

Cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos. Revisión no sistemática de la literatura

Vesicourethral foreign bodies by electrical wires. A non-systematic literature review

Pedro Romero-Pérez

Departamento de Urología, Hospital de Dénia, Dénia, Alicante, España

Resumen

Introducción: Los cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos constituyen un problema urológico poco frecuente. El objetivo de este artículo es realizar una revisión del tema. **Método:** Revisión de la literatura entre 1946 y 2017 sobre cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos. La búsqueda de artículos en PubMed se realizó con las palabras clave inglesas “bladder foreign body,” “bladder wire” y “vesical cable,” y en Google con las mismas inglesas y las españolas “cuerpos extraños vesicales,” “cable eléctrico” y “vejiga.” Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se registraron 60 artículos sobre cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos que incluían 71 pacientes, el 90.1% varones, el 4.2% mujeres y el 5.6% no documentados, con una edad media de 27.7 años. Los tipos de cable más frecuentes fueron el eléctrico (80.2%), de teléfono (4.2%) y de teléfono móvil (4.2%). La finalidad del cable fue la masturbación en el 60.5% de los casos. El diagnóstico lo dio la radiografía de pelvis en el 57.7%. Se realizó cirugía abierta en el 56.3% y endoscópica en el 38.1%. El 25.3% de los pacientes presentaban enfermedades psiquiátricas. **Conclusiones:** Los cables eléctricos son una variedad rara de cuerpo extraño vesicouretral. Se presentan en varones con dos picos etarios: 15 y 34 años. El diagnóstico lo dan la radiografía simple de pelvis y la ecografía. La cirugía abierta parece ser más resolutiva que la cirugía endoscópica. Se recomienda el estudio psiquiátrico de estos pacientes.

Palabras clave: Cuerpos extraños vesicouretrales. Cables eléctricos. Revisión.

Abstract

Background: Vesicourethral foreign bodies by electrical cables constitute a rare urological problem. The objective of the article was to review publications on the subject. **Method:** A literature review was performed from 1946 to 2017 on vesicourethral foreign bodies by electrical wires. The search for articles in PubMed was performed with the English keywords “bladder foreign body,” “bladder wire” and “vesical cable,” and in Google with the same English and Spanish keywords “cuerpos extraños vesicales,” “cable eléctrico” and “vejiga.” Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** There were 60 articles on vesicourethral foreign bodies by electric cables including 71 patients, 90.1% male, 4.2% female and 5.6% undocumented, with a mean age of 27.7 years. The most frequent types of cable were electric (80.2%), telephone (4.2%) and mobile telephone (4.2%). The purpose of the cable was masturbation in 60.5%. The diagnosis was made by pelvic X-ray in 57.7%. Open surgery was performed in 56.3% of patients and endoscopic surgery in 38.1%. Psychiatric disorders were present in 25.3% of patients. **Conclusions:** Electrical wires represent a rare variety of vesicourethral foreign bodies. They occur in males with two age peaks at 15 and 34 years. Diagnosis is made by pelvic X-ray and ultrasound. Open surgery seems to be more effective than endoscopic surgery. Psychiatric evaluation of these patients is recommended.

Keywords: Vesicourethral foreign bodies. Electrical wires. Review.

Correspondencia:

Pedro Romero-Pérez

E-mail: promeropez@gmail.com

0716-0429 / © 2023 Sociedad Chilena de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 26-08-2022

Fecha de aceptación: 24-01-2023

DOI: 10.24875/RECHURO.M23000007

Disponible en internet: 31-03-2023

Rev Chil Uro. 2023;88(1):51-61

www.revistachilenadeurologia.com

Introducción

Los cuerpos extraños vesicouretrales constituyen un motivo poco frecuente de consulta y de urgencia urológica. Habitualmente son autointroducidos por la uretra con diversas finalidades, en otras ocasiones son accidentales (bala), iatrogénicos (catéteres doble J, fragmentos de sonda, cables) o migrados desde otros lugares (dispositivos intrauterinos, pesarios, grapas, cables), o en situaciones violentas (introducidos forzosamente por delincuentes o enemigos como venganza). Los objetos introducidos en la vejiga a través de la uretra son muy variados; entre ellos figuran velas, agujas, termómetros, plumas, huesos de pollo, horquillas, tornillos, clavos, bolígrafos y en ocasiones cables eléctricos de distintos tamaños, longitudes y tipos (luz, teléfono, teléfono móvil, auriculares, televisión, cargador de móvil, altavoces, videojuego y otros). Entre la gran variedad de cuerpos extraños vesicales, los cables eléctricos son los más raros. El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura sobre cuerpos extraños uretrales, vesicouretrales y vesicales por cables eléctricos.

Método

Revisión de la literatura del periodo 1946-2017 sobre cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos. La búsqueda de artículos en Medline/PubMed se realizó con las palabras clave en inglés “*bladder foreign body*,” “*bladder wire*” y “*vesical cable*,” y en Google con las mismas inglesas y las palabras españolas “cuerpos extraños vesicales,” “cable eléctrico” y “vejiga.” En las publicaciones encontradas se estudiaron las siguientes ocho variables clínicoepidemiológicas: edad, género, tipo de cable, finalidad del cable, cable exteriorizado por meato, métodos de diagnóstico, tratamiento y estudio psiquiátrico. La estadística descriptiva de las variables estudiadas se realizó con frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas, y con mediana y rango (valores mínimo y máximo) para las variables cuantitativas.

Resultados

Durante los 72 años comprendidos entre 1946 y 2017 se encontraron 60 artículos sobre cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos (50 en PubMed y 10 en Google), que incluían 71 pacientes. Los resultados individualizados de las ocho variables estudiadas se muestran en las **tablas 1 a 4**. La

estadística descriptiva de las principales variables cualitativas y cuantitativas evaluadas se exponen sucesivamente en las **tablas 5 a 7**.

