

Litiasis vésico-uretral de 800 gramos

Dres. GUASTAVINO, R. (*); BLANC, G.; DALUL, A. (**); CHAMPEAU, E.; STRADA, M.; NERAC, F.

RESUMEN: Se desea en esta oportunidad presentar un caso de litiasis vésico uretral de 800 gramos, no por la rareza de la patología sino por sus características cuantitativas y clínicas que permitieran su diagnóstico y posterior tratamiento.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 72, 1992)

Palabras clave: Litiasis vesical - Obstrucción urinaria

INTRODUCCION

Afección frecuente, afecta a toda edad y sexo; conocida desde la antigüedad, predominando en el sexo masculino 80/90% de los casos (1).

Presenta en éstos, dos picos de incidencia: niños en el primer decenio y adultos luego de los 50 años.

Objetivamente se puede documentar su etiología con el siguiente esquema: (2, 3).

Niños: *Desequilibrio nutricional:*

alimentación vegetariana, pobreza en proteínas y lípidos animales, hipovitaminosis absoluta A relativa B6.

Mujeres: *cuerpos extraños:*

generalmente post-operatorios como hilos demasados gruesos o finos, o hilos no reabsorbibles.

Hombres: *obstrucción:*

Traumatismos
Válvulas
Infecciones.

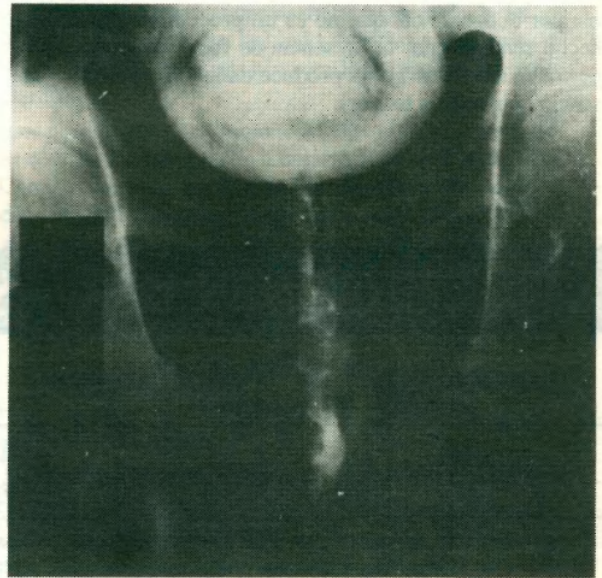


Foto 1: Litiasis vésico-uretral gigante

La problemática de la litiasis urinaria y más precisamente la vesical, se encuentra documentada desde la antigüedad; en momias egipcias se pudo confirmar por hallazgos casuales como la litiasis vesical que es encontrada en el transcurso de la Segunda Guerra Mundial, cuando una bomba destruye el Museo de Middlessex Hospital en 1941. Se conoce desde aquellos tiempos la extracción litiásica por medio de sondas de madera.

Hospital "Dr. José María Cullen", Avenida Freyre 2150
(3000) Santa Fe, Argentina.

(*) Jefe a cargo del Servicio de Urología.

(**) Instructor de Residencias Médicas.

La descripción de Hipócrates, Paul d'Egine, Avicenne, Franco, Collot, luego las de Guyón, Bigelow, Thompson, no hacen más que revelar la importancia de esta patología y los innumerables adelantos por ellos proporcionados, algunos de los cuales son utilizados en la actualidad.

Anátomo patología (4, 5, 7)

Forma: las litiasis endémicas de los niños son generalmente únicas y redondas, mientras las del adulto son múltiples y facetadas.



Foto 2: Múltiples litiasis vesicales

Composición: variables según la economía, sexo, edad e historia.

En general:

- Adultos de los países industrializados: fosfato de calcio estruvita.
- Adultos de los países en desarrollo: ácido úrico, oxalato de calcio, urato de amonio.
- Niños en general: oxalato de calcio, urato de amonio.

