



Ballpoint pen tip as a long-duration intraurethral foreign body: a case report

Bolígrafo como cuerpo extraño de larga evolución intrauretral: reporte de un caso

José Carlos Arroyo-Kuribreña,^{1,2,*} Pablo Alejandro Ávila-Sánchez,² Yunam Cuan-Baltazar,²
 Gabriela Cano-Herrera,² Elena Soto-Vega.²

Abstract

Case description: A 21-year-old man sought medical attention due to self-insertion of a ballpoint pen into his urethra four months earlier, with incomplete removal. He stated he had difficulty urinating, reduced urinary stream caliber, and needed to strain to urinate. Physical examination revealed a palpable solid object inside the distal urethra. Urethral stricture was ruled out through urethrocytography, and mobility of the foreign body was observed. It was removed through meatoplasty and the “milking” technique. Urethrocytography revealed no associated complications and there were none during the six-month follow-up.

Relevance: Given that there are very few reports on foreign bodies inside the urethra for long periods of time, the present case provides information on the treatment of such patients.

Clinical implications: The insertion of a foreign body into the urethra is uncommon and is generally associated with psychiatric disorders or sexually oriented activity. Intraurethral foreign bodies can be associated with the complications of urethral stricture, infections, urolithiasis, and fistulas, among others.

Conclusions: Diagnosis and treatment were carried out empirically due to lack of evidence in the medical literature, with excellent results.

Keywords:

Foreign body, Urethra,
Meatoplasty, Ballpoint
pen.

Correspondencia:

*José Carlos Arroyo
Kuribreña. Av. Kepler
2143. Consultorio 3705
Col. Reserva Territorial
Atlixayotl Puebla, C.P.
72820, Puebla, México.
Correo electrónico:
jcakurologia@yahoo.com.
mx

Citación: Arroyo-Kuribreña J. C., Ávila-Sánchez P. A., Cuan-Baltazar Y., Cano-Herrera G., Soto-Vega E. *Bolígrafo como cuerpo extraño de larga evolución intrauretral: reporte de un caso.* *Rev Mex Urol.* 2021;81(1):pp. 1-10

¹ Hospital Ángeles de Puebla, Puebla, México.

² Universidad Anáhuac Puebla, Puebla, México.

Recibido: 26 de abril de 2020

Aceptado: 24 de febrero de 2021



Resumen

Descripción del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años que acude a consulta por introducirse una pluma para escribir dentro de la uretra desde hace 4 meses extrayéndola incompleta. El paciente refiere dificultad miccional, disminución del calibre de la orina y esfuerzo miccional. A la exploración se encuentra cuerpo extraño sólido dentro de uretra distal. La uretrocistografía descarta estenosis uretral y muestra movilidad del objeto. Se realiza extracción del objeto con ordeñamiento con meatoplastia y con la uretrocistoscopia se descartan complicaciones asociadas, tuvo un seguimiento de 6 meses sin complicaciones.

Relevancia: La importancia de este caso es que existen muy pocos reportes de casos de cuerpos extraños intrauretrales de larga evolución, por lo que este caso aporta información para el tratamiento de estos pacientes.

Implicaciones clínicas: La introducción de cuerpos extraños intrauretrales es una práctica poco frecuente y generalmente se asocia a patología psiquiátrica o motivaciones sexuales. Los cuerpos extraños intrauretrales pueden asociarse a complicaciones como estenosis uretral, infecciones, urolitiasis, fístulas, entre otros.

Conclusiones: Debido a la falta de evidencias en la bibliografía médica, el diagnóstico y tratamiento se establecieron de manera empírica con excelentes resultados.

Palabras clave:

Cuerpo extraño,
Uretra, Meatoplastia,
Bolígrafo

Introducción

La introducción de cuerpos extraños está bien estudiada en los sistemas gastrointestinal y respiratorio, sin embargo, en el tracto genitourinario hay escasos reportes de casos aislados o son series pequeñas de casos.

