

# LITIASIS VESICAL RECIDIVADA EN UN NIÑO

Por el Dr. JUAN IRAZU

La recidiva calculosa de cualquier segmento del tracto urinario ha presentado siempre un serio problema urológico.

Nadie puede aseverar mejor lo dicho que el sinnúmero de operados del mal de piedra.

Sin pretender entrar al terreno hipotético de la litogénesis, nos ocupamos en cambio de las causas favorecedoras de la litiasis secundaria recidivada.

Cuando extraemos de un órgano un cálculo no curamos la enfermedad con este acto quirúrgico; es necesario modificar las condiciones del medio orgánico corrigiendo sus trastornos metabólicos.

Mucho tiempo ha transcurido desde que se consideró la litiasis como una diatesis: sin embargo, no fué posible curarla con los simples cambios de régimen que indudablemente la mejoraron.

Pero gracias al descubrimiento de la deficiencia del factor alimenticio de la vitamina A, surge un marcado adelanto en el tratamiento de la litiasis.

Según la autorizada opinión de Roswel, H. Brown y E. C. Brown, los cálculos se formarían alrededor del epitelio queratinizado como resultado de la falta de vitamina A.

También los trabajos experimentales de Osbarne, Mendel y Feri, en 1917, pudieron demostrar la producción de cálculos vesicales en ratas blancas con dietas deficientes de vitamina A.

Higgins, en 1933, experimentó con ratas blancas, de las cuales el 80% de ellas presentaron cálculos vesicales después de 250 días de deficiencia en vitamina A, y no se los encontró en ratas con menos de 90 días de dieta vitamínica.

Según este autor, la alcalinuria también es debida a la falta de vitamina A en las ratas blancas.

En esas condiciones los cristaloides de la orina aumentarían: mientras que la protección de los verdaderos coloides no es suficiente y los cálculos empiezan a formarse y a precipitarse en las áreas del epitelio desnudo.

Después que el nódulo se ha formado, continuos depósitos de fosfatos y carbonatos causan el progresivo crecimiento, el que se hace más rápido si se agrega la infección.

Las investigaciones en el hombre de la deficiencia en vitamina A por el biofotometro, realizadas en 1935 arrojaban un 68 % de testigos positivos.

Por el mismo procedimiento Jeghers en la escuela de Medicina de la Universidad de Boston, encontró aproximadamente 35 % de testigos positivos.

Dada la frecuencia de litiasis vesical sobre todo en niños varones de otros países, según rezan en las estadísticas que relataremos, es interesante la investigación del testigo de avitaminosis A. aún en nuestro medio donde los casos aislados que observamos podrían ser tratados convenientemente para evitar la recidiva.

Hayer y Magath en la Mayo Clinic sobre 2195 casos de Litiasis urinaria sólo constataron 33 casos.

Campbell, en una serie de 74 litiasis en niños; 10 eran vesicales y en su mayoría presentaban obstrucción infravesical.

Bokay sobre 1621 casos de litiasis urinaria en niños, 1150 de ellos presentaban litiasis vesical.

En nuestro medio la litiasis infantil es poco frecuente, sobre todo recidivada motivo por lo que creemos de interés el relato de esta observación.

Contado M., de 4 años, argentino, ficha 3.686 del Servicio de Cirugía del Hospital Argerich, que ingresó el 26 de enero de 1944.

Hijo de padre asmático, operado de hernia inguinal y de litiasis vesical, esta última en marzo de 1943 en la Casa de Expósitos.

Según refieren sus padres fué siempre delgado, inapetente. Desde antes de su primera operación por litiasis vesical, el niño acusaba intenso dolor y disuria antes de la micción. Esta iba precedida de estremecimiento de todo el cuerpo y manoseo del miembro y comenzaba orinando algunas gotas para continuar después su micción: los deseos de orinar eran frecuentes día y noche.

Después de su primera intervención vesical el niño tuvo una mejoría que duró algo más de un mes, pero pasado ese tiempo reaparecen todos los síntomas acentuados, más un estado febril por infección urinaria con temperaturas continuas.

Tan grande es la desesperación del niño al orinar que pide a la madre que le corte el miembro y tan marcada la disuria que llegó en una oportunidad a la retención, seguida de desvanecimiento e incontinencia.

Su estado actual es de físico de poco desarrollo para su edad. Presenta en la región



Figura 1  
Radiografía directa del cálculo vesical.

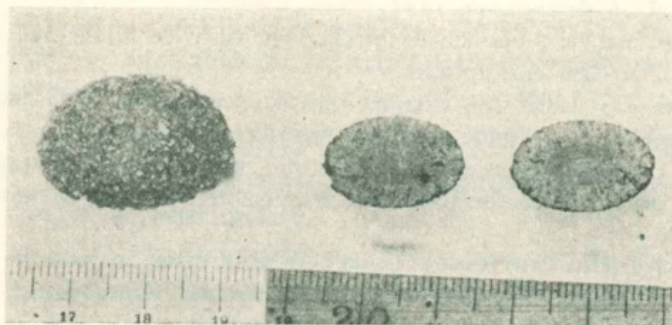


Figura 2

Figura 3

Tamaño natural del cálculo.

suprapubiana una cicatriz operatoria de su talla vesical. Hay fimosis congénita. El tacto rectal y la palpación digital bimanual de la vejiga es negativa. El resto del aparato urinario no presenta particularidades al examen clínico.

*Examen de laboratorio.* — Orinas: alcalinas, Ph. 8; hay pus y sangre. Sangre, azotemia y glucemia normales, calcemia 11 miligramos.

*Exámenes radiográficos (directo).* — Cálculo vesical a nivel del trigono, del tamaño de una almendra (fig. 1).