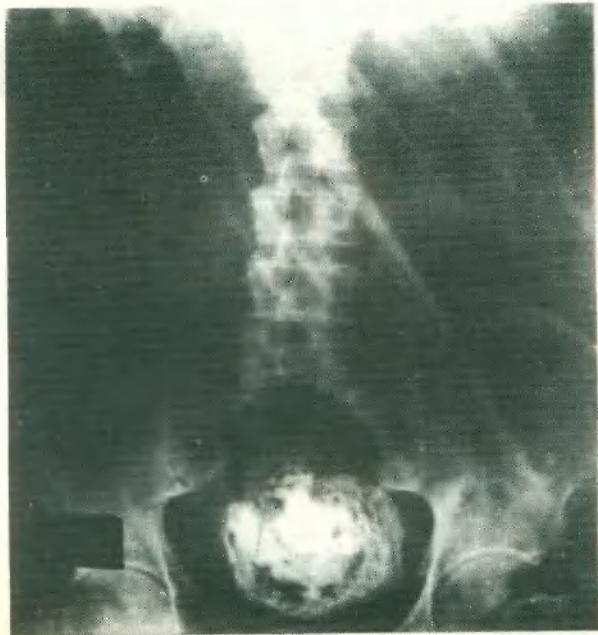


Foto 3: Litiasis vesical de oxalato de calcio

Clínicamente los signos y síntomas originados por la litiasis vesical no son patognomónicos, pero se deben señalar (4, 8).

Eliminación espontánea de arenillas o litiasis.

Dolores suprapúbicos.

Polaquiuria, urgencia, disuria.

Hematuria terminal macroscópica.

Cistitis recidivante o piuria tenaz en un paciente parapléjico.

Acentuación de signos y síntomas con los cambios posicionales.

En el niño, el estiramiento peneano en la micción, facilita el acto y disminuye el dolor.

En la literatura mundial se pueden observar diversas complicaciones asociadas a litiasis vesical, como ser (9):

- Piuria;
- Reflujo vésico-renal, más frecuente en los niños;
- Enclavamiento uretral con retención urinaria completa o incompleta;
- Tumor de vejiga, hoy en día discutido;
- Fístulas.

En términos generales los medios que se disponen como tratamiento son (10, 11, 12, 13):

- Tratamiento de esterilización de las orinas, siempre ilusorio de no haber retirado el cuerpo extraño.
- Tratar de manera radical el factor obstructivo del flujo urinario.
- Disolución de los cálculos según su composición.
- Ablación de la litiasis.

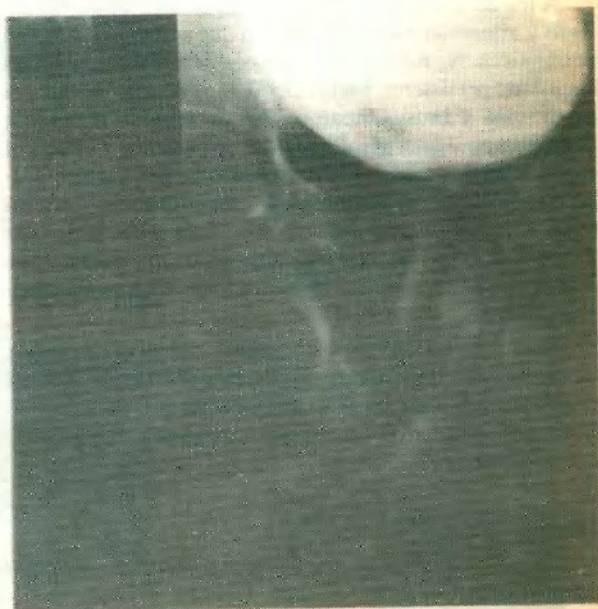


Foto 4: Fístula uretro-cutánea



Foto 5: Reflujo vésico-renal

Presentación del caso clínico

A.C.:

Paciente de 53 años que es derivado a nuestro servicio por piuria, disuria y polaquiria.

Como antecedentes se rescata traumatismo de uretra a los 11 años por disyunción pubiana. Recibe tratamiento médico.