Discusión

Las dos publicaciones pioneras sobre cuerpos extraños vesicales son la de Watson, cirujano del Royal Infirmary and Chalmers Hospital of Edinburgh, quien en 1868 publicó un artículo sobre la extracción de cuerpos extraños vesicales en la mujer¹, y la de Lund, del Manchester Royal Infirmary, que en 1869 ya reconocía la importancia de la endoscopia en el diagnóstico y el tratamiento de los cuerpos extraños vesicales². Unos años después, en 1882, Edwards, cirujano asistente del West London Hospital, describió el caso de un varón de 40 años que sufría estenosis de uretra y acudió tras haberse introducido en la vejiga una bougie 14 French (Fr) que le fue extraída por vía endoscópica mediante el uretrotomo de Teevan-Maisonneuve³. Desde entonces hasta hoy, los cuerpos extraños introducidos en la vejiga han sido tan variados que sería casi imposible su enumeración completa. A modo de ejemplo, algunos de ellos han sido horquillas del pelo, imperdibles, lápices, monedas, pilas, condones, hilos, tornillos, clavos, huesos, munición, balas, barras de plástico, palos de caramelo, cadenas, pelos humanos e incluso diversos tipos de cables eléctricos (luz, teléfono, cargador de móvil, altavoces, auriculares, etc.)^{4,5}.

Los cables eléctricos son uno de los cuerpos extraños vesicales más raros. El primer caso conocido sobre autointroducción de un cable eléctrico en la vejiga fue publicado por Goldman y Johnson en 1946⁶; se trata de un artículo indexado sin resumen cuyo original ha sido imposible localizar. Desde ese año hasta 2017, solo hay 60 publicaciones en todo el mundo, con un total de 71 pacientes (**Tablas 1 a 4**).

Las revisiones generales sobre cuerpos extraños vesicales son escasas. Las dos existentes son la de Mannan et al.³³, quienes entre 20 casos revisados encuentran solo uno por cable eléctrico, y la de Bhat et al.⁴³, quienes en 25 casos propios tienen uno por cable eléctrico. No existe ninguna revisión específica sobre cuerpos extraños vesicouretrales por cables eléctricos, siendo esta la primera aproximación al problema, aunque este estudio tiene sus limitaciones porque es una revisión no sistemática de la literatura que podría dejar sin analizar algunos estudios relevantes que ofrezcan más información sobre el tema.

La mayoría de los casos de cuerpo extraño vesical por cable eléctrico han sido en niños, adolescentes y

Tabla 1. Casos de cuerpo extraño uretral, uretrovesical o vesical por cable eléctrico, años 1946-2005

Año	Autores	Casos	Edad	Sexo	Tipo cable	Motivo cable	Cable exteriorizado meato uretral	Diagnóstico	Tratamiento	Estudio psiquiátrico
1946	Goldman y Johnson ⁶	1	ND	ND	Eléctrico (V)	ND	Original no localizado	ND	ND	ND
1962	Jalundhawala ⁷	1	ND	ND	No eléctrico (V)	Cable guía migrado en fractura transcervical de fémur	No	Rx pelvis	Cistotomía suprapública	Normal
1991	Osca et al. ⁸	1	15	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	No			
1997	Ejstrud y Poulsen ⁹	1	66	M	Eléctrico con nudo vesical (U-V)	Masturbación	Sí	Rx pelvis Ecografía vejiga	Cistotomía suprapública Laparoscopia	No consta
1997	Davidov ¹⁰	1	47	M	Cobre con cálculo (V)	Autoabuso	No	Rx pelvis	Cistolitotomía suprapública	Normal
1998	Küpeli et al. ¹¹	1	19	M	Cobre recubierto plástico cálculo (V)	Enfermedad mental	No	Rx abdomen Urografia intravenosa	Cistotomía suprapública	Trastorno psiquiátrico no especificado
1998	Chitale y Burgess ¹²	1	37	M	Teléfono (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Extracción cistoscópica	No consta
1999	García Riestra et al. ¹³	1	34	F	Eléctrico calcificado (U)	Masturbación	No	Rx pelvis	Uretrotomía abierta	Trastorno psiquiátrico no especificado
2002	Bird et al. ¹⁴	1	ND	M	Cable metal con cálculo vesical (V)	Masturbación	No	Rx pelvis	Cistolitotomía	Normal
2004	Mukerji et al. ¹⁵	1	12	M	Cable eléctrico (V)	Curiosidad	No	Rx pelvis	Extracción cistoscópica	Normal
2004	Rahman et al. ¹⁶	1	34	M	Cable de altavoz (U-V)	Masturbación en intoxicación etílica	No	Rx pelvis	Extracción cistoscópica	Controles psiquiátricos, no especificado
2005	Bosquet et al. ¹⁷	1	15	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis Ecografía	Cistotomía suprapública	Normal
2005	Pal y Bag ¹⁸	3	18	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis	Extracción cistoscópica	No consta
			22	M	Eléctrico (V)	Dilatación meato	No	Exploración física	Meatotomía	No consta
			16	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis	Extracción cistoscópica	No consta
2005	Horstmann et al. ¹⁹	1	24	M	Eléctrico doble (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Falla extracción cistoscópica Uretrotomía perineal	Normal
2005	Weibl et al. ²⁰	1	25	M	Eléctrico con nudo (U-V)	No consta	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Cistoscopia suprapública	Normal

EF: exploración física; F: femenino; M: masculino; ND: no determinado; Rx: radiografía; U: uretra; V: vejiga.

Tabla 2. Casos de cuerpo extraño uretral, uretrovesical o vesical por cable eléctrico, años 2006-2011

