

Por los Doctores

ARMANDO TRABUCCO y
MIGUEL A. ZAPIOLA

GRAN CALCULO VESICAL EN UNA NIÑA

LA siguiente comunicación tiene por objeto la presentación de un caso, poco común, de un gran cálculo vesical en una niña de escasamente 4 años. Pasaremos a relatar primeramente la historia clínica de esta enfermita y comentaremos después nuestro comportamiento ante este caso.

HISTORIA CLINICA:

El día 15 de septiembre de 1936 concurre al consultorio de la Corporación Médica del Sud, enviada por el Dr. Ferrari, la niña C. A. de $4\frac{1}{2}$ años de edad. Motiva esta consulta por parte de los padres, su preocupación por los constantes sufrimientos que esta niña soporta durante todo el día.

Se queja ella de un dolor permanente en el hipogastrio, exacerbado en el momento de las micciones. Estos dolores constantes la tienen intranquila y le ocasionan insomnios rebeldes. Su carácter ha cambiado, se ha hecho retraída, busca la soledad y la quietud, apartándose de los juegos propios de la edad. Debemos hacer constar como hecho importante observado por los padres de la enfermita, que esta espacia lo más posible el momento de sus micciones y orina solamente presa de grandes dolores, buscando apoyo para el esfuerzo miccional. Para poder evacuar su vejiga se comprime instintivamente el hipogastrio y agarrada al brazo de su madre logra con mucho esfuerzo y a pequeños intervalos eliminar su orina gota a gota.

No existen períodos de calma, y este drama miccional se repite 4 o 5 veces al día. La madre niega que haya habido hematurias macroscópicas.

Refiere además que la niña se ha quejado constantemente desde poco tiempo después de su nacimiento.

A los dos meses de edad encuentran en el pañal una pequeña piedra del tamaño de un grano de trigo, pero suponen que ha aparecido allí por un descuido. Cuatro meses más tarde, elimina sin lugar a dudas un pequeño cálculo del tamaño de un grano de maíz, quedando aliviada momentáneamente.

Fué en esa oportunidad que al ser remitida a uno de nosotros por el doctor Galdi, con el objeto de ser examinada, pudimos verificar una cistoscopia, la cual fué hecha con el Dr. Muñoz, debiendo emplear anestesia general con cloroformo.

En ese entonces comprobamos que se trataba de una vejiga cuya capacidad era de 150 grs. fácilmente, con mucosa sana salvo un pequeño proceso congestivo localizado en trigono y bajo fondo y alguno que otro punto hemorrágico en el resto de la pared vesical. Los meatos ureterales de aspecto normal y colocados simétricamente. Cuello de vejiga ligeramente edematoso. Existían en ese entonces pequeños grumos de fibrina y ausencia de toda concreción litiásica.



Figura 1
Radiografía simple, donde se puede ver una gran sombra ovoidea situada dentro de pelvis.

Desde entonces han pasado tres años en los que la enfermita ha tenido períodos de relativa calma, hasta que hace aproximadamente seis meses comienzan nuevamente los trastornos dolorosos, trastornos que se van acentuando paulatinamente hasta llegar al momento actual.

Estado actual. — En el momento del examen nos encontramos con una niña con escaso panículo adiposo y en quien se aprecia a simple vista el sufrimiento intenso que viene soportando.

Su facies está ansiosa, se muestra huraña y esquiva, negándose al examen. Su piel es pálida y seca, sus cabellos quebradizos y secos, mucosas húmedas y ligeramente pálidas.

Paladar ojival como la mayoría de los niños. Dientes en pésimo estado de conservación, faltando casi todos los superiores y presentando sus raíces cariadas y de feo aspecto.

Cuello delgado. Tórax raquitiforme con rosario característico.

Polimicroadenopatía generalizada.

Aparato respiratorio; Nada de particular.

Aparato circulatorio; Nada de particular.