A los 20 días comienza con escurrimiento uretral purulento y afinamiento del jet urinario que son yugulados con antibióticos. No refiere otra signo-sintomatología que disuria inicial persistente hasta los 40 años donde, de manera espontánea y brusca, aparece flemón urinoso tratándose con debridamiento amplio previa cistostomía. Cierre por segunda en dos meses. Dilataciones uretrales durante cuatro años. En 1987 picadura de arácnido en miembro inferior izquierdo que le provoca celulitis, linfangitis y absceso perineal drenándose quirúrgicamente previa cistostomía. Fístulas uretro cutáneas residuales, cateterismos a repetición, neumatúria desde 1989.

Comienza con hematuria terminal, coágulos pequeños, irritación vesical pertinaz y eliminación de litos en forma de catáfila de cebolla. Cristalografía: oxalato de calcio, urocultivos positivos desde los 40 años, predominio proteus y enterobacter.

Diagnóstico

Semiología: empastamiento hipogástrico y masa que comprime el fondo del saco de Douglas al tacto rectal. Estrechez de meato uretral externo, orificio fistuloso en

ángulo peno-escrotal, en el acto miccional se escurre escasa cantidad de orina. Periné surcado de cicatrices normales. Se palpa uretra esclerosada y se perciben litos residuales.



Foto 6: Cicatrices perineales anteriores



Foto 7: Fístula uretro-cutánea

RX directa: litiasis vesical gigante. Litiasis uretral diseminada múltiple

Urograma excretor: repercusión moderada sobre el sistema excretor urinario superior bilateral.

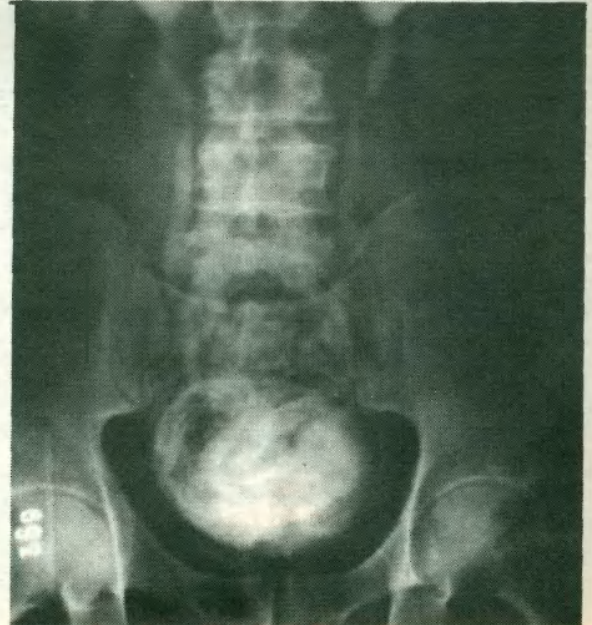


Foto 8: Repercusión sobre la vía excretora

Uretrocistografía retrógrada: Uretra con imágenes radioopacas provocadas por múltiples litiasis que realizan desfiladeros uretrográficos. Fístula uretro-cutánea en ángulo peno-escrotal.

Ampulografía: No hay evidencia de fístula recto-uretral.

Tratamiento: Previa cobertura antibiótica. Cistolitectomía por vía suprapúbica. Uretrolitectomía y uretrolitolapaxia por vía perineal. Catéter uretro-vesical siliconado total a permanencia.

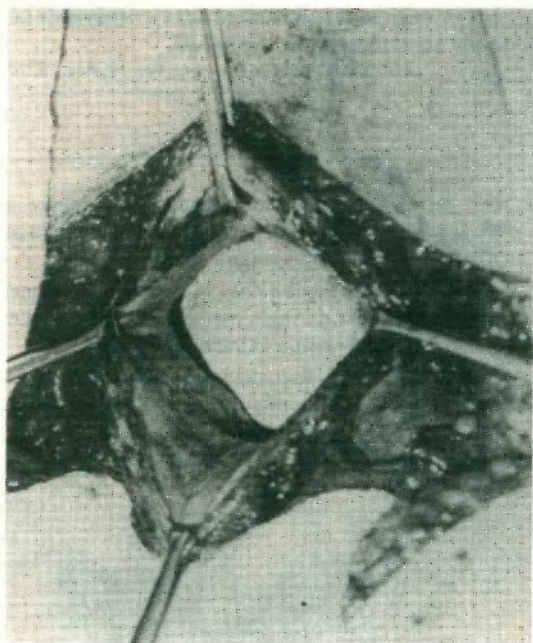


Foto 9: Litiasis vesical

Hallazgos: Litiasis vesical múltiple gigante. Litiasis uretral múltiple próstato-vulvo-peneano

