

Hospital Rawson, Servicio de Urología,  
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores  
ARMANDO TRABUCCO  
y J. T. ETCHENIQUE

## CONSIDERACIONES ACERCA DE UN CASO DE LITIASIS VESICAL MULTIPLE

LA presente comunicación tiene por fin traer a esta Sociedad, un caso de litiasis vesical, que consideramos interesante por su evolución y por los problemas terapéuticos que ha planteado.

### HISTORIA CLINICA N° 16.

M. R. de 63 años. Ingresa al servicio el 11 de Junio de 1937.

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales:* Niega enfermedades venéreas. A los 20 años presentó un absceso perineal que se abrió y curó espontáneamente. Hace 15 años comienza a evolucionar un hidrócele derecho, sin que el enfermo le diera mayor importancia.

*Enfermedad actual:* Relata el enfermo que hace 41 años, presentó por primera vez, una hematuria terminal de mediana intensidad, sin causa provocadora aparente, hematuria que se registró 2 veces en el transcurso de 3 días, siempre con los mismos caracteres; en ese entonces el enfermo no se sometió a examen médico ni a tratamiento alguno. Desde entonces, comienza a presentarse una poliuria pertinaz, más intensa por la noche, paulatinamente la frecuencia miccional se fué haciendo igual, teniendo tantas micciones de día como de noche. Según el enfermo, ya desde ese tiempo emite durante alguna que otra micción, arenillas que solamente le ocasionaban un ligero dolor al orinar.

Hace 26 años, con motivo de una retención vesical aguda, fué recién examinado por un facultativo, quién le practicó un sondaje vesical, retornando de inmediato la micción espontánea.

Hace 10 años, nueva retención aguda, que también solucionó con un sondaje, pero desde entonces comienza a tener retenciones cada vez más frecuentes, por lo que aprendió a sondarse él mismo.

Relató también el enfermo, que bastante frecuentemente se le interrumpe el chorro urinario, logrando reiniciar la micción cambiando la postura o acostándose.

Con los sondajes repetidos, sin cuidados de ninguna especie, se estableció una infección vesical intensa, que lo llevó a la pseudoincontinencia, el enfermo orina casi continuamente, no pudiendo resistir a los deseos de orinar. Además la piuria ha ido aumentando, emitiendo ahora pus en cantidad.

Es de notar que los trastornos se exageran con el movimiento y calman con el reposo.

Fuera de la hematuria de hace 41 años, no hubo otra pérdida de sangre ni expulsó cálculo alguno.

*Estado actual:* Enfermo en decúbito indiferente, predominando el dorsal. Estado general malo, con piel seca, flácida, con poco panículo adiposo subcutáneo, lengua seca, saburral y con fuliginosidades.

Fiebre remitente con acmé a 39°.

Aparato respiratorio, congestión de ambas bases pulmonares.

Aparato circulatorio, tonos cardíacos débiles y alejados.

Riñones, nada de particular.

Uretra, Hipospadias peneano. La uretra permite su cateterismo con un explorador N° 18.

Vejiga: A la palpación se percibe la vejiga a dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Es de consistencia dura, de forma globulosa y se alcanza a percibir a través de la pared abdominal la crepitación característica de los cálculos vesicales. El cateterismo vesical permite la salida de 20 gramos de orina purulenta y deja sentir la sensación del rozamiento con cuerpos extraños intravesiculares. La capacidad vesical es de 80 gramos.

Próstata y vesículas seminales. El tacto permite apreciar una tumoración del tamaño de una naranja, sin límite superior, de consistencia dura, irregular, que crepita a la presión; es dolorosa y sin adherencias con la mucosa rectal. Con la exploración bimanual comprobamos que se trata de la vejiga, habiendo una única masa tumoral entre la mano externa y el dedo introducido en el recto. No se percibe la próstata ni se palpan las vesículas seminales.

*Radiografías:* La radiografía simple del aparato urinario nos muestra:

Riñones: nada de particular. Vejiga: dentro de la pequeña pelvis osea, puede verse una gran sombra ligeramente lateralizada a la izquierda, comprendida entre el pubis y el promontorio sacrolumbar, tiene una forma oblonga, siendo su diámetro mayor de 9 centímetros y su diámetro menor de 7 centímetros. Esta sombra, que indudablemente corresponde a la vejiga, tiene en su interior una serie de imágenes de formas diversas que se superponen algunas de ellas; todas están estriadas concéntricamente a un grupo central; de estas imágenes, las más grandes, tienen una forma ovoidea y se sitúan en la periferia de la vejiga. Las más pequeñas, de forma cúbica o piramidal, están facetadas y se sitúan entre las formas redondas u ovoideas antes mencionadas.