La introducción de cuerpos extraños en el tracto genitourinario es una práctica relativamente rara, más frecuente en hombres de cualquier edad y generalmente los objetos no permanecen por largos periodos de tiempo dentro de la uretra.⁽¹⁾ Algunos autores mencionan que, del tracto urinario, el sitio más común

en donde se introducen cuerpos extraños es la vejiga, dado que logran pasar sin retenerse en la uretra,⁽²⁾ los cuerpos extraños intrauretrales suelen ser menos frecuentes porque con la fuerza del chorro miccional tienden a ser expulsados.

Rodríguez *et al.*, describen que la principal localización de cuerpos extraños en pacientes masculinos es en la uretra y vejiga, seguidos de cuerpos extraños en el pene; refiriéndose a estos últimos como aquellos colocados externamente, ya sea en el cuerpo del falo o en el pre-

pucio. Los pacientes con cuerpos extraños en la uretra y vejiga son significativamente mayores en edad y se asocian a una mayor estancia hospitalaria. En el sexo femenino, la introducción de cuerpos extraños ocurre principalmente en pacientes jóvenes, y son más frecuente en la zona vulvo-vaginal.^(3,4) Cuando el cuerpo extraño es intrauretral en mujeres, existe mayor riesgo de migración hacia la vejiga, debido a la corta longitud y el trayecto recto de la uretra femenina.⁽⁵⁾

Entre los objetos intrauretrales descritos en la bibliografía médica se encuentran: agujas de coser, tornillos de metal,⁽⁶⁾ cables, material para pesca,⁽⁷⁻¹²⁾ tenedores de plástico, cucharas, piezas de cartón o papel, cables coaxiales, spray para sellar y plantas o semillas,⁽¹¹⁾ entre otros.

A continuación, se presenta el caso de un paciente que se acudió a la consulta con un cuerpo extraño uretral de 4 meses de persistencia intrauretral manejado sin complicaciones.

Caso clínico

Masculino de 21 años, de nacionalidad estadounidense, misionero, con único antecedente de amigdalectomía a los 5 años. Acude a la consulta externa con el antecedente de haber introducido un bolígrafo en la uretra por curiosidad durante la estimulación sexual, sin poder extraerla completa dejando el remanente de la punta del bolígrafo dentro de la uretra peneana desde hace 4 meses. El paciente refiere dificultad miccional con menor calibre y esfuerzo durante la micción. A la exploración física se encuentra un cuerpo extraño sólido dentro de la uretra peneana distal, inmóvil y sin molestias a la palpación (Figura 1).

Figura 1



Se realizó una cistografía para descartar estenosis uretral, observando que el cuerpo extraño se movilizó y migró desde la uretral distal al esfínter al momento de introducir el contraste por el meato uretral, y al solicitarle al paciente que miccione, se observó como vuelve a migrar a su hasta su localización inicial (Figuras 2, 3).

Figura 2

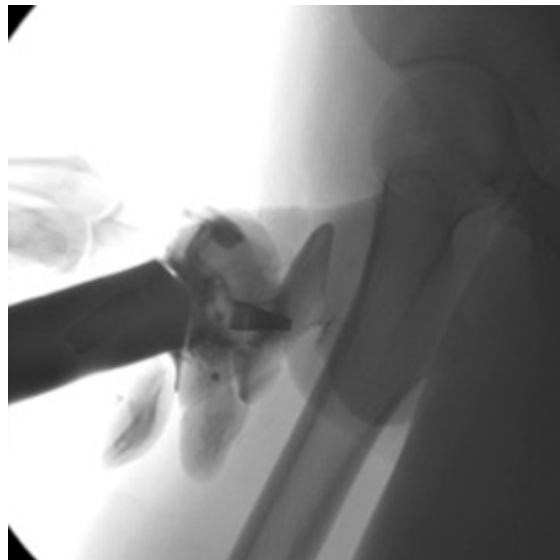
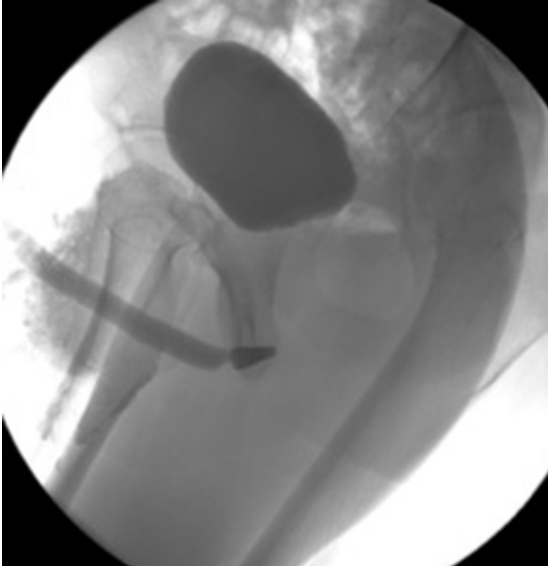