Año	Autores	Casos	Edad	Sexo	Tipo cable	Motivo cable	Cable exteriorizado meato uretral	Diagnóstico	Tratamiento	Estudio psiquiátrico
2006	Sánchez y Cuesta ²¹	1	45	M	Eléctrico (U-V)	Síndrome miccional	No	Rx pelvis	Extracción cistoscópica	No consta
2007	Trehan et al. ²²	1	50	M	Teléfono (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Extracción cistoscópica	Control psiquiátrico
2007	Mischianu et al. ²³	1	No consta	No consta	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis	Cistotomía suprapública	No consta
2008	Kamal et al. ²⁴	1	30	M	Tres cables cobre con cálculo vesical (V)	Masturbación	No	TC Rx abdomen	Cistotomía	Normal
2008	Rafique ²⁵	2	14 25	F M	Cable metal (V) Cable cobre (V)	Masturbación Masturbación	No No	Rx pelvis Rx pelvis	Cistotomía suprapública Cistotomía suprapública	Normal Normal
2009	Stravodimos et al. ²⁶	1	53	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx abdomen	Falla extracción cistoscópica Cistotomía suprapública	Normal
2010	Kripina et al. ²⁷	1	47	M	Eléctrico (U-V)	Tratar dificultad miccional	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Cistotomía suprapública	No referida No evaluado
2010	Bhattacharyya et al. ²⁸	1	35	M	Eléctrico (V)	No referido	No	Rx pelvis	Extracción cistoscópica	Normal
2010	Ko et al. ²⁹	1	ND	No referido	Eléctrico con nudo (V)	No consta	No	Rx pelvis	Extracción por laparoscopia con neumocito	No consta
2011	Datta et al. ³⁰	1	23	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis Ecografía	Extracción cistoscópica	Normal
2011	Irelkita et al. ³¹	1	34	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis Ecografía	Cistotomía suprapública	Normal
2011	Chattopadhyay et al. ³²	1	25	M	Eléctrico (V-U)	Masturbación (parafilia)	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Falla extracción cistoscópica Cistotomía suprapública	Síndrome ansioso-depresivo
2011	Mannan et al. ³³	1	Serie 20 casos Edad media: 35,8	M	Eléctrico con cálculo vesical (V)	Inserción forzada por un enemigo	Sí	EF: cable meato Rx pelvis Ecografía	Cistotomía	Normal
2011	Pastor Navarro et al. ³⁴	1	13	M	Eléctrico (V)	Desconocido	No	Rx pelvis Ecografía	Extracción cistoscópica	No consta
2011	Paul et al. ³⁵	1	28	M	Cable cargador móvil (U-V)	Venganza de cuatro mujeres tras una violación	No	Rx pelvis	Falla extracción endoscópica Cistotomía abierta	No consta

EF: exploración física; F: femenino; M: masculino; ND: no determinado; Rx: radiografía; TC: tomografía computarizada U: uretra; V: vejiga.

Tabla 3. Casos de cuerpo extraño uretral, uretrovesical o vesical por cable eléctrico, años 2012-2021

Año	Autores	Casos	Edad	Sexo	Tipo cable	Motivo cable	Cable exteriorizado meato uretral	Diagnóstico	Tratamiento	Estudio psiquiátrico
2012	Sinopidis et al. ³⁶	1	12	M	Televisión (U-V)	Curiosidad o parafilia	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Tracción suave bajo anestesia general	Normal
2012	Uledi et al. ³⁷	1	34	M	Eléctrico anudado (V)	Masturbación	No	Rx pelvis	Cistotomía suprapública	Normal
2012	De Bernardis y Haecker ³⁸	1	14	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No			Control psiquiátrico
2013	Rahmani et al. ³⁹	1	34	M	Eléctrico con nudo (U-V)	Embraguez Masturbación	No	Rx abdomen Urografía intravenosa	Falla extracción cistoscópica Cistotomía suprapública	No examen psiquiátrico
2013	Hajiran et al. ⁴⁰	1	64	M	Cable y antena de auriculares (U-V)	Hobby	Sí	EF: antena meato Rx pelvis Ecografía vejiga	Extracción cistoscópica	
2013	Khandelwal et al. ⁴¹	1	15	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Tracción suave antena y extracción cistoscópica cable	
2013	Moslemi y Sorani ⁴²	1	47	M	Teléfono móvil (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Tracción sin éxito Cistotomía suprapública	
2013	Bhat et al. ⁴³	1	Serie 25 casos Edad media: 34	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	TC	Falla extracción endoscópica Cistotomía suprapública	Desorden estrés postraumático guerra Irak-Irán
2013	Pandey et al. ⁴⁴	2	25 38	M M	Cable metálico (U-V)	Masturbación Masturbación	Sí No	EF: cable meato Rx pelvis	Cistotomía suprapública Cistotomía suprapública	Normal Normal
2013	Gard et al. ⁴⁵	1	21	M	Eléctrico con nudo (V)	Trastorno psiquiátrico	No	Rx pelvis	Cistoscopia y extracción suprapública con nefroscopio	
2014	Noyda et al. ⁴⁶	1	40	M	Eléctrico doblado (V)	Retraso mental	No	Rx pelvis Ecografía vejiga	Tracción sin éxito por enrollamiento y nudo Cistotomía suprapública	Déficit mental
2014	García Perdomo y Villaquirán ⁴⁷	1	44	M	Eléctrico calcificado (U)	No consta	No	EF: palpación uretral Ecografía	Uretrectomía y sutura Cistotomía suprapública	Normal
2014	Ahn y Son ⁴⁸	1	30	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Cistotomía suprapública	Normal
2014	Amiroune et al. ⁴⁹	1	36	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	No	Rx pelvis Uretroscopia: estenosis	Uretrotomía Extracción cistoscópica	No consta
2015	Pal ⁵⁰	1	13	M	Cargador móvil (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx abdomen	Falla extracción endoscópica Cistotomía suprapública	No consta
2015	Ratkal et al. ⁵¹	1	30	M	Eléctrico (U-V)	Tratamiento	No	Rx pelvis	Cistotomía suprapública percutánea	Depresión

EF: exploración física; F: femenino; M: masculino; Rx: radiografía; U: uretra; V: vejiga.

