

LITIASIS VESICAL MULTIPLE

Por los Dres. ARTURO SERANTES y ALBERTO E. GARCIA

La litiasis vesical múltiple no es una rareza, y casi podríamos decir que es más frecuente encontrar varios cálculos (de 2 a 6 corrientemente) que uno solo.

Pero dentro de los cálculos múltiples, hay que hacer una distinción fundamental: 1º Las concreciones pequeñas, del tamaño de una lenteja o menores aún, que se encuentran en cantidades extraordinarias en las vejigas de retencionistas infectados crónicos, y 2º Los cálculos de tamaño mediano, a los cuales sí es una rareza hallarlos en número tan elevado como el que motiva esta comunicación (54).

Entre el primer grupo, los cálculos de pequeño volumen, la bibliografía es rica en citas al respecto. Así **Portal**, dice haber encontrado en la vejiga de **Buffon** 55 cálculos. **Roux** cita una observación de 193, **Desaul** de 200, **Murat** de 678, **Liston** de 500, **Gibson** de más de 1000, **Chopart** de 600 y **Leroy D'Etiolles** tres casos de 180-200 y 500 respectivamente.

Pero los cálculos de volumen mediano, no se encuentran nunca en cantidades tan elevadas como los anteriores. **Civiale**, por ejemplo, cita un caso de 30 cálculos, del tamaño de una almendra, como extraordinario. **Leroy D'Etiolles** cita otro caso de 23 cálculos del mismo

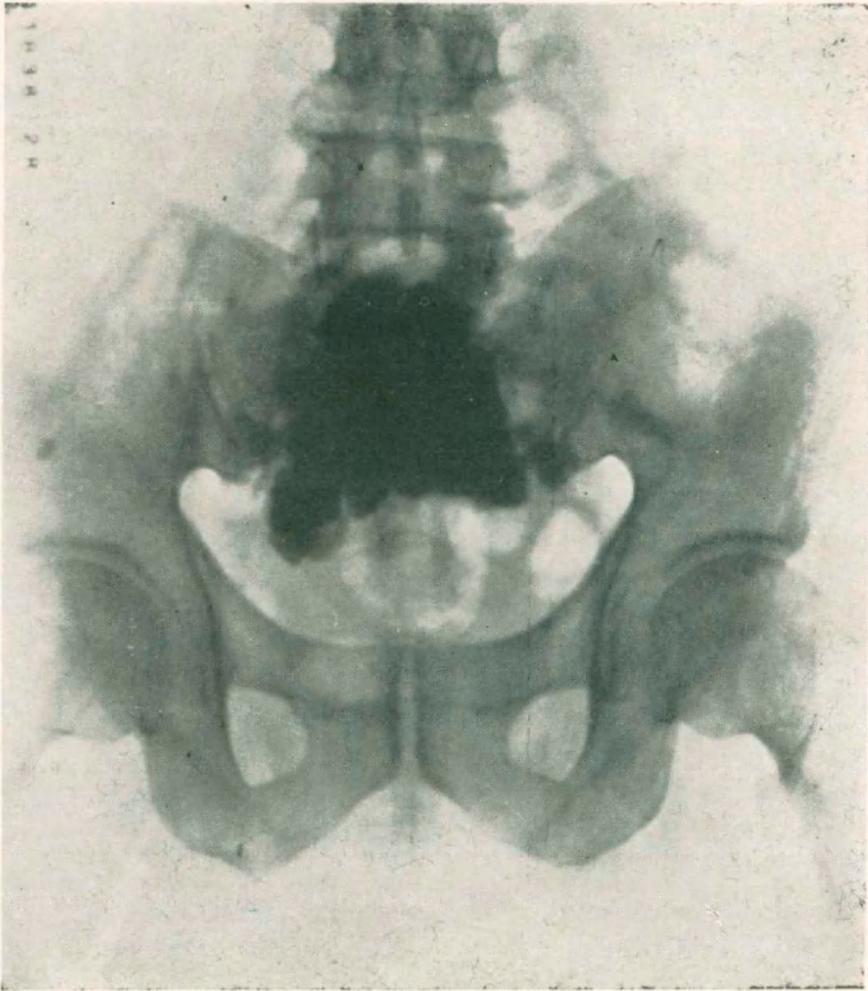


Fig. 1

Radiografía simple de vejiga. Obsérvese la sombra calculosa elevada en conjunto por la enorme hipertrofia prostática, visible por debajo de ella. No se ven los límites de los cálculos por la superposición de los mismos.