Figura 3



Basado en lo anterior, se realiza una meatotomía con tracción continua del cuerpo extraño hacia el meato para evitar su migración proximal y permitiendo su extracción. Para descartar alguna lesión asociada a la irritación crónica de la mucosa se realizó una cistoscopia. Se observó una mucosa uretral normal, sin datos de estenosis o lesiones premalignas (Figura 4).

Figura 4



De igual forma, en el meato se realizó hemostasia y se colocaron puntos simples con sutura catgut crómico 000 para coaptar la piel a la mucosa uretral. Se le colocó al paciente una sonda Foley calibre 18 French, la cual se retiró después de una semana, después de la cirugía, no hubo complicaciones a corto ni largo plazo. Se administró antibiótico profiláctico, cefalosporina (cefuroxima 1.5 gr intravenoso previo al procedimiento) para evitar una infección postoperatoria.

El paciente cursó satisfactoriamente sin complicaciones en el postoperatorio y hubo una adecuada cicatrización del meato uretral hasta la fecha. Se le recomendó al paciente asesoría psicológica, sin embargo, por ser misionero, terminó su rotación a los 6 meses y regresó a su país de origen, por lo que se desconoce su evolución posterior. Durante los primeros 6 meses no presentó síntomas urinarios bajos obstructivos, estenosis, ni sangrado o aparente recurrencia.

Discusión

Epidemiología y factores de riesgo

La introducción de objetos es principalmente por causas eróticas o sexuales, como autoestimulación; para mejorar la erección o por curiosidad sexual en los adolescentes.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Otras causas descritas que favorecen la inserción de objetos son secundarias a intoxicación etílica o por drogas, para pretender lograr la anticoncepción, conductas obsesivas de higiene, intento de aliviar problemas del vaciado vesical y búsqueda de atención.⁽¹⁶⁾

La introducción de cuerpos extraños en el tracto genitourinario también se asocia a trastornos psiquiátricos. Más de un tercio de los pacientes masculinos con cuerpos extraños autointroducidos en uretra o vejiga padecen de trastornos psiquiátricos, que no se estableció en nuestro paciente significativos. Los principales trastornos asociados a esta conducta son esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizoide, trastorno antisocial de la personalidad, y otros trastornos psicóticos inespecíficos con una prevalencia similar entre sí.^(3,6,10,15) Por lo que siempre es importante una

valoración psicológica y psiquiátrica en estos pacientes para descartar un padecimiento subyacente que ocasione una recurrencia.

Exploración física e interrogatorio

La mayoría de los pacientes tienen algún síntoma, siendo en orden de mayor a menor frecuencia los siguientes: dolor uretral-pélvico y/o peneano, disuria, retención urinaria, infección de vías urinarias, sangrado por el meato uretral, hematuria macroscópica, descarga purulenta peneana y sepsis.^(6,10) Por otro lado, Rahman *et al.*, menciona que la disuria y la frecuencia son las principales manifestaciones en objetos palpables uretrales masculinos por su efecto irritativo local.⁽¹³⁾ En nuestro paciente, el cuadro clínico fue muy sugestivo, dado que el paciente refería 4 meses de evolución con los síntomas urinarios asociados a la obstrucción ocasionada por el cuerpo extraño y durante la exploración física se palpó el cuerpo extraño sólido y distal en la uretra peneana que aparento estar fijo a la mucosa, sin embargo la cistografía se verificó que se encontraba libre y móvil, dependiendo del flujo de orina o del contraste durante el estudio.