Abdomen. — A la inspección nada de particular. A la palpación que es dificultosa debido al estado defensivo de la enfermita, se constata un abdomen

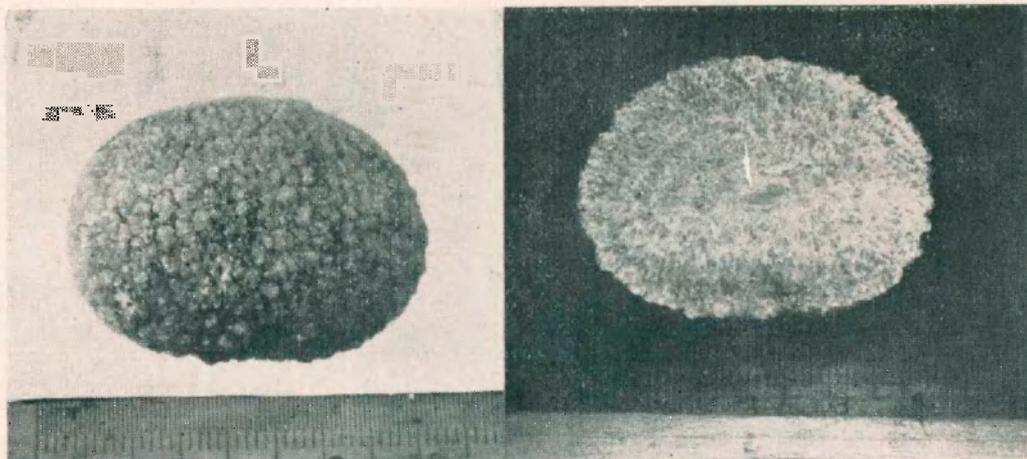


Figura 2
Cálculo extraído.

Figura 3
Corte del cálculo según su eje mayor.

plano y contraído que deja hundir los dedos mediante la distracción o la persuasión sostenida.

La palpación profunda es intensamente dolorosa en la región hipogástrica.

La percusión del abdomen nos permite delimitar una pequeña zona de matidez semilunar por encima del pubis.

Aparato urinario. — Los riñones no son palpables, no hay puntos dolorosos. Uréteres no presentan puntos dolorosos.

Invitamos en esa oportunidad a la enfermita a que orinase en nuestra presencia, cosa que se niega a hacer.

El examen clínico de la uretra nos permite constatar un meato ureteral rojizo y edematoso. Se introduce una sonda Nelaton N° 10 por considerarla la más inocua, la cual penetra libremente hasta la vejiga. Recogemos en ese momento 40 grs. de una orina turbia, lechosa, opaca de aspecto jabonosa.

En ese momento suspendemos el examen por ser imposible su prosecución dado el estado de excitación de la enfermita.

Se solicita una radiografía del árbol urinario. Hecha ésta con la técnica habitual, nos permite ver una gran sombra colocada en la cavidad pélvica de forma ovalada cuyo diámetro mayor es horizontal, de bordes irregulares y ligeramente estratificada en capas concéntricas.

Con la radiografía hacemos el diagnóstico de litiasis vesical gigante.

Proponemos al padre de la enfermita la intervención quirúrgica por vía suprapúbica, cosa que no es aceptada de inmediato, pero que posteriormente debido a un recrudecimiento de los dolores y molestias de la niña, se deciden a realizar.

Intervención. — Se emplea anestesia general con éter usando el aparato del Dr. Robles Gorriti, lo que nos permite realizar la intervención consumiendo tan sólo 15 grs. de anestésico.

Cirujanos: Dres. Trabucco y Zapiola. Incisión mediana suprabúbica hasta la altura del ombligo. Se reconoce tejido celular subcutáneo. Se abre aponeurosis. Se separan los rectos por sus bordes internos. Se coloca a la enferma en Trendelenburg, logrando desprender fácilmente el fondo de saco peritoneal.

La vejiga vacía es tomada en su línea media con dos pinzas de Chaput colocadas transversalmente lo más lejos posible del cuello vesical. Bien defendido el campo se abre el órgano mediante una incisión transversal de tres centímetros de longitud. Se introduce dentro de ella una pinza fenestrada, se hace bascular el cálculo para que se presente en su menor diámetro, se toma con la pinza y se saca. Se sutura la vejiga en dos planos, dejando como único drenaje una sonda Pezzer acodada N^o 16. Drenaje Kofferdann en espacio de Retzius. Sutura por planos y a puntos separados de la pared del abdomen.

No se pasa punto de vejiga a pared abdominal. Aprovechando la anestesia general se inyectan por vía endovenosa 30 ctms. cúbicos de suero glucosado al 20 %.