(30-XI-43). — Se intenta disolver el cálculo con la solución de Luby-Albrights, hecha en instilaciones vesicales, sin resultado.

*Operación (16-II-44).* — Bajo eternarcosis, se coloca una sonda uretral que se fija por

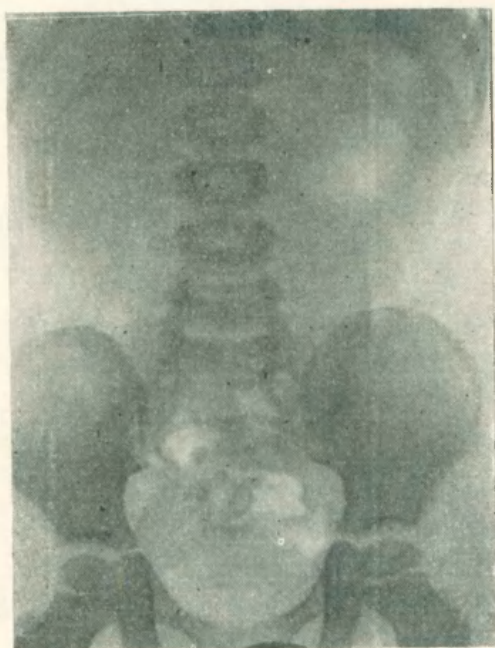


Figura 4

Radiografía directa del aparato urinario año y medio después de la operación.

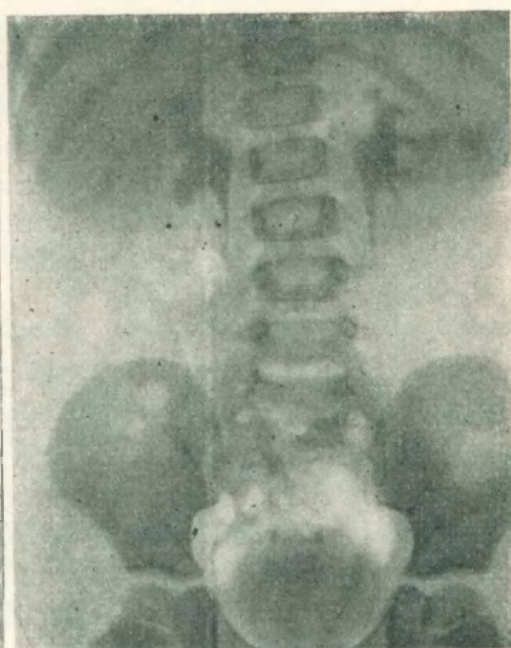


Figura 5

Pielografía descendente; uronefrosis bilateral secundaria. Uretrocistografía miccional normal.

puntos de sutura a la extremidad del prepucio y se distiende el globo vesical. Se extirpa la antigua cicatriz y se practica la talla extrayendo el cálculo, el cuello vesical no presenta lesiones. Sutura total de la pared vesical en dos planos y luego se reconstruye la pared abdominal.

*Post-operatorio.* — Normal. Se retira el cateter uretral al 8º día y se lo da de alta curado, indicándole un régimen cetógeno a base de manteca, tocino, huevos, verduras frescas, carnes, vitamina A.

*Examen de cálculo.* — Tamaño 2 por 3 cms, color marrón oscuro, superficie irregular granulosa (fig. 2). Al corte transversal se observa un núcleo inorgánico (fig. 3). Examen químico: Está constituido por abundante ácido úrico escaso carbonato y oxalato de calcio.

(5-VI-45). — Niño en perfecto estado de salud, sin trastornos vesicales, orinas limpias, reacción neutra, Ph. 6. Radiografía (directa): No se observan cálculos en todo el aparato urinario (fig. 4). Pielografía (descendente): Uronefrosis pequeña bilateral. Cistouretrografía (miccional) normal (fig. 5).

## COMENTARIO

La presente comunicación se refiere a un niño con litiasis vesical recidivada a los 4 años.

Tratábase de un cálculo mixto desarrollado rápidamente en una vejiga con infección y con un organismo con probable carencia de vitamina A.

Los cuidados post-operatorios bien llevados podrían haber evitado la recidiva calculosa con la adopción de un régimen cetógeno adecuado.

Por otra parte es necesario en esos casos equilibrar el Ph. Urinario, conjuntamente con el tratamiento de la infección.

Finalmente la investigación de testigos de deficiencia en vitamina A, por el biofotometro nos parece interesante.

En nuestro caso vigilamos atentamente a este niño desde hace año y medio y está aparentemente curado.

## DISCUSIÓN

Dr. Gorodner. — *Como dice el Dr. Irazu, la litiasis vesical infantil es sumamente rara en nuestro país, aunque el doctor Pardal, en Mendoza, ha presentado una serie de casos.*

*En otros países es más frecuente y voy a citar el caso de que médicos de un país que indicaré, diagnostican la litiasis vesical de los niños en la calle. Es una observación que han hecho los médicos coloniales franceses en Argelia, en Túnez y en Marruecos, donde la población usa una especie de túnica, llamada "chilaba". Esta túnica tiene dos agujeros, por los cuales se pasan las manos y los chicos que padecen de litiasis no sacan las manos afuera, sino que las mantienen adentro tomándose con ellas el miembro. Los franceses llaman a esto el "signo de la mano"; es para vencer la incontinencia, uno de los signos característicos de esta afección. Hago notar que en esos países, los niños no comen manteca, que tiene Vitamina A y D.*

Dr. Irazu. — *Agradezco al doctor Gorodner la forma en que ha ilustrado este trabajo y le diré que ya conocía en detalle algunos de esos datos.*