Tabla 4. Casos de cuerpo extraño uretral, uretrovesical o vesical por cable eléctrico, años 2016-2017

Año	Autores	Casos	Edad	Sexo	Tipo cable	Motivo cable	Cable exteriorizado de meato uretral	Diagnóstico	Tratamiento	Estudio psiquiátrico
2016	Soomro et al. ⁵²	2	19 40	M M	Eléctrico con cálculo (V) Eléctrico (V)	Masturbación Masturbación	No No	Rx SAU Rx SAU	Extracción cistoscópica (cistolitoplastia) Extracción cistoscópica	Desconocido Desconocido
2016	Gupta et al. ⁵³	1	16	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Cistotomía suprapubica	No consta
2016	Fahrt et al. ⁵⁴	3	4 12 12	M M M	Eléctrico (V) Eléctrico (V) Eléctrico con cálculo (V)	Autointroducción Motivo desconocido Masturbación	No No No	Urografía intravenosa Ecografía Urografía intravenosa Ecografía Urografía intravenosa Ecografía	Extracción cistoscópica Extracción cistoscópica Cistolithotomía	Normal Normal Normal
2016	Sarikaya et al. ⁵⁵	1	21	M	Eléctrico (U-V)	Masturbación	Sí	Extracción cistoscópica EF: cable meato Rx SAU	Extracción cistoscópica	No consta
2016	Pal y Chandra ⁵⁶	1	15	M	Eléctrico (V)	Masturbación	No	Rx pelvis Ecografía vejiga	Extracción cistoscópica	Normal
2016	Priyadarshi et al. ⁵⁷	1	28	M	Eléctrico con cálculo (V)	Asalto e inserción forzosa de cable en recto hace 6 años	No	Rx pelvis Ecografía Cistoscopia	Cistolithotomía suprapública	Normal
2016	Mahadevappa et al. ⁵⁸	4	24 38 18 48	M M M M	Cable soleamiento (U-V) Eléctrico (U) Eléctrico (U) Teléfono (U-V)	Síndrome maníaco -depresivo Masturbación Masturbación Gratificación sexual	No No Sí	Rx pelvis Rx pelvis Rx pelvis EF: cable meato Rx pelvis	Cistotomía suprapubica Extracción cistoscópica Extracción cistoscópica Cistotomía suprapubica	Maníaco-depresivo Normal Normal Normal
2016	Jain et al. ⁵⁹	1	29	M	Eléctrico (V)	Trastorno emocional	No	Rx pelvis	Cistotomía suprapubica	Control psiquiátrico
2016	Ahmed y Alan ⁶⁰	1	36	M	Teléfono móvil con nudo (V)	Masturbación (parafilia)	No	Rx pelvis	Falla extracción cistoscópica	Control psiquiátrico
2016	Bansal et al. ⁶¹	2	14 23	M F	Cable metálico (V) Cable metálico (V)	Autointroducción (parafilia) Asalto	No No	Rx pelvis Rx pelvis	Cistotomía abierta Cistotomía suprapubica transvesical Extracción endoscópica	Parafilia Parafilia
2017	Dhotre et al. ⁶²	1	15	M	Cargador móvil (U-V)	Retención urinaria	Sí	EF: cable meato Rx pelvis	Cistotomía suprapubica	Normal
2017	Tela et al. ⁶³	1	21	M	Teléfono móvil con cálculo (V)	Masturbación	No	Rx pelvis Ecografía vejiga	Cistolithotomía	Parafilia (feticismo)
2017	Gupta et al. ⁶⁴	1	26	M	Eléctrico (V)	Parafilia Trastorno psiquiátrico	No	Rx abdomen Ecografía Cistoscopia	Cistotomía suprapubica	Parafilia Poliembolectomía
2017	Azami ⁶⁵	1	16	M	Eléctrico (U)	Masturbación	Sí	EF: cable meato Rx abdomen TC	Falla tracción Cistotomía abierta	Parafilia Sadomasoquismo y fetichismo

EF: exploración física; F: femenino; M: masculino; Rx: tomografía computarizada; Rx SAU: radiografía simple de aparato urinario; U: uretra V: vejiga.

Tabla 5. Estadística descriptiva de las principales variables cualitativas y cuantitativas evaluadas en los 71 pacientes de la serie

Edad
<ul style="list-style-type: none"> – Documentada: 64 pacientes (90.1%) – Mínima: 4 años – Máxima: 66 años – Media: 27.7 años – Picos de mayor incidencia: <ul style="list-style-type: none"> 15 y 34 años: 5 casos (7%) 12 y 25 años: 4 casos (5.6%)
Sexo
<ul style="list-style-type: none"> – Varones: 64 (90.1%) – Mujeres: 3 (4.2%) – Dato no disponible: 4 (5.6%)
Tipos de cables
<ul style="list-style-type: none"> – Eléctrico: 42 pacientes (59.1%) – Eléctrico con cálculo: 10 pacientes (14%) – Eléctrico con nudo: 5 pacientes (7%) – Teléfono: 3 pacientes (4.2%) – Teléfono móvil: 3 pacientes (4.2%) – Cargador de móvil: 3 pacientes (4.2%) – Antena de altavoz: 1 paciente (1.4%) – Televisión: 1 paciente (1.4%) – Auriculares: 1 paciente (1.4%) – Cable soleamiento: 1 paciente (1.4%) – Cable guía: 1 paciente (1.4%)
Motivo de introducción del cable por la uretra
<ul style="list-style-type: none"> – Masturbación: 41 pacientes (60.5%) – Enfermedad mental: 5 pacientes (7%) – Curiosidad: 3 pacientes (4.2%) – Dilatación de uretra: 2 pacientes (2.8%) – Asalto e inserción forzosa: 2 pacientes (2.8%) – Otras causas: 15 pacientes (15.5%) – No consta: 7 pacientes (9.8%)
Cable exteriorizado o no por el meato uretral
<ul style="list-style-type: none"> – Cable no exteriorizado: 49 pacientes (69%) – Cable exteriorizado: 21 pacientes (29.6%) – Dato no disponible: 1 paciente (1.4%)

Tabla 6. Estadística descriptiva de las principales variables cuantitativas evaluadas en los 71 pacientes de la serie

Métodos diagnósticos
Cable no exteriorizado por el meato: 49 pacientes (69%)
<ul style="list-style-type: none"> – Rx pelvis: 25 pacientes (35.2%) – Rx pelvis + ecografía: 10 pacientes (14%) – Urografía + ecografía: 3 pacientes (4.2%) – Rx abdomen: 2 pacientes (2.8%) – Rx abdomen + urografía: 2 pacientes (2.8%) – Rx pelvis + ecografía + cistoscopia: 2 pacientes (2.8%) – Rx abdomen + TC: 1 paciente (1.4%) – Ecografía + cistoscopia: 1 paciente (1.4%) – TC: 1 paciente (1.4%) – Palpación uretral + ecografía: 1 paciente (1.4%) – Rx pelvis + uretroscopia: 1 paciente (1.4%)
Cable exteriorizado por el meato: 21 pacientes (29.6%)
<ul style="list-style-type: none"> – Exploración física + Rx pelvis: 16 pacientes (22.5%) – Exploración física + Rx pelvis + ecografía: 2 pacientes (2.8%) – Exploración física + Rx abdomen: 2 pacientes (2.8%) – Exploración física + Rx pelvis + TC: 1 paciente (1.4%)
Dato no disponible: 1 paciente (1.4%)