Post-operatorio. — Se prescriben enemas rectales con suero clorurado al 20 % de 150 grs. repetidos cuatro veces al día; 1000 grs. de suero glucosado subcutáneo con frasco invertido a 0.50 ctms. de altura.

Este tratamiento se mantiene dos días al cabo de los cuales se suspende por encontrarse la enfermita en excelentes condiciones.

Se retira la sonda hipogástrica a los 6 días, cerrándose paulatinamente la fistula suprapúbica, pudiendo orinar espontáneamente y sin dolor.

Dada de alta en perfectas condiciones a los 25 días, con la prescripción de un régimen dietético ácido de acuerdo a la naturaleza fosfo-cálcica del cálculo extraído.

Las características físicas del cálculo vesical extraído de esta niñita eran las siguientes:

Su forma es la de un guijarro regularmente constituido y ligeramente achatado sobre dos de sus caras. Su tamaño exacto, como bien se puede constatar en la fotografía adjunta es de 4 ctms. en su diámetro mayor por 3 ctms. en su diámetro mediano y por 2 en su tercer diámetro o sea su altura. El color es de un amarillo claro uniforme, salvo en aquellas partes donde las ramas de la pinza rasparon y destruyeron su capa más externa. Se muestra allí de un color blan-

quecino. Existen distribuidos por toda su superficie, numerosísimos pequeños cristales que reflejan la luz haciendo aparecer la piedra como solemos ver las frutas abrigantadas. Su superficie no es lisa sino groseramente granulosa con elementos de todos tamaños, siendo los más grandes observables, del grosor de una cabeza de alfiler, pero de ninguna manera espinosos ni terminados en punta. Por el contrario, estos gránulos son más bien redondeados, dando al tacto la sensación de una superficie rasposa. Su peso es de 25 grs. Para poder apreciar sus caracteres internos lo hemos aserrado según sus diámetros mayores, cosa que nos ha permitido comprobar una relativa blandura en sus capas más superficiales, pero esta consistencia iba en aumento a medida que la lámina dentada progresaba hacia el núcleo central.

El polvo desprendido durante este acto fué analizado, demostrando estar constituido por fosfatos amónicos, magnésicos y carbontos de calcio.

Al corte puede observarse que su aspecto es un tanto diferente a su exterior y que está compuesto por una pequeña masa central de forma irregular del tamaño de un pequeño grano de alpiste, de color amarillento, compacto y uniforme. Desde el centro a la periferia se disponen groseramente y de una manera concéntrica una decena de capas sólidamente unidas las unas a las otras por elementos cuyas características responden a las del núcleo central. También en el corte se pueden observar numerosísimos pequeños cristales que reflejan caprichosamente la luz directa.

El estudio de la litiasis vesical en el niño es de particular dificultad en un medio como el nuestro donde la característica principal es su peculiar escasez. Del análisis del caso que acabamos de relatar, podemos sacar algunas conclusiones de interés no sólo bajo el punto de vista de su sintomatología sino también de su diagnóstico y tratamiento, tanto inmediato como a distancia.

El síntoma principal y que llama la atención a los padres de esta enfermita, es el dolor localizado al hipogastrio y que se exagera en el momento miccional. Como valor diagnóstico nos puede inducir nada más que a la idea de una cistitis de origen indeterminado, pero hay un hecho importante y es la observación efectuada por los padres de la niña, quienes nos relatan que ésta se niega a orinar, tratando de aguantar el mayor tiempo posible entre una evacuación y la otra.

Si fuese una cistitis pura no podrían espaciarse a voluntad los momentos miccionales; ellos tienen que ser repetidos con intervalos más o menos largos pero que se presentan imperiosamente. En este caso no, la niña tiene que orinar cuando tiene su vejiga llena, y

cuando orina le duele. Vimos anteriormente que sus micciones eran de cuatro a cinco por día.

Esta niñita no ha presentado hematurias macroscópicas, cosa que está concorde con la mayor parte de los autores que han escrito sobre el tema.

Hay un antecedente de mucha importancia y es que a los dos meses de edad, fué encontrado un cálculo del tamaño de un grano de trigo entre los pañales de la niña, episodio que se repitió nuevamente a los 4 meses.