La palpación del cuerpo extraño con adecuado tejido cutáneo y uretral que lo recubrían permitió descartar el riesgo de necrosis uretral con protrusión del cuerpo extraño. En este caso a pesar de la larga evolución, no se trataba de un objeto impactado en la uretra, no había lesiones premalignas asociadas, ni se encontraba epitelizado, por lo que recomendamos la realización de una ureteroscopia para visualizar dirigidamente la mucosa uretral posterior a la extracción del cuerpo extraño. Se sospechó de la integridad de la mucosa, por la ausencia de

uretrorragia y la movilidad del cuerpo extraño durante la cistografía mostró una mucosa normal.⁽¹⁰⁾ Dentro del plan quirúrgico inicial se tenía la perspectiva de requerir una posible resección y anastomosis de la uretra con injerto, pero la movilidad del objeto durante el estudio contrastado modificó el tratamiento planeado, esto resalta la utilidad de realizar estudios de contraste preoperatorio en estos casos para poder planear mejor el procedimiento quirúrgico a realizar.

Diagnóstico imagenológico

Es importante conocer el número de objetos, tamaño, localización, movilidad y posición, para lo que se suelen utilizar radiografías simples de pelvis.⁽¹³⁾ Se ha descrito también la cistouretrografía, particularmente si se trata de un objeto radiopaco, tal y como se realizó en nuestro paciente.^(17,18) La uretrocistografía en este caso, confirmó la ubicación, características y movilidad del objeto al momento de inyectar el contraste contrario al flujo normal de la orina, además permitió descartar una estenosis uretral asociada debido a la prolongada estancia del cuerpo extraño en la uretra peneana, así como la ausencia de formación de un divertículo o una falsa vía provocada durante la introducción del cuerpo extraño y/o necrosis uretral con comunicación a los cuerpos cavernosos o esponjoso, verificado con conforme a la ausencia de paso de contraste hacia estos.

Se ha descrito el uso del ultrasonido para el diagnóstico de objetos en la uretra peneana, distales, no palpables, pequeños o cuando estos no son radiopacos, sin embargo, consideramos que el uso de contraste intrauretral permite un adecuado diagnóstico como defectos de llenado

ocupados por estos cuerpos extraños radiolúcidos. Hay que tener cuidado en verificar que no haya burbujas de aire durante el procedimiento para no confundirlas con los cuerpos extraños.^(19,20) La tomografía computada simple o con contraste transuretral puede aportar más información sobre la integridad de la vejiga y la posible migración del cuerpo extraño a los tejidos adyacentes por perforación o para observar cuerpos extraños radio-lúcidos, sin embargo suele ser necesario inyectar el contraste intrauretral durante la captura de las imágenes con el objeto de permitir una adecuada visualización del trayecto uretral.⁽²¹⁾

Tratamiento

Para la extracción del objeto, la tracción manual es el método más empleado. En este caso se utilizó la presión extrínseca de la uretra, “ordeñando” el elemento distalmente para permitir su completa extracción. Con esta técnica solo se reporta un éxito del 54% y ha sido utilizada únicamente en pacientes masculinos con objetos distales, palpables, pequeños (<1cm), móviles y con ausencia de uretrorragia.

En este método no se han reportado complicaciones como estenosis, posteriores a la extracción manual.⁽¹⁰⁾ Nuestra recomendación es realizar la maniobra de “ordeña” aplicando previamente abundante lubricante en la uretra proximal y alrededor del cuerpo extraño para facilitar la salida del mismo, esto se realiza mediante la inyección con una jeringa prellenada con 10 o 20 cc de lubricina y con un jelco plástico, (el cual se utiliza cuando se instala una vía intravenosa periférica) para permitir introducir el gel proximal al cuerpo extraño para facilitar su extracción con una jeringa con 10 o 20 cc de lubricina (Figura 4).