(Continues)

Tabla 6. Estadística descriptiva de las principales variables cuantitativas evaluadas en los 71 pacientes de la serie
(continued)

Tipos de tratamientos empleados
– Extracción cistoscópica: 19 pacientes (26.8%)
– Cistotomía suprapública: 19 pacientes (26.8%)
– Cistolithotomía suprapública: 7 pacientes (9.8%)
– Fallo de extracción cistoscópica, reconvertida a cistostomía suprapública: 7 pacientes (9.8%)
– Fallo de tracción suave, reconvertida a cistostomía suprapública: 3 pacientes (4.2%)
– Cistolithotaxia endoscópica o percutánea: 2 pacientes (2.8%)
– Cistoscopia suprapública y extracción: 1 paciente (1.4%)
– Uretrotomía abierta: 1 paciente (1.4%)
– Meatotomía y extracción cistoscópica: 1 paciente (1.4%)
– Fallo de extracción cistoscópica, reconvertida a uretrotomía perineal: 1 paciente (1.4%)
– Laparoscopia convencional: 1 paciente (1.4%)
– Laparoscopia con neumocisto: 1 paciente (1.4%)
– Tracción suave con anestesia general: 1 paciente (1.4%)
– Tracción suave y extracción cistoscópica: 1 paciente (1.4%)
– Extracción suprapública con nefroscopio: 1 paciente (1.4%)
– Uretrectomía y término-terminal: 1 paciente (1.4%)
– Cistostomía suprapública percutánea: 1 paciente (1.4%)
– Cistolithotaxia transvesical: 1 paciente (1.4%)
– Uretrotomía interna y extracción cistoscópica: 1 paciente (1.4%)
– Dato no disponible: 1 paciente (1.4%)

Rx: radiografía; TC: tomografía computarizada.

Tabla 7. Estadística descriptiva de las principales variables cuantitativas evaluadas en los 71 pacientes de la serie

Estudio psiquiátrico
No realizado: 20 pacientes (28.2%)
Realizado: 51 pacientes (71.8%)
– Normal: 33 pacientes (46.5%)
– Patológico: 18 pacientes (25.3%)
Enfermedad psiquiátrica especificada: 7 pacientes (9.8%)
– Síndrome ansioso-depresivo: 1 paciente (1.4%)
– Síndrome maníaco-depresivo: 1 paciente (1.4%)
– Trastorno de estrés postraumático guerra Irak-Irán: 1 paciente (1.4%)
– Historia de convulsiones: 1 paciente (1.4%)
– Deficiencia mental: 1 paciente (1.4%)
– Sordomudo: 1 paciente (1.4%)
– Depresión: 1 paciente (1.4%)
Enfermedad psiquiátrica no especificada: 6 pacientes (8.4%)
Parafilia: 5 pacientes (7%)
– Poliembolocoilamania en vejiga: 1 paciente (1.4%)
– Fetichismo: 1 paciente (1.4%)
– Pseudomasoquismo y fetichismo: 1 paciente (1.4%)
– Poliembolocoilamania en vejiga y recto: 1 paciente (1.4%)
– No especificada: 1 paciente (1.4%)
Publicaciones por ciudades y países
Ciudades con más pacientes publicados:
– Calcuta (India): 12 pacientes (16.9%)
– Karnataka (India): 6 pacientes (8.4%)
– Lucknow (India): 3 pacientes (4.2%)
– Minia (Egipto): 3 pacientes (4.2%)
Países con más pacientes publicados:
– India: 29 pacientes (40.8%)
– España: 5 pacientes (7%)
– Turquía: 5 pacientes (7%)
– Pakistán: 5 pacientes (7%)

adultos entre los 20 y los 40 años, con situaciones personales difíciles, como alteración psiquiátrica, hábito masturbatorio, ambiente carcelario, efecto de alcohol y drogas, accidente involuntario, introducción forzosa en un asalto por delincuentes o enemigos, venganza tras una violación, intento de solucionar la sensación de obstrucción de la uretra, terror al sondaje o migración desde el recto. En la serie estudiada hay un 25.3% de pacientes con problemas psiquiátricos, y respecto al motivo de introducirse el cable en la uretra o la vejiga, en el 60.5% de los casos es la masturbación.

La clínica de los cuerpos extraños vesicales incluye el hallazgo casual, que es una presentación frecuente en los pacientes asintomáticos, al ser ignorados por el propio paciente. Otras veces, los fines eróticos que los motivan llevan a rehusar la atención médica por vergüenza. En pacientes con alteraciones psiquiátricas o bajo el efecto de sustancias tóxicas o drogas, su hallazgo también puede ser casual tras una radiografía simple de abdomen o una ecografía abdominal por otros motivos. Por ello, muchos de estos casos son detectados años después, con el cable irreconocible calcificado convertido en un gran cálculo vesical. Los pacientes sintomáticos presentan fundamentalmente síntomas miccionales, como polaquiuria, dolor miccional o hematuria; otros presentan fiebre, incontinencia urinaria y orinas amoniacales malolientes. Sin embargo, la gran mayoría tienen infecciones del tracto urinario de repetición y forman litiasis vesicales de distintos tamaños que ocasionan síntomas irritativos graves. Algunos pacientes, tras la introducción voluntaria, accidental o violenta, acuden alarmados a los servicios de urgencias con el cable retenido en la vejiga y exteriorizado por la uretra sin poder extraérselo durante meses.

