

Por el Doctor

LEONIDAS REBAUDI

## EXTRACCION DE UN CUERPO EXTRAÑO DE PELVIS POR VIA ENDOVESICAL

EL día 20 de septiembre del año 1939 ingresa al Servicio de vías Urinarias un herido de bala, que ya había sido atendido en la Sala de Cirugía General. Concurría por dolores en la fosa ilíaca derecha, dolores que se hacían más manifiestos durante la micción y por una ligera polaquiuria.

Se trata de un hombre joven de 29 años de edad que recibe un balazo, dice el accidentalmente, penetrando el proyectil a nivel de la región sacra derecha, para quedar alojado en la pelvis del mismo lado: esto sucede el día 10 de marzo de 1938, época en que es internado en el hospital de Punta Arenas donde permanece dos meses en observación. De allí es traído a Buenos Aires ingresando en un servicio hospitalario donde es intervenido por un conocido cirujano, el cual practica una incisión para umbilical derecha de 20 centímetros de longitud.

El proyectil no fué encontrado durante el acto quirúrgico y el paciente fué dado de alta con una fístula en el extremo inferior de la herida.

De esta fístula sale pus fétido.

En estas condiciones el paciente ingresa a otro servicio de cirugía general donde es reintervenido el día 5 de junio de 1939 bajo anestesia general con éter, practicándosele una incisión paralela a la arcada de Falopio y cuya parte central abarca la fístula anteriormente descripta.

La incisión es amplia de más o menos 15 ctms. de longitud y dice la historia clínica que a nivel de la fístula es imposible avanzar porque se cae sobre un núcleo fibroso en que han desaparecido todos los planos anatómicos.

El cirujano explora por la extremidad superior de la herida llegando en esta forma a la línea innominada cayendo en una pequeña cavidad a la altura de los vasos ilíacos, vasos que no pueden individualizarse.

De esa pequeña cavidad se extrae pus por medio del aspirador y al explorarla con el dedo se consigue retirar un pequeño secuestro óseo.

Explorando a través del tumor fibroso, que es de un tamaño mayor que el puño de un adulto, exploración hecha a ciega, se consigue palpar el polo de la bala, totalmente aprisionado y en uno de los esfuerzos para librarla sale un gran chorro de sangre venosa seguramente de la vena ilíaca, hemorragia que es cohibida por un taponaje efectuado con dos compresas.

La hemorragia fué abundante y el enfermo convenientemente atendido se recupera de la complicación operatoria reponiéndose rápidamente.

En estas condiciones me hice cargo del paciente, el que examinado en forma general no presenta nada digno de mención: en cuanto a los exámenes urológicos, se nota dolor a la puño percusión de Murphy derecha, palpándose un riñón del mismo lado ligeramente agrandado de tamaño. Próstata normal: por encima de ésta y del lado derecho se palpa una región ligeramente empastada y dolorosa.

Abdomen: presenta dos cicatrices, una vertical para umbilical y la otra paralela a la arcada de Falopio. Estas dos cicatrices toman contacto a nivel de una fístula que está situada a la altura de la parte media de la arcada antes dicha.

Por esta fístula sale pus, orina y materia fecal.

La palpación profunda de la región es imposible por lo dolorosa.

Como los fenómenos vesicales eran persistentes, me hice cargo del enfermo pensando que el proyectil por su proximidad a la vejiga podría ser la causa irritante del reservorio urinario.

La cistoscopia no da ningún detalle. El uréter derecho no funciona.

Se efectúan cuatro radiografías de la región vesical, la primera simple muestra al proyectil con su eje mayor longitudinal, el polo superior algo aplastado, forma como una especie de cabeza colocado en la parte derecha de la pelvis, a nivel de la espina ciática, más cerca de ésta que del borde externo derecho de la articulación sacro-coxiaca.

Para conocer la relación que tuviese con la vejiga se practica una cistoradiografía de frente llenándose el reservorio urinario con doscientos centímetros cúbicos de solución opaca.

La bala parece estar colocada por delante de la vejiga tocando su borde derecho más cerca de la cúpula que de la base.

En otra radiografía medio lateral se observa a la bala por delante de la vejiga en un plano bastante anterior y con el eje mayor dirigido de arriba a abajo. En esta radiografía parece que la vejiga estuviese ligeramente deformada por el cuerpo extraño y por último en la cuarta se ha evacuado a medidas el reservorio y se comprueba que éste se aparta del proyectil y que la parte derecha queda mas llena que la izquierda seguramente debido a la fibrosis que la rodea. No existe fistula vesical. Perdiendo el enfermo orina por lesión del uréter derecho.

En estas condiciones y con anestesia general se practica una incisión mediana supra púbica como para una talla, se trata de disecar la vejiga llena de liquido hacia el lado derecho, cosa que no se consigue debido a las adherencias y aleccionado por la grave complicación ocurrida anteriormente y dada la proximidad del proyectil a la vejiga resolvemos practicar una talla: explorando luego con el dedo desde el interior de la misma, se busca al proyectil el cual es palpado fácilmente.

A nivel de este sitio se abre la vejiga nuevamente y se lo extrae quedando una pequeña cavidad que es taponada con gasa. Sonda Pezzer por la talla.

A los cuatro días se extrae el tapón y un día después sobreviene una hemorragia no muy abundante y que se cohibe con tratamiento interno.

El paciente está ahora curado con su herida de talla cerrada y continuando su fistula anterior.

Han desaparecido los trastornos dolorosos y los fenómenos vesicales. La fistula sacra ha cerrado.

De este caso pueden deducirse las siguientes conclusiones:

I. — La necesidad de las cistoradiografías de frente y de perfil para localizar los cuerpos extraños de la pelvis.

II. — En un caso como éste la vía intravesical es la de elección para sortear los inconvenientes habidos en la operación anterior.