Para los objetos que no se pueden extraer manualmente, se recomienda un procedimiento endoscópico, como la cistouretrocistoscopia con extracción mediante fórceps, pinzas o con ayuda de una cesta de nitinol tipo dormia, para objetos proximales, no palpables y que son complicados con la técnica de extracción manual.⁽¹⁰⁾ Otro método descrito en la literatura es la utilización de solventes químicos como xilol, benceno y keroseno para disolver los objetos intrauretrales complicados, principalmente para materiales como cera, parafina y crayones. Sin embargo, algunos disolventes son carcinógenos e irritantes, por lo que su uso no está bien estudiado ni recomendado en forma rutinaria, y es necesario realizar un seguimiento exhaustivo para verificar que no hubo complicaciones con estos agentes a nivel de la mucosa uretral.^(12,22)

Los procedimientos quirúrgicos abiertos suelen reservarse para los casos en los que existe una reacción inflamatoria severa asociada o una lesión uretral que complique el episodio. La uretrotomía externa del meato uretral distal, se ha descrito, por ejemplo, en un paciente donde la uretrocopia falló. No obstante, al realizar este procedimiento se deben de considerar las complicaciones potenciales como el absceso periuretral o una falsa vía, por lo que algunos autores no la recomiendan en lo absoluto.^(4,6,10) La cistotomía suprapúbica no es un procedimiento común, sin embargo, se ha reportado en un caso de un paciente con un cable coaxial que se anudo y era demasiado grande para extraerlo endoscópicamente por vía retrógrada, por lo que su aplicación queda restringida para objetos largos con un componente vesical grande de gran volumen y que su extracción endoscópica pueda producir un mayor trauma uretral durante el proceso.^(7,23)

El uso de antibióticos se ha reportado en todos los pacientes con cuerpos extraños intrauretrales, ya sea en el momento de la presentación, en el perioperatorio o el postoperatorio, dependiendo de la severidad de la infección o sepsis asociada.⁽¹³⁾ Se han utilizado de forma empírica fluoroquinolonas y trimetoprima-sulfametoxazol, con buena respuesta en aquellos pacientes sin evidencia de infección de vías urinarias por cultivo. Palmer *et al.*, recomienda el uso mínimo de siete días de cobertura empírica antibiótica para gram-negativos en todos los cuerpos extraños intrauretrales debido a la manipulación uretral que se realiza en el manejo tratamiento puede provocar una infección secundaria. Se debe de modificar el esquema de acuerdo con los cultivos en caso de ser positivos.⁽¹⁰⁾ En este caso se optó por un esquema antibiótico empírico profiláctico con cefalosporina de segunda generación para evitar una infección postoperatoria.

Complicaciones y seguimiento

Las complicaciones y secuelas a largo plazo reportadas son: una falsa vía uretral, laceración, perforación, uretritis, sangrado, fístulas, estenosis uretral, calcificación urolitiasis, infección, absceso periuretral, sepsis e incluso gangrena de Fournier en pacientes susceptibles, y con inflamación de larga evolución se ha reportado incluso un carcinoma de células escamosas.^(24,25) Por lo mismo, algunos autores recomiendan el seguimiento durante un periodo prolongado y sobre todo en casos donde se trate de objetos proximales, con falsa vía o laceraciones extensas, ya que incrementan el riesgo de estenosis uretral tardía.^(9,13,26) El seguimiento es en consulta externa con interrogatorio dirigido de

sintomatología urinaria baja, educación y valoración psicológica para evitar recurrencia y se sugiere que, para abordar las complicaciones de manera temprana, se debe realizar cistoscopia flexible al tercer y sexto mes para detectar complicaciones oportunamente;^(10,13,15,27,28) aunado a un interrogatorio en cada consulta enfocado a sintomatología urinaria baja obstructiva e irritativa y vigilancia de alteraciones psiquiátricas que pudieran resultar en recurrencia de la introducción de cuerpos extraños.^(7,10,13)

Para evitar la reintroducción de objetos en genitales que puede ser frecuente en pacientes con padecimientos psiquiátricos subyacentes, se recomienda la derivación temprana al departamento de psiquiatría y resaltar mediante un ambiente de confianza, la educación al paciente explicando con énfasis las posibles complicaciones y la disfunción miccional que puede suceder en caso de repetir estas conductas.^(10,13,15,27,28) A pesar de esto algunos reportes mencionan que los pacientes presentan un sentimiento de vergüenza ya sea al inicio, durante o posterior a la atención y que en algunos casos pueden llegar a rechazar la evaluación psiquiátrica.^(9,11,29) En nuestro caso, al paciente se le recomendó asesoría psiquiátrica, sin embargo, siendo misionero regreso a su país de origen, por lo que se desconoce su evolución posterior a los primeros 6 meses de seguimiento. en los cuales no presentó síntomas urinarios bajos, ni obstructivos, sangrado o aparente recurrencia u otras complicaciones.