El diagnóstico de cuerpo extraño vesical por cable eléctrico se realiza a veces en la exploración física, si aflora el cable por el meato y no se moviliza con la tracción, lo que indica que está retenido en la uretra o la vejiga por un nudo, un ovillo de cable o un cálculo. En la mayoría de los casos, la radiografía simple de abdomen o de pelvis da el diagnóstico de los cables radioopacos, pero hay que tener en cuenta que no todos los cables son radioopacos y algunos van recubiertos de material radiotransparente, y en estos casos la ecografía y la uretrocistoscopia pueden ayudar. Rara vez se precisan urografía intravenosa, tomografía computarizada o resonancia magnética para su diagnóstico. En algunas ocasiones el diagnóstico es accidental tras la expulsión espontánea del cable, o como hallazgo de laparotomía exploradora o de

autopsia. En la serie estudiada de 71 pacientes, de entre los 21 con cable exteriorizado por meato uretral, la exploración física y la radiografía de pelvis dieron el diagnóstico en 16 (76.1%) lo que correspondería al 22.5% de toda la serie de 71 pacientes; en los 49 pacientes con cable no exteriorizado por la uretra, en 25 (51%) se llegó al diagnóstico solo con la radiografía de pelvis, lo cual correspondería al 35.2% de la serie de 71 pacientes. En un paciente restante el dato no pudo ser documentado.

Es importante que a todos los pacientes con cuerpos extraños urogenitales se les realice en la exploración física un tacto rectal para descartar cuerpos extraños en el recto, que es un hallazgo frecuente en los pacientes con poliembolocoilamanía (un tipo de parafilia) y sería recomendable el estudio psiquiátrico.

El término «poliembolocoilamanía» fue acuñado por Unruh et al.⁶⁶ en 2012 y hace referencia al acto de insertarse objetos extraños por los orificios corporales (recto, vagina, uretra), un hecho que cuando se realiza para obtener placer sexual constituye un tipo de parafilia. De los 71 pacientes, se realizó estudio psiquiátrico en 51 (71.8%), que fue normal en 33 (46.5%) y patológico en 18 (25.3%), existiendo cinco parafilias (7%) en las que la finalidad de la autointroducción del cable era la masturbación.

La introducción voluntaria de objetos a través de la uretra buscando estimulación sexual es conocida dentro de la subcultura del colectivo sadomasoquista como masturbación uretral, uretralismo o *stuffing*, y juego uretral o *sounding*. El *stuffing* puede considerarse como la práctica urofílica más peligrosa para el paciente con parafilia⁶⁷. Es posible que sea una de las menos practicadas, pero paradójicamente es la que podemos ver con más frecuencia en la práctica urológica⁶⁷. En la serie estudiada hay un caso de fetichismo (1.4%) y uno de sadomasoquismo (1.4%).

En el tratamiento de los cuerpos extraños por cable eléctrico uretrovesical o vesical hemos de tener en cuenta, en el paciente, la edad y el género (no es lo mismo que se trate de un niño, que precisa siempre anestesia general, o de una mujer cuya uretra es corta, que de un varón adulto con hiperplasia benigna de próstata o estenosis uretral), y en el cuerpo extraño, el tamaño y la forma que adopta el cable en la vejiga, o la existencia de lesiones o patologías asociadas (estenosis de uretra, cálculo vesical o tumor). Existen distintas posibilidades de extracción de un cable eléctrico vesical: uretrocistoscopia rígida o flexible, cistoscopia suprapúbica, extracción laparoscópica, cistostomía suprapública percutánea o cistostomía abierta (talla vesical).

La premisa fundamental en estos casos es aplicar siempre un tratamiento individualizado lo menos traumático posible, con menos complicaciones y más efectivo y rápido para cada paciente:

- Extracción endoscópica si el cable es de pequeño tamaño y alargado, ya que es el medio más fisiológico al utilizar la vía natural. En la mujer puede hacerse con anestesia local uretral sin necesidad de ingreso, y en el hombre con sedación o anestesia espinal.
- La cirugía abierta está condicionada por el tamaño y la forma del cuerpo extraño. El tamaño puede ser por sí mismo un impedimento absoluto para la extracción endoscópica. ¿Cómo extraeríamos un ovillo de cable? ¿O un cable que ha formado una litiasis de 10 cm? En estos casos, la cistostomía abierta es lo más acertado, sobre todo si el cable es largo, forma un ovillo o se ha convertido en un cálculo. En esta revisión, la cirugía abierta ha sido más resolutiva que la cirugía endoscópica, ya que en los 71 pacientes se usaron distintos tipos de cirugía abierta en 40 (56.3%), técnicas endoscópicas en 27 (38.1%), laparoscopia en 2 (2.8%), tracción suave bajo anestesia general en 1 (1.4%), y en (1.4%) el tratamiento no se pudo documentar.
- Otras posibilidades de tratamiento, que no desplazan a las tradicionales, serían la endoscopia percutánea, la extracción laparoscópica y la neumovesicoscopia propuesta por Pandey et al.⁶⁸. Más recientemente destaca la fragmentación por láser holmio YAG, útil para catéteres de látex, catéteres ureterales, madera, acero y nailon, pero no para fragmentar un cable eléctrico multifilamento de cobre. En caso de cable con cálculo, se puede fragmentar el cálculo y después extraer el cable por vía endoscópica⁶⁹.

Conclusiones

Los cuerpos extraños vesicales por cable eléctrico son muy raros. Se presentan en varones adolescentes o en la treintena, y la finalidad de su introducción es masturbatoria. Clínicamente, si los pacientes no terminan en la puerta de urgencias, evolucionan asintomáticos, consultando más tarde por complicaciones infecciosas, incontinencia maloliente o cable retenido en vejiga. La radiografía simple de pelvis da el diagnóstico en la mayoría de los casos. La extracción del cable depende de su tamaño y forma, siendo más resolutiva la cirugía abierta. Es aconsejable estudiar el perfil psicológico y psiquiátrico de los pacientes, ya que

una cuarta parte presentan problemas psiquiátricos o parafilias.