Evolución: Surgen complicaciones sobre herida parietal suprapúbica como dehiscencia y supuración, fístula

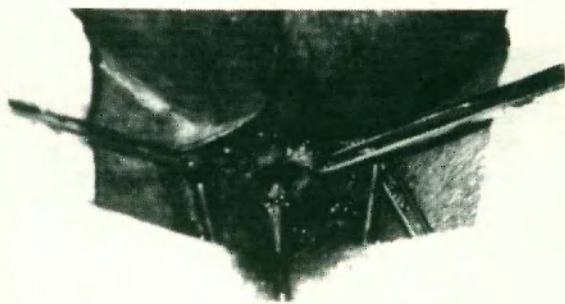


Foto 10: Litiasis en la uretra bulbar

vésico-cutánea mínima que sella con tratamiento local y buen drenaje de las orinas. Alta médica con catéter uretro-vesical siliconado. Heridas cutáneas a plano.

Control: Se retira catéter uretro-vesical a los 48 días postoperatorio. Se observa por uretrocistografía retrógrada, uretra patológica esclerosada con hemidesfiladeros múltiples y fístula uretro-cutánea, con escasa permeabilidad. Se obtiene urocultivo positivo para Staphilococcus Epidermidis Sensible a Ofloxacina; se comienza tratamiento según urocultivo.

DISCUSION

Analizando la introducción, la descripción clínica y la presentación del caso clínico, se puede concluir que en el paciente citado el factor obstructivo, asociado al infeccioso, fueron la génesis de esta litiasis gigante de vejiga y uretra, así como factor estabilizador de la fístula peno-escrotal.

Recorriendo la literatura nacional y mundial podemos encontrar tres casos publicados en los últimos veinte años en la primera y no más de una treintena en la segunda citada, no pudiendo establecer comparaciones fehacientes pues en sólo el 30% de ellas se establece y publica su peso.

En estos momentos el paciente se encuentra en plan de seguimiento, estando el Servicio evaluando la posibilidad de un tratamiento más agresivo y seguro de la obstrucción al flujo urinario, que otorgue más ventajas y seguridad futuras, recordando a cada momento la premisa:

La litiasis no pesa solamente sobre la vejiga, sino también sobre las decisiones de quien la posee.

BIBLIOGRAFIA

1. Andersen, D. A.: Environmental factors in the etiology of urolithiasis in urinary calculi. New York, S. Karger, 1973.
2. Andersen, D. A.: The nutritional significance of primary bladder stone. Br. J. Urol. 34:160, 1962.
3. Anderson, D. A.: Historical and geographical differences in the incidence of urinary stones considered in relation to possible etiologic factors in "Proceedings of renal stone research symposium". A. Hodgkinson and Bec Nordin Eds. Churchill, edit., Londres, 1969, 7-31.
4. Frank, M.; De Vries, A.; Atsmon, A. et al.: Epidemiological investigation of urolithiasis in Israel. J. Urol.; 81: 497, 1959.
5. Herring, L. C.: Observations of 10.000 urinary calculi. J. Urol. 88:545, 1962.
6. Ferguson, A. F. et Morrison, R. B. I: Urinary calculi in New Zealand: Experience with 1.000 patients. Communication présentée au XVIII^e Congrès de la Société Internationale d'Urologie. Paris. 1979.
7. Reveilland, R. J.; Daudon, M.; Protat, M. F. et Ayrolle, G.: Analysis of urinary calculi in adults. Attempt of correlations between morphology and composition. Europ. Urol. 1980, 6, 161-165.
8. Elliot, J. S.: Calcium oxalate urinary calculi: Clinical and chemical aspects. Medicine. 62:36, 1983.
9. Marks, L. S.: Vesico ureteral reflux from foreign body calculus in the bladder. J. Urol. 1974, 112, N° 4, 516-518.