Conclusión

Se han descritos múltiples casos de cuerpos extraños intrauretrales con frecuente recurrencia, sin embargo, es extremadamente raro los

casos reportados de un cuerpo extraño intrauretral de larga evolución como el caso actual en el que el cuerpo extraño permaneció 4 meses. Debido a la poca a la falta de evidencias en la bibliografía médica disponible, el diagnóstico y tratamiento se establecieron de manera empírica con excelentes resultados.

Con el diagnóstico de cuerpo extraño intrauretral crónico, es necesario considerar la estenosis uretral como la principal complicación asociada, sin embargo, como afortunadamente en este paciente demostramos en este caso no se presentó. Por lo anterior, consideramos que, una vez realizado el diagnóstico de cuerpo extraño uretral a través de un interrogatorio y exploración física, debe de realizarse una uretrocistografía en lugar de una radiografía simple de pelvis-abdomen, para demostrar confirmar la movilidad del cuerpo extraño. En caso de hallar una estenosis uretral asociada, debe de considerarse un tratamiento integral resolutorio al momento de la extracción del cuerpo extraño.

Referencias

1. **Abouelazayem M, Kamel Aa, Ghanem M, Abu-El-Azayem K.** Self-insertion of urethral foreign body: A simple endoscopic technique for removal of a metal forceps from male urethra. *Urol Case Rep.* 2019; 24:100852–100852. doi: 10.1016/j.eucr.2019.100852
2. **Li Y, Gao Y, Chen X, Jiang S.** Rare foreign body in bladder. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(17). doi: 10.1097/MD.00000000000010519
3. **Rodríguez D, Thirumavalavan N, Pan S, Apoj M, Butaney M, Gross MS, et al.** Epidemiology of genitourinary foreign bodies in the united states emergency room setting and its association with