Agradecimientos

A Carmen Paula Romero Martínez y Pedro Romero Martínez, por las correcciones del manuscrito.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Bibliografía

1. Watson PH. On the extraction of foreign bodies from female bladder. Br Med J. 1868;382-3.
2. Lund E. On the detection and treatment of foreign bodies in the bladder: with remarks on the use of the endoscope. Br Med J. 1869;119-21.
3. Edwards FS. Foreign body in the bladder. Br Med J. 1882;1:816.
4. De la Peña A, González Vilches M. Características poco corrientes de un cuerpo extraño vesical. Rev Clin Esp. 1942;tom 5(5):364-5.
5. Pascual Regueiro D, García de Jalón Martínez A, Mallén Mateo E, Sancho Serrano C, Gonzalvo Ibarra A, Rioja Sanz IA. Cuerpos extraños vesicales Actas Urol Esp. 2003;27:265-73.
6. Goldman M, Johnson G. "Wired for electricity" or the case of bizarre foreign body in the bladder. Urol Cutaneous Rev 1946;50(4):202.
7. Jalundhwala JM. An unusual foreign body (guide wire) in bladder. Br J Urol. 1962;34:335-7.
8. Osca JM, Broseta E, Server G, et al. Unusual foreign bodies in the urethra and bladder. Br J Urol. 1991;68:510-2.
9. Ejstrud P, Poulsen J. Laparoscopic removal of an electric wire from the bladder. Br J Urol. 1997;80:338.
10. Davidov MI. A case of the multiyear presence of a foreign body in the bladder. Urol Nefrol (Mosk). 1997;4:40-1.
11. Küpeli B, İsen K, Deniz N, Bilici G, Bozkırı İ. An unusual foreign body in the bladder. Gazi Med J 1998;9:181-2.

