta de relleno que corresponde a la formación calcúlosa. Con el examen clínico y de laboratorio en perfectas condiciones, se decide hacer litotricia, previa instilaciones de Drometíl durante varios días.

15-1-48. Dres. Cartelli y Márquez. Anestesia epidural (0.40 cgrs. de Novocaína); se

introducen en vejiga 140 c.c. de líquido y se coloca el litotritor de ramas fenestradas, intentando hacer tomas correctas. A pesar de insistir repetidas veces, no se percibe la sensación cal-

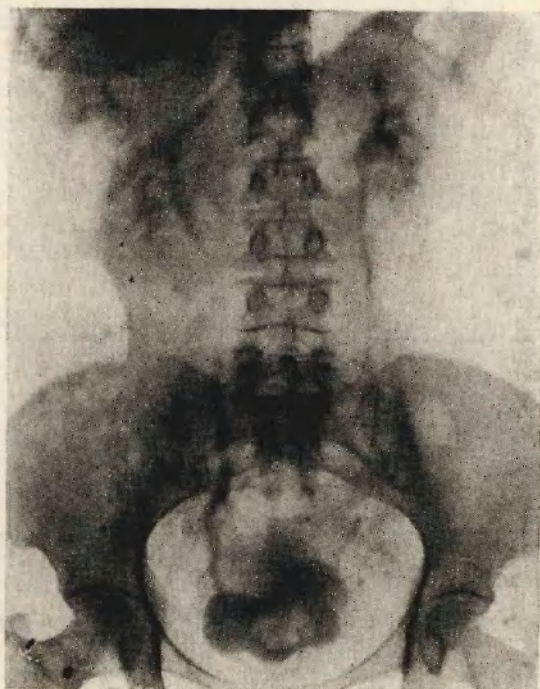


Figura 3

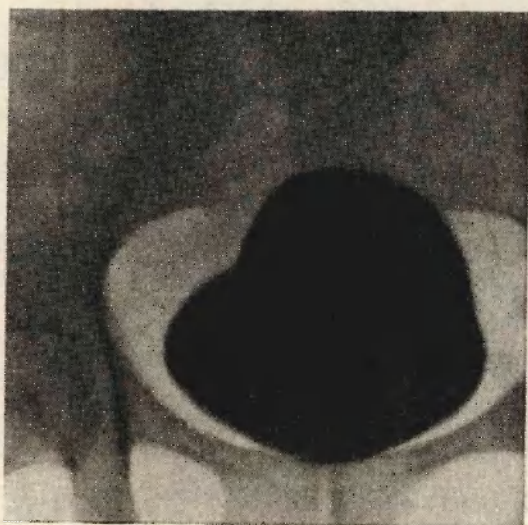


Figura 4



Figura 5

culosa, dando la impresión de tomar la mucosa vesical, sospecha que se nos hizo evidente al notar la salida del líquido vesical por la uretra teñida con sangre. Ante estos inconvenientes se desiste de la intervención, colocando sonda permanente.

Una semana después, 22-1-48, y ya la enferma con orinas claras y sin molestias vesicales, se decide practicar la litotricia bajo anestesia raquídea, encontrándonos con los mismos inconvenientes que en la intervención anterior, razón por la cual se decide practicar talla hipogástrica. Abierta la vejiga e introducido el dedo en la cavidad vesical para su exploración y extracción del cálculo, se percibe la presencia de un cuerpo extraño blanduzco que al extraerlo no es más que una gasa de 0,20 x 0,20 de los llamados "moñitos", replegada entre sí e incrustada de sales. Introducido nuevamente el dedo en la vejiga, se percibe por detrás del cuello vesical y a unos 5 centímetros del mismo, un orificio de aspecto infundibuliforme, que permite la introducción del dedo índice en su parte más superficial.

Se cierra pared por planos dejando sonda Pezzer en vejiga y Supton y drenaje en cavidad de Retzius.