El examen clínico practicado por nosotros podrá parecer insuficiente porque no hemos hecho tacto rectal y porque no hemos practicado una cistoscopia, pero no debemos olvidar que estuvimos en presencia de una niña que reaccionaba violentamente a todas las maniobras de examen y que nos hubiera obligado a hacer anestesia general para cualquiera de ellas.

DIAGNÓSTICO.

El problema diagnóstico no lo vemos de ninguna manera difícil en este caso. La radiografía por lo pronto nos da una imagen extraordinariamente demostrativa. La sombra de una imagen ovoidea colocada transversalmente en medio de la pelvis ósea. Esta sombra tiene estratificaciones concéntricas, cosa que no es producida nada más que por las litiasis urinarias.

Sin embargo, si bien en nuestro caso fué cosa fácil, el diagnóstico de esta afección no siempre lo es, como para llegar de primera intención a asegurar la existencia de una litiasis vesical.

En el caso que tengamos pequeños cálculos o algunas concreciones transparentes a los rayos, el examen radiográfico no tendrá ningún valor sino es efectuado con técnicas especiales.

La doctora Pellini dice que la circunstancia particularmente frecuente de que en los niños, la mayor parte de las concreciones estén construídas por ácido úrico, sustancia permeable a los rayos, la ha inducido a introducir un ambiente de mayor transparencia por medio de la insuflación de O en la vejiga. No encuentra ninguna contraindicación en ello siempre que se use en pequeñas dosis, cosa por otra parte lógica, pues los contrastes mejores se obtienen con pequeñas cantidades de gas (20 c. c.).

Si no se quisiera recurrir a la aerografía vesical como medio de contraste podrían utilizarse sustancias de peso atómico más elevado que el núcleo calculeoso. Sin embargo, hay en los niños formas litiásicas pequeñas, incrustaciones calculeosas, ganglios calcificados, etc., que dan imágenes radiográficas positivas, pero que ni la cistografía, ni la cisto-aerografía son capaces de autorizarnos a afirmar categóricamente que dichas sombras corresponden a una litiasis vesical. Creemos en estos casos que el único medio de diagnóstico eficaz, aunque difícil por la edad de los sujetos, tiene que ser la cistoscopia.

El diagnóstico con los procedimientos clásicos, resonador metálico preconizado por Chevalier, es practicable únicamente en enfermos cuya uretra permita el pasaje libre del mismo. En los casos en que no nos es posible hacerlo la simple exploración de la uretra con un explorador a bola o con una simple sonda blanda nos pueden permitir experimentar la sensación de rozamiento, que Lecercle la hace más evidente ayudándose con el tacto rectal.

En nuestro caso no pudimos recoger ninguna sensación mediante la exploración vesical quizá atribuible esto a los movimientos de la enferma o a que el cálculo estuviese rodeado de precipitados fibrinosos que pudieron disimular su aspereza.

TRATAMIENTO.

La discusión sobre el tratamiento es muy simple. Su ablación debe ser quirúrgica. En ciertas regiones de Siria donde todavía la medicina está en manos de empíricos, la extracción de los cálculos vesicales de pequeño volumen la hacen mediante la succión sostenida de los genitales del niño, previo un baño muy caliente tal vez para relajar los tejidos.

Si bien no hay discusión sobre la vía quirúrgica a seguir, que debe ser la hipogástrica, los autores no están de acuerdo en la incisión vesical a practicar. La mayor parte preconizan la incisión longitudinal amplia.

Selmi asocia a esta última un pequeño trazo transversal en la extremidad superior de la misma.

Nosotros, por nuestra parte, hemos empleado la incisión transversal amplia, amparándonos en las dos suposiciones siguientes:

1º Como la abertura de la vejiga debe ser amplia la incisión transversal nos evitaría la posibilidad de lesionar el cuello vesical en el momento de la extracción del cálculo, al provocar la dislaceración de la pared de la vejiga. Por otra parte, nos pone a cubierto de toda lesión de la pared vesical que está en íntima relación con el peritoneo.

2º La incisión transversal de la vejiga no ofrece ningún peligro. Los ligamentos pélvicos vesicales están alejados y es remota la posibilidad de lesiones dinámicas de la misma.