- mental health disorders. *International Journal of Impotence Research*. 2020;32(4):426–33. doi: 10.1038/s41443-019-0194-z
4. **van Ophoven A, deKernion JB.** Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract. *J Urol*. 2000;164(2):274–87. doi: 10.1097/00005392-200008000-00003
 5. **Kochakarn W, Pummanagura W.** Foreign bodies in the female urinary bladder: 20-year experience in Ramathibodi Hospital. *Asian J Surg*. 2008;31(3):130–3. doi: 10.1016/S1015-9584(08)60073-1
 6. **Prasad Ray R, Ghosh B, Pal DK.** Urethral foreign body in an adolescent boy: report of two rare cases and review of literature. *Int J Adolesc Med Health*. 2015;27(4):463–5. doi: 10.1515/ijamh-2014-0057
 7. **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. *Journal of Medical Case Reports*. 2007;1(1):153. doi: 10.1186/1752-1947-1-153
 8. **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. doi: 10.1186/1752-1947-3-49
 9. **Ali Khan S, Kaiser CW, Dailey B, Krane R.** Unusual foreign body in the urethra. *Urol Int*. 1984;39(3):184–6. doi: 10.1159/000280971
 10. **Palmer CJ, Houlihan M, Psutka SP, Ellis KA, Vidal P, Hollowell CMP.** Urethral Foreign Bodies: Clinical Presentation and Management. *Urology*. 2016; 97:257–60. doi: 10.1016/j.urology.2016.05.045
 11. **Mahadevappa N, Kochhar G, Vilvopathy KS, Dharwadkar S, Kumar S.** Self-inflicted foreign bodies in lower genitourinary tract in males: Our experience and review of literature. *Urology Annals*. 2016;8(3):338. doi: 10.4103/0974-7796.184904
 12. **Ratkal JM, Raykar R, Shirol 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. doi: 10.1007/s12262-014-1162-y
 13. **Rahman NU, Elliott SP, McAninch JW.** Self-inflicted male urethral foreign body insertion: endoscopic management and complications. *BJU Int*. 2004;94(7):1051–3. doi: 10.1111/j.1464-410X.2004.05103.x
 14. **Abdulla MM.** Foreign body in the bladder. *Br J Urol*. 1990;65(4):420. doi: 10.1111/j.1464-410x.1990.tb14769.x
 15. **Costa G, Di Tonno F, Capodieci S, Laurini L, Casagrande R, Lavelli D.** Self-introduction of foreign bodies into the urethra: a multidisciplinary problem. *Int Urol Nephrol*. 1993;25(1):77–81. doi: 10.1007/BF02552258
 16. **Ahsaini M, Bounoual M, Mellas S, Ammari JE, Tazi MF, Fassi MJE, et al.** [Unusual intraurethral foreign body in a schizophrenic adolescent: about a case]. *Pan Afr Med J*. 2018;31:217. doi: 10.11604/pamj.2018.31.217.15773
 17. **Jain A, Gupta M, Sadasukhi TC, Dangayach KK.** Foreign body (kidney beans) in urinary bladder: An unusual case report. *Annals of Medicine and Surgery*. 2018;32:22–5. doi: 10.1016/j.amsu.2018.06.009
 18. **Sukkarieh T, Smaldone M, Shah B.** Multiple foreign bodies in the anterior and posterior urethra. *Int Braz J Urol*. 2004;30(3):219–20. doi: 10.1590/s1677-55382004000300009
 19. **Hajiran 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. doi: 10.1155/2013/587018
 20. **Barzilai M, Cohen I, Stein A.** Sonographic Detection of a Foreign Body in the Urethra and

- Urinary Bladder. UIN. 2000;64(3):178–80. doi: 10.1159/000030524
21. **Higa K, Irving S, Cervantes RJ, Pangilinan J, Slykhouse LR, Woolridge DP, et al.** The Case of an Obstructed Stone at the Distal Urethra. *Cureus*. 2017;9(12):e1974. doi: 10.7759/cureus.1974
 22. **Georgius P.** A novel method to remove an unusual intravesical foreign body (Blu-Tack). *BJU Int*. 2000;86(6):749–50. doi: 10.1046/j.1464-410x.2000.00816.x
 23. **Rafique M.** Intravesical foreign bodies: review and current management strategies. *Urol J*. 2008;5(4):223–31.
 24. **Naidu K, Chung A, Mulcahy M.** An unusual urethral foreign body. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4(11):1052–4. doi: 10.1016/j.ijscr.2013.07.017
 25. **Song JB, Tanagho YS, Haseebuddin M, Benway BM, Desai AC, Bhayani SB, et al.** Endoscopic management of genitourinary foreign bodies. *Rev Urol*. 2013;15(2):84–91.
 26. **Wyman A, Kinder RB.** Squamous cell carcinoma of the bladder associated with intrapelvic foreign bodies. *Br J Urol*. 1988 May;61(5):460. doi: 10.1111/j.1464-410x.1988.tb06602.x
 27. **Rahman NU, Elliott SP, McAninch JW.** Self-inflicted male urethral foreign body insertion: endoscopic management and complications. *BJU Int*. 2004;94(7):1051–3. doi: 10.1111/j.1464-410X.2004.05103.x
 28. **Bote HE, Hage E, Fares R.** [An unusual intraurethral foreign body: a case report]. *Pan Afr Med J*. 2017;27:58. doi: 10.11604/pamj.2017.27.58.12644
 29. **Lucerna A.** Foreign Body Insertions: A Review. Treating patients who present with foreign body insertions requires a nonjudgmental and open-minded approach. *Emergency Medicine*. 2017;49(7):315-319.
 30. **Stamatiou K, Moschouris H.** A rubber tube in the bladder as a complication of autoerotic stimulation of the urethra. *Arch Ital Urol Androl*. 2016 Oct 5;88(3):239–40. doi: 10.4081/aiua.2016.3.239