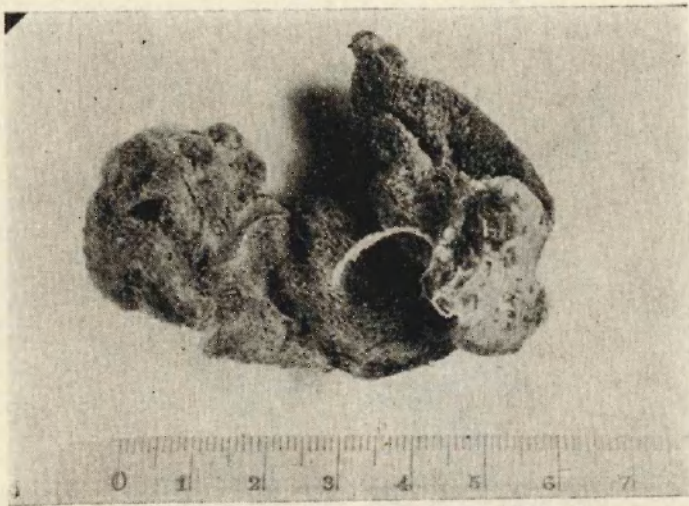


Figura 6

El postoperatorio no presenta ningún inconveniente, retirando la sonda hipogástrica a los 12 días y colocando sonda uretral, cerrando la fístula hipogástrica a los 18 días.

La cistografía practicada al estar cerrada la vejiga, de frente y perfil nos muestra la imagen vesical grande, de bordes lisos. No se percibe el infundibulum observado durante la exploración endovesical en el acto quirúrgico.

COMENTARIOS

¿Cómo explicar la presencia de esta gasa dentro de la vejiga y el infundibulum que quedó al retirar la misma?

La entrada de la gasa en la vejiga puede haberse producido por tres mecanismos:

1º) Por apertura y cierre inconsciente de la vejiga, que explicaría la falta de fístula inmediata. Descartamos este mecanismo por cuanto la operación fué practicada por un especialista.

2º) La gasa quedó olvidada entre la vagina y la vejiga, posteriormente buscó salida, atravesando la pared vesical.

3º) La gasa fué dejada en una de las bolsas practicadas en la pared vesical para corregir el cistocele, con jareta de la fascia vésico-vaginal.

Pensamos que éste haya sido el mecanismo por cuanto a veces la fascia ha sido desgarrada con gasa montada que destruye también fibras musculares.

Apretada allí la gasa, el camino más fácil es el vesical. Además hemos constatado al sacar la gasa una porción infundibuliforme en la vejiga, simulando el cuello vesical, pero situado a unos 2 traveses de dedo por detrás del mismo. Reforzada la pared vesical por la sutura en bolsa, que practicó el cirujano, pudo hacerse la perforación hacia la luz vesical sin dejar fístula.

DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — *Hace tiempo, una enferma fué intervenida por un conocido cirujano de Buenos Aires. Después de la operación, quedó con cistitis. Siguió durante un tiempo en ese estado y examinada por un urólogo se comprobó la existencia de un tumor situado por detrás del triángulo.*

Supuso el urólogo que la seguía que se trataba de un tumor maligno e hizo hasta un dibujo del mismo. Esa enferma me fué enviada para que la atendiera. Durante 8 ó 9 meses —y aún hoy lo hace— estuvo eliminando pequeños trozos de gasa, que al principio creí eran hilos de sutura, hasta que un día eliminó un trozo más o menos grande de gasa, tipo camiseta.

Dr. Schiappapietra. — *En el Servicio de mi Hospital, se sigue con interés un enfermo cuya lesión vesical no explicaba la evolución y tratamiento. Ese paciente había sido intervenido, seis meses atrás, por hernia abdominal en otro Servicio.*

A ese enfermo lo operamos y se extrajo en la intervención una gasa que estaba adherida a la pared de la vejiga y que asomaba una de sus extremidades en la vejiga.

Ese caso fué presentado a la Sociedad de Cirugía y el Dr. Masciotra lo comentó con mucho tino, llamando "oblito" al cuerpo olvidado,

Dr. Bernardi. — *Voy a relatar un caso, por cierto, bastante cómico.*

Hace algunos años, una enferma que padecía una cistitis banal fué enviada a nuestro consultorio externo. La atendía una enfermera que usaba una sonda muy gruesa y una solución no muy esterilizada. Después de varias instilaciones, como la enferma se quejara insistentemente de dolores, le efectué una endoscopia y encontré una mosca dentro de la vejiga. Con el panendoscopio grande fué extraída la mosca y la enferma anduvo bien.

Dr. Cartelli. — *Agradezco la contribución de mis distinguidos colegas,*