Para la búsqueda de la vejiga algunos autores emplean los siguientes procedimientos: Daubriere fija la pared de la vejiga y la llena previamente con una solución de oxicianuro. Trennel la llena con agua destilada pero sin fijarla. Balacesco opera con la vejiga vacía. Chevalier llenaba en un principio la vejiga con aire, procedimiento que luego substituyó con el de llenarla con 20 c. c. de agua destilada y termina por recomendar la no repleción de la vejiga con nada. Lecercle opera con la vejiga llena durante todo el primer tiempo de la operación aduciendo que de esta manera la mucosa vesical no se desliza. Casanova es de la misma opinión.

Nosotros empleamos en este caso el procedimiento de exteriorización vesical sin fijamiento y con la vejiga vacía, porque a pesar de la infección cuyo peligro es evidente, la vejiga de los niños es amplia con poco tejido celular prevesical y por lo tanto fácilmente hallable.

En cuanto a los procedimientos de cierre vesical, Lecercle usa el de cerrar hermética pero parcialmente la vejiga, colocando una pequeña sonda de Malecot. En 1915, Hache presentó al Congreso de Urología una serie de casos operados con sutura inmediata y con resultado malo. Pouzet, M. Gayet, M. Raffin y Reynard son de la misma opinión. Sin embargo, Chevalier dice que solamente las vejigas muy infectadas exigen un drenaje siempre que las orinas sean purulentas, y obtiene éxito cerrando completamente la vejiga. Balacesco y Trennel dejan sonda hipogástrica y sonda vesical.

Sin caer en la exageración de Pouzet y Clavel, que sostienen insistentemente que la talla debe ser seguida de un amplio drenaje sin suturas de la pared preferimos dejar durante 6 días drenaje vesical suprapúbico con cierre parcial de la vejiga en dos planos y

Kofferdann en el espacio de Retzius, para sustituirla por la sonda permanente mal tolerada pero que no fué un obstáculo para el cierre normal.

La *etiología y patogenia* de estas litiasis es tan obscura que hasta hoy no existe ninguna teoría que satisfaga completamente. La presencia de litiasis infantil es excepcional en países cuyo medio de vida se desenvuelve dentro de lo racional y satisfactorio. Es así que es rara en Francia, Italia e Inglaterra, etc. En nuestro país es de la misma manera muy rara, pero es sumamente común en aquellos cuya higiene y alimentación se hallan por debajo del nivel de lo que se debe de considerar normal.

Es por eso que en ciertas regiones del Asia Menor y Europa Oriental, sus habitantes son particularmente castigados por esta afección, hasta el extremo que Chevalier en un trabajo en que relata su experiencia de 7 años en Alepo, dice: "La litiasis vesical es tan común en los niños de Siria, que es la primera afección en que se piensa en presencia de un niño con trastornos urinarios" y nos da una estadística de 41 casos con 17 no operados y 24 que han soportado intervenciones quirúrgicas. Balacesco de Rumania tiene opiniones similares.

Además en esas regiones los factores hidrominerales e infecciosos deben tenerse en cuenta. La Biliarzia Hematobia endémica de esa zona, bien pudiera ser el origen del núcleo calculosos. Faltaría poder demostrar su existencia en él.

Lo que quisiéramos recalcar es que, en medios en los cuales la alimentación no escasea, siendo ésta completa y donde no existen enfermedades parasitarias endémicas, la presencia de cálculos vesicales en los niños es de una frecuencia excepcional. En cuanto al sexo, de los casos relatados en la literatura mundial, arrojan una abrumadora mayoría para el lado masculino. Solamente se cita el caso de una niña de 3 años operada por Balacesco.

Se atribuye este desequilibrio estadístico a causas más bien anatómicas: cortedad de la uretra femenina, dilatabilidad de la misma, ausencia de bajo fondo vesical, etc., cosas que favorecen la expulsión inmediata de los cálculos por muy pequeños que sean. Para los varones estas mismas causas negativas, añadiendo la circuncisión que ulcera el meato y lo estrecha algunas veces, hasta hacerlo pun-

tiforme, podría provocar estrecheces anteriores que transforman a los niños en pequeños retencionistas y este extasis que es su resultado podría muy bien no ser extraño a la formación de cálculos que se manifestarían más adelante. Este parecer concuerda con nuestro caso en el que se han producido dos eliminaciones de cálculos en un intervalo de 6 meses. En cuanto al porvenir de estos enfermitos, debe ser estudiado profundamente. La recidiva de la litiasis es motivada por la persistencia de los factores ocasionales de la primera. Debemos pues extremar su estudio para poner al sujeto en las mejores condiciones y evitar la caída en nuevas recidivas.