Inyectando aire en la vejiga, tenemos una imagen más evidente de los cálculos vesicales, pudiéndose contar alrededor de 12 unidades diferentes.

La cistouretrografía con Ioduro de Sodio al 6 %, tomada en oblicua, nos permite ver una vejiga grande, ovoidea, ocupada por numerosas sombras de

densidad menor que la substancia opaca y que llenan la cavidad vesical casi por completo. La uretra posterior ha perdido su elasticidad, tiene el tamaño de un dedo meñique y sus bordes son irregulares y están esfumados. Uretra anterior normal.

*Análisis.* — Orina: revela abundante pus, abundantes estafilococos.

Azohemia: 0,94 0/00, 20 de Junio de 1937.

Cloururemia: 4,09 0/00, 20 de Junio de 1937.

Reserva alcalina: 48,57 0/00, 20 de Junio de 1937.



Sulfofenoltaleina: 35 %, 25 de Junio de 1937.

*Marcha de la enfermedad:* En vista del mal estado general y de los análisis sanguíneos se prescribe:

Sonda permanente y 2 lavajes diarios con oxicianuro de mercurio 0,25 0/00. Régimen hipotóxico, con dieta hídrica forzada y Cloruro de sodio al 20 %, 20 c.c. endovenoso cada 8 horas, más suero glucosado isotónico 1000 gramos, subcutáneos; Cardiazol, cada 12 horas. Este tratamiento se sigue durante 3 días y se repite el análisis de sangre con el siguiente resultado:

Azohemia: 0,77 0/00, 25 de Junio de 1937.

El enfermo sigue mejorando paulatinamente, repítase la misma terapéutica, pero a la semana, el enfermo vuelve a recaer de una manera pronunciada, encontrándose el 2 de Julio con:

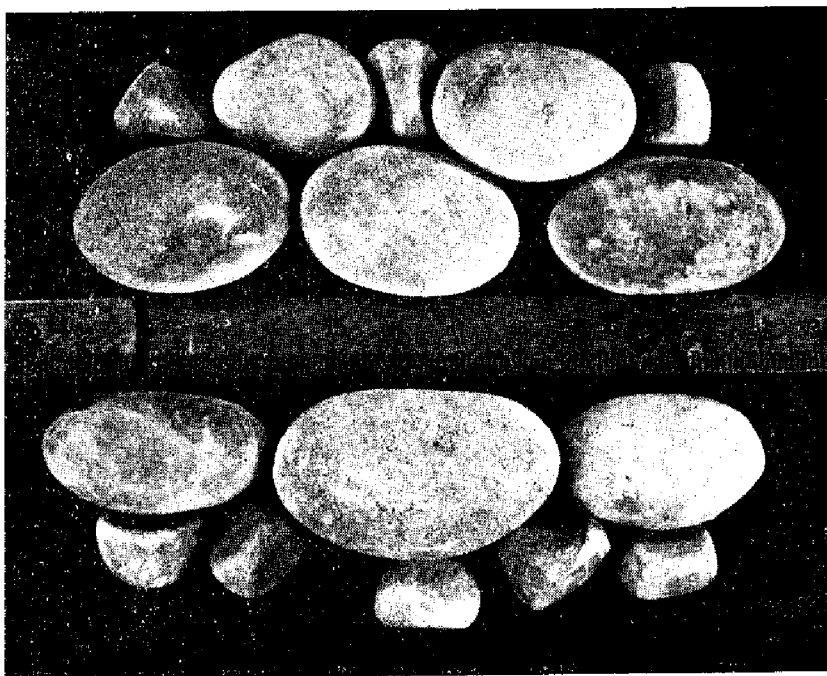
Azohemia: 0,92 0/00. 2 de Julio de 1937.

Cloruremia: 3,99 0/00. 2 de Julio de 1937.

Reserva alcalina: 50,32 %, 2 de Julio de 1937.