12. Chitale SV, Burgess NA. Endoscopic removal of a complex foreign body from the bladder. *Br J Urol*. 1998;81:756-7.
13. García Riestra V, Vareal Salgado M, Fernández García L. Cuerpos extraños en uretra. A propósito de 2 casos. *Arch Esp Urol*. 1999;52:74-6.
14. Bird VG, Winfield HN. Removal of bladder stone with metal wire infarcture. *Can J Urol*. 2002;9:1500-2.
15. Mukerji G, Rao AR, Hussein A, Motiwala H. Self-introduction of foreign body into urinary bladder. *J Endourol*. 2004;18:123-5.
16. Rahman NU, Elliott SP, McAninch JW. Self-inflicted male urethral foreign body insertion: endoscopic management and complications. *BJU Int*. 2004;94:1051-3.
17. Bosquet Sanz M, Gimeno Argente V, Palmero Martí J, et al. Cuerpos extraños en uretra y vejiga: nuestra experiencia. *Actas Urol Esp*. 2005;29:572-7.
18. Pal DK, Bag AK. Intravesical wire as foreign body in urinary bladder. *Int Braz J Urol*. 2005;31:472-4.
19. Horstmann M, Kuczyk M, Stenzl A, Sievert K. An electric cable as a foreign body in the urethra. *Internet J Urol*. 2005;4:1-4.
20. Weibl P, Lutter I, Pechan J, et al. Epicystoscopic approach in the treatment of foreign body in the urethra and urinary bladder. *Bratisl Lek Listy*. 2005;106:371-2.
21. Sánchez Zalabardo D, Cuesta Presedo JM. Cuerpo extraño intravesical. *Actas Urol Esp*. 2006;30:646.
22. Trehan RK, Haroon A, Memon S, Turner D. Successful removal of a telephone cable, a foreign body through the urethra into the bladder: a case report. *J Med Case Rep*. 2007;1:153.
23. Mischianu D, Ilie CP, Mădan V, Pacu O, Pantalon A, Tănăsescu M, et al. Foreign bodies in the urogenital tract-between iatrogeny and autoerotism. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102:699-707.
24. Kamal F, Clark A, Lavallée LT, Roberts M, Watterson J. Intravesical foreign body-induced bladder calculi resulting in obstructive renal failure. *Can Urol Assoc J*. 2008;2:546-8.
25. Rafique M. Intravesical foreign bodies: review and current management strategies. *Urol J*. 2008;5:223-31.
26. Stravodimos KG, Koritsiadis G, Koutalellis G. Electrical wire as a foreign body in a male urethra: a case report. *J Med Case Rep*. 2009;3:49.
27. Krpina K, Sotosek S, Oguic R, Maricic A, Valencic M, Fuckar Z. An unusual case of acute urinary retention. *Acta Clin Croat*. 2010;49:177-9.
28. Bhattacharya H, Biswas S, Chowdhury JR, Murmu RP. An unusual foreign body in the urinary bladder. *J Indian Med Assoc*. 2010;108:528.
29. Ko YH, Kang SG, Kang SH, Park HS, Lee JG, Kim JJ, et al. Removal of long complex foreign bodies from bladder using single laparoscopic port under pneumovesicum. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010;20:639-42.
30. Datta B, Ghosh M, Biswas S. Foreign bodies in urinary bladders. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2011;22:302-5.
31. Irekpita E, Imohom P, Kesieme E, Onuora V. Intravesical foreign bodies: a case report and a review of the literature. *Int Med Case Rep J*. 2011;4:35-9.
32. Chattopadhyay SD, Das R, Panda N, Mahapatra RS, Biswas R, Jha A. Long electric wire in urethra — an unusual paraphilia. Case report. *Jurinalul de Chirurgie, Iasi*. 2011;7:437-40.
33. Mannan A, Anwar S, Qayyum A, Tasneem RA. Foreign bodies in the urinary bladder and their management: a Pakistani experience. *Singapore Med J*. 2011;52:24-8.
34. Pastor Navarro H, Martínez Ruiz J, Martínez Sánchez C, Perán Teruel M, Pastor Guzman JM, Salinas Sánchez A, et al. Cuerpo extraño intravesical. *Arch Esp Urol*. 2011;64:643-4.
35. Paul DP, Das D, Iqbal KS. Unusual foreign body in urinary bladder: a case report. *J Enam Med Col*. 2011;1:141-2.
36. Sinopidis X, Alexopoulos V, Panagidis A, Zioga A, Varvarigou A, Georgiou G. Internet impact on the insertion of genitourinary tract foreign bodies in childhood. *Case Rep Pediatr*. 2012;2012:102156.
37. Uledi SJ, Pape GL, Masumai FA. Urethrovesical foreign body: report of two cases and literature review. *Int J Case Rep Images*. 2012;3:1-4.
38. De Bernardis G, Haeger FM. Curious foreign body in the bladder of an adolescent. *J Pediatr Surg*. 2012;47:39-41.
39. Rahmani MM, Shakiba B, Ameli M. Management of an extremely long foreign body in the urethra and bladder of a 13-year-old boy: a case report. *Thrita J Med Sci*. 2013;2:35-7.
40. Hajirian A, Point DC, Zaslau S. Bedside ultrasound in workup of self-inserted headset cable into the penile urethra and incidentally discovered intravesical foreign body. *Case Rep Emerg Med*. 2013;2013:587018.
41. Khandelwal AK, Singh SK, Pawar D, Khandelwal S, Sharma S. An electrical wire as foreign body in bladder-a rare presentation. *Indian J Surg*. 2013;75(Suppl 1):238-9.
42. Moslemi MK, Sorani M. Self-inflicted male bladder foreign body: its endoscopic removal using a rigid cystoscope and a suprapubic forceps. *Case Rep Urol*. 2013;2013:729013.
43. Bhat A, Singla M, Bhat M, Sabharwal K, Upadhyaya R, Kishan Saran R. Unusual intravesical foreign bodies and their management. *J Nephrol Urol Res*. 2013;1:1-4.
44. Pandey PK, Goel A, Pal DK, Kundu A. Foreign bodies in lower urinary tract: case report and review of literature. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15:611-3.
45. Garg M, Kumar M, Sankhwar S, Singh V. Self-inflicted long complex urethro-vesical foreign body: is open surgery always needed? *BMJ Case Rep*. 2013;2013:bcr2013009216.
46. Noyda AO, Satasia N, Ladumor G, Khan MA, Kapasi K, Adiga P. An unusual case of multiple urethral foreign bodies. *Int J Sci Res*. 2014;3:411-2.
47. García Perdomo HA, Villaquirán C. Cuerpos extraños en uretra: un diagnóstico que se ha de considerar en pacientes con síntomas urinarios bajos. *Urol Colomb*. 2014;23:73-6.
48. Ahn H, Son H. Successful removal of an intravesical electrical wire cable. *World J Mens Health*. 2014;32:120-2.
49. Amiroune D, Bouchikhi AA, Adawi F. Retained self-inserted foreign body into the urethra associated with sequelae urethral stenosis: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:244.
50. Pal DK. Charging of the penis: an unusual method for sexual gratification. *Int J Adolesc Med Health*. 2015;27:457-8.
51. Ratkal JM, Raykar R, Shiroi SS. Electric wire as foreign body in the bladder and urethra-a case report and review of literature. *Indian J Surg*. 2015;77(Suppl 3):1323-5.
52. Soomro HU, Jalbani I, Faruqui N. Intravesical foreign body: tertiary care center experience from Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2016;66(Suppl 3):S131-3.
53. Gupta S, Jain P, Pal DK, Banerjee M. An unusually long electric wire in a urethra and bladder. *Int J Adolesc Med Health*. 2016;30(4).
54. Fath Elbab TK, Abdelhamid AM, Galal EM, Anwar AZ, Malek MA, Tawfik ER. Management of intravesical self-inflicted sharp objects in children: 10-year single center experience. *J Pediatr Urol*. 2016;12:97e1-5.
55. Sarikaya S, Yıldız Y, Damar E, Senocak C, Bozkurt ÖF. An extraordinary masturbation instrument: intravesical electrical wire cable. *Rev Int Androl*. 2016;14:27-9.
56. Pal DK, Chandra V. Electric wire in the urinary bladder in an adolescent boy. *Int J Adolesc Med Health*. 2016;29(6):ijamh.2017.29.issue-6/ijamh-2016-0013/ijamh-2016-0013.xml.
57. Priyadarshi V, Sehgal N, Puri A, Pratap Singh J, Bera MK, Pal DK. Migrated intravesical foreign bodies: a five year review. *Med Sur Urol*. 2016;169:1-5.
58. Mahadevappa N, Kochhar G, Vilvapathy KS, Dharwadkar S, Kumar S. Self-inflicted foreign bodies in lower genitourinary tract in males: our experience and review of literature. *Urol Ann*. 2016;8:338-42.
59. Jain R, Gunasekaran V, Aggarwal D, Neogi S, Jain R. Urinary bladder a storeroom: electric wire this time. A case report. *Br J Med Med Res*. 2016;18:1-4.
60. Ahmed ST, Alam A. An unusual foreign body in the urinary bladder: the art of management. *Hellenic J Surg*. 2016;88:234-7.
61. Bansal A, Yadav P, Kumar M, Sankhwar S, Purkait B, Jhanwar A, et al. Foreign bodies in the urinary bladder and their management: a single centre experience from North India. *Int Neurourol J*. 2016;20:260-9.
62. Dhotre M, Tukka VN, Revanasiddappa BH, Pawar JD. Mobile charger cable in bladder. A case report. *Int J Biomed Adv Res*. 2017;80:304-6.
63. Tela UM, Abubakar A, Ahmed M, Abubakar BM, Jidda MS. Unusual vesical calculus: a rare consequence of self-inserted foreign body per-urethra for sexual gratification. *Borno Med J*. 2017;14:103-7.
64. Gupta S, Jain P, Pal DK. Retained electric wire in urinary bladder as an aid to masturbation. *IJSS Case Rep Rev*. 2017;3:1-3.
65. Azami SA. Knotted electrical wire as a foreign body in a male urethra: a case report. *Int J Curr Res*. 2017;9:61365-7.
66. Unruh BT, Nejad SH, Stern TW, Stern TA. Insertion of foreign bodies (polyemboloklamania): underpinnings and management strategies. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2012;14:PCC.11f01192.
67. Montoya Chinchilla R, Reina Alcaina L, Bernal López ÁM, Albaladejo Martínez M, Romero Hoyuela A, Rosino Sánchez A. Urofilias: aproximación clinicoterapéutica a propósito de un caso de una vela intravesical. *Rev Int Androl*. 2013;11:70-4.
68. Pandey PK, Suruchi S, Kumar BM, Kumar SP, Pratap SJ. Pneumovesicoscopy: an effective technique for urinary bladder foreign body. *Urol J*. 2014;10:1140-1.
69. Bedke J, Kruck S, Schilling D, Matter A, Horstmann M, Sievert KD, et al. Laser fragmentation of foreign bodies in the urinary tract: an in vitro study and clinical application. *World J Urol*. 2010;28:177-80.