RESUMEN.

Los doctores Trabucco y Zapiola relatan el caso poco común en nuestro ambiente de un gran cálculo vesical extraído por talle hipogástrica en una niña de 4 años. A los 2 meses y medio de edad la niña C. A. elimina una pequeña concreción dura del tamaño de un gramo de trigo. Cuatro meses más tarde elimina otra concreción calcúlosa de mayor tamaño. Es practicada una citoscopia en esa portunidad no encontrando más que una vejiga inflamada.

Operada por talla se incinde la vejiga vacía con una incisión transversal, lo que no perjudica en nada el cierre normal. Se deja sonda de Pezzer en vejiga durante 6 días, haciendo a la enferma suero clorurado hipertónico endovenoso y glucosado subcutáneo y gota a gota.

Remarcan la circunstancia de la frecuencia de estas litiasis en los países en los cuales existen enfermedades endémicas y las condiciones de alimentación son defectuosas, sospechando poder atribuir a trastornos de avitaminosis estas lesiones.

BIBLIOGRAFIA

- DOUBREVE L. D.: Bull. et mem. Rev. Nat. de Chir., 52: 10-38 y 10-40, noviembre 1926.
TRENEL: Bull. et mem. Rev. Nat. de Chir., 53: 706, mayo 28, 1927.
ORTIZ A.: Rev. de especial., N° 2, 127-29, año 1927.
SALLERAS y CLUCELLAS: Rev. de esp., 2: 978, 1927.
VALLEDOR T.: Vida nueva, N° 20, 44144, 1927.
ULMER O.: Arch. F. Kinder, 85: 87, 1928.

- CHEVALIER D. S.: Lyon Chir., 26: 876, 1929.
LECERCLE: Rev. M. Fran., 11: 605, 1930.
MORGAN J. S.: Memphis Med. J., 6: 10, 1929.
POUGET y CLAVEL: Lyon Med., 143: 784, 1928.
SELANI M.: Gazette de Os., 50: 607, 1929.
MAX TULARIE y DUDANOF: Romania Med., 7: 92, 1929.
CASANNOVA: Gaset. Hosp., 50: 67, 1929.
BALACESCO: Bull. et mem. Nat. Chir., 55: 322, 1929.
BRAN A. J.: Bull. et Med. Soc. Nat. de Chir., 59: 159-162, 1933.
SCHIAVONE: Ar. archi, de pedit., 3: 812-818, diciembre 1933.
MARTIN: Medicine, 13: 818-825, noviembre 1932.
SATANOWSKY: Arch. Arg. de Pedit., 4: 60-62, junio 1933.
TROJAN: Orvosi Netie, 77: 99-100, febrero 1933.
RAUTENBERG: Ztschr. J. Urol. Chir., 37: 111-122, 1933.
BRUN: Presse med., 42: 1139-40, julio 1934.
FREUND: Med. Klin., 30: 1334-1335, octubre 1934.
PELLINI: Pediatria, 43: 3101313, marzo 1931 o 1935; Pediatria, 42: enero 1934.
-



Frascos
grandes para
profesionales

0.90

0.50

el frasco

JABON LIQUIDO

Le Sancy al Cadol

El jabón de manejo higiénico por excelencia y que limpia y protege la piel, por contener la fórmula CADOL, original de Dubarry, soluble en agua y que contiene aceite de cade.

Perfumeria
Dubarry
Soc Anón.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urologia

Precio de suscripción por año:

España, Portugal, Brasil y países Hispanoamericanos \$ 10.00
Otros países „ 15.00

A los Autores y Casas Editoras

Anunciaremos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Besprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grosserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazioni che riceveremo, saranno annunciate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo di critica.

Diurético . Antiúrico y desinfectante de las vías urinarias

GRANULADA

URILITINA
USERONO

COMPRIMIDOS

Fórmula: Ioduros de potasio y rubidio, carbonato, salicilato y benzoato de litio y hexametilentetramina; mezcla efervescente.

HIJOS DE ATILIO MASSONE - Córdoba 2088/92, Bs. As.