Se repite la cloruración y se le plantea a la familia el problema operatorio, puesto que medicalmente el enfermo no ha mejorado. Obtenido el consentimiento de la familia se opera al enfermo el día 6 de Julio de 1937, con anestesia local novocaína 0,50 %. Cirujano Dr. Trabucco. Ayudante Dr. Echenique.

Se efectúa una incisión longitudinal mediana suprapúbica, se expone la



vejiga, la que se abre transversalmente extrayéndosele 16 cálculos de distintas formas y tamaños. La pared vesical es de un centímetro de espesor y bastante friable. La mucosa vesical se encuentra muy congestionada, velvética y recubierta en algunas partes por un exudado mucofribinoso.

Se deja tubo de Freyer Marion N° 40.

Se insiste con el suero glucosado 20 % 20 c.c. endovenoso 4 veces diarias, 1000 gramos de suero glucosado isotónico subcutáneo y 500 gramos de isotónico endovenoso. Cardiazol, 4 ampollas diarias.

El enfermo fallece el 12 de Julio de 1937.

Exámen de los cálculos.

Los cálculos extraídos, todos de color blanco, 16 en total. Podemos dividirlos en 2 categorías: a) cálculos grandes y b) cálculos pequeños. Los cálculos grandes son 7, de forma ovoidea y sus tamaños oscilan entre el de un huevo

de gallinácea el más grande y un huevo de paloma el más pequeño; estos cálculos tienen una superficie regular, lisa, no están facetados.

Los cálculos más pequeños, 9 en total, tienen forma piramidal o cuboidal y están facetados por todas sus caras, las otras características son semejantes a las anteriores.

El exámen analítico nos informó de que se trata de sales de fosfatos y carbonatos de calcio.

Del análisis de esta historia podemos ver que este caso de litiasis vesical tiene varios puntos interesantes:

1º Una única hematuria hace 41 años, posiblemente debida a un pequeño cálculo, iniciación del proceso: esta única hematuria estaría, en realidad, de acuerdo con la evolución clínica de los enfermos portadores de cálculos, en quienes, a medida que aumenta el tamaño o el número de los cálculos, disminuyen los trastornos de orden traumático; pero no debemos olvidar que la vejiga es un órgano bien vascularizado y con tejidos que cuando se encuentran irritados pueden sangrar abundantemente, cosa que no ha sucedido en este enfermo.

2º Nos llama la atención la tolerancia del enfermo hacia esos cuerpos extraños en la vejiga. Al enfermo no le molestaba la polaquuria, sino las retenciones agudas que tenía periódicamente. En realidad la vejiga comenzó a hacerse sentir recién en los últimos tiempos.

3º Hay un hecho en la historia clínica que llama la atención y es la ausencia de la próstata. Su sitio está ocupado por una bolsa llena de cálculos que comunica ampliamente con la vejiga. Podemos interpretar la ausencia al tacto de la próstata, más que a la desaparición real de la glándula, a la transformación de esta glándula en tejido fibroso, por los procesos de pericistitis y periprostatitis, así como a la presión excéntrica motivada por el desarrollo de los cálculos vesicales que recae sobre el cuello vesical y el triángulo.

4º Otro punto más que puede llamar la atención es la existencia en la misma vejiga de cálculos facetados y no facetados. Aquí los cálculos facetados son los pequeños; los otros, de forma ovoidea, presentan ligeros signos de achatamiento en algunas de sus caras, pero no verdaderas facetas. Parecería que los cálculos grandes, por

ende, los más antiguos, son los que han gozado de cierta libertad en la vejiga y su movilidad ha impedido el facetamiento de sus caras. En cambio, los cálculos chicos, tal vez los últimos, posiblemente con núcleos albuminosos o mucosos, han tenido que desarrollarse entre los pequeños espacios libres que les permitían los cálculos grandes no facetados; esto ha tenido como fin la fijación de la masa calculosa con reducción concomitante de su movilidad.

5º Por fin se plantea el problema terapéutico. Como hemos visto en la Historia Clínica, hemos sometido a este paciente a un tratamiento preoperatorio sumamente severo. Pareció reaccionar al comienzo, pero la fiebre urinosa provocada por la presencia de los cálculos que mantenían la infección constante de la vejiga, nos indujo a la resolución quirúrgica como único medio con probabilidades de éxito. Desgraciadamente, a la semana de operado, el enfermo falleció, comprobando una vez más la gravedad de las grandes calculosis vesicales.