tamaño. **Legueu** publica un caso de 23 cálculos facetados, muy semejante al que motiva nuestra comunicación. **Ruysch**, en una autopsia, ha encontrado 22 cálculos del tamaño de una nuez, y **Groenwel** dice contar con una observación de 43, de tamaño variable entre el de un huevo de paloma y el de una nuez.

Ultimamente hemos tenido oportunidad de observar en nuestro Servicio Hospitalario, un caso de litiasis vesical múltiple, en el cual extrajimos, por cistotomía, 54 cálculos, de cuya forma y tamaño da una idea gráfica la fotografía que acompañamos. La breve reseña bibliográfica que acabamos de mencionar, y algunas modalidades evolutivas poco comunes, justifican, a nuestro modo de ver, el interés de la presentación.

El caso que motiva esta comunicación, lleva el número 3.966 y corresponde al enfermo J. T., español, de 63 años de edad, viudo, pintor, que ingresa a nuestro servicio el 1º de Junio del corriente año, ocupando la cama 118 de la sala IV.

No registra ningún antecedente hereditario ni personal de importancia. Niega todo antecedente urinario ajeno a su enfermedad actual.

Sus padecimientos se inician hace aproximadamente 4 años, con trastornos disúricos y polaquiuria a predominio nocturno. Estos síntomas, insidiosos en su aparición, se acentúan gradualmente, y hace 3 años consulta a un especialista que le hace diagnóstico de hipertrofia de próstata, y le practica un tratamiento a base de evacuación y lavados de la vejiga con sonda, después de lo cual mejora notablemente.

Transcurre desde entonces, hasta hace un mes y medio, con crisis periódicas de polaquiuria y disuria, que ceden sin una terapéutica racional, conservando un buen estado general, que le permite desempeñar su actividad profesional, la de pintor "de brocha gorda", sin inconveniente. Hace un mes y medio, una de esas poussés de disuria y polaquiuria no cede como habitualmente. Se acentúan los trastornos, aparecen hematurias intermitentes, nunca muy intensas, según el enfermo, y nota una tumoración en hipogastrio, que aumenta día a día, y que lo decide a internarse en el Hospital.

No ha tenido nunca retención completa de orina, ni fenómenos de incontinencia. No refiere dolores renales, ni ha eliminado cálculos. No ha vuelto a ser sondeado hasta el día de su ingreso.

Con estos antecedentes, examinamos al enfermo. Es un sujeto en regular estado general, de acuerdo a sus condiciones fisiológicas, apirético, con pulso normal y con lengua húmeda. Nos llama de inmediato la atención el aspecto del abdomen, que se presenta en forma de obús, con su punta más saliente a nivel del ombligo, algo desviado hacia la izquierda, no modificándose aparentemente con los movimientos respiratorios profundos ni los cambios de posición. La palpación nos revela la existencia de una tumoración de tamaño aproximado al de una cabeza de adulto, de forma redondeada, de superficie regular, en íntimo contacto con la pared abdominal; de límites netos, aun-

que se pierden gradualmente en profundidad por la forma redondeada; de consistencia renitente, no percibiéndose oleada. La tumoración no se desplaza con la respiración, y se moviliza un poco en el sentido transversal con las maniobras bimanuales. Es poco dolorosa a la presión, sin sensibilidad especial. Topográficamente es una tumoración mediana que ocupa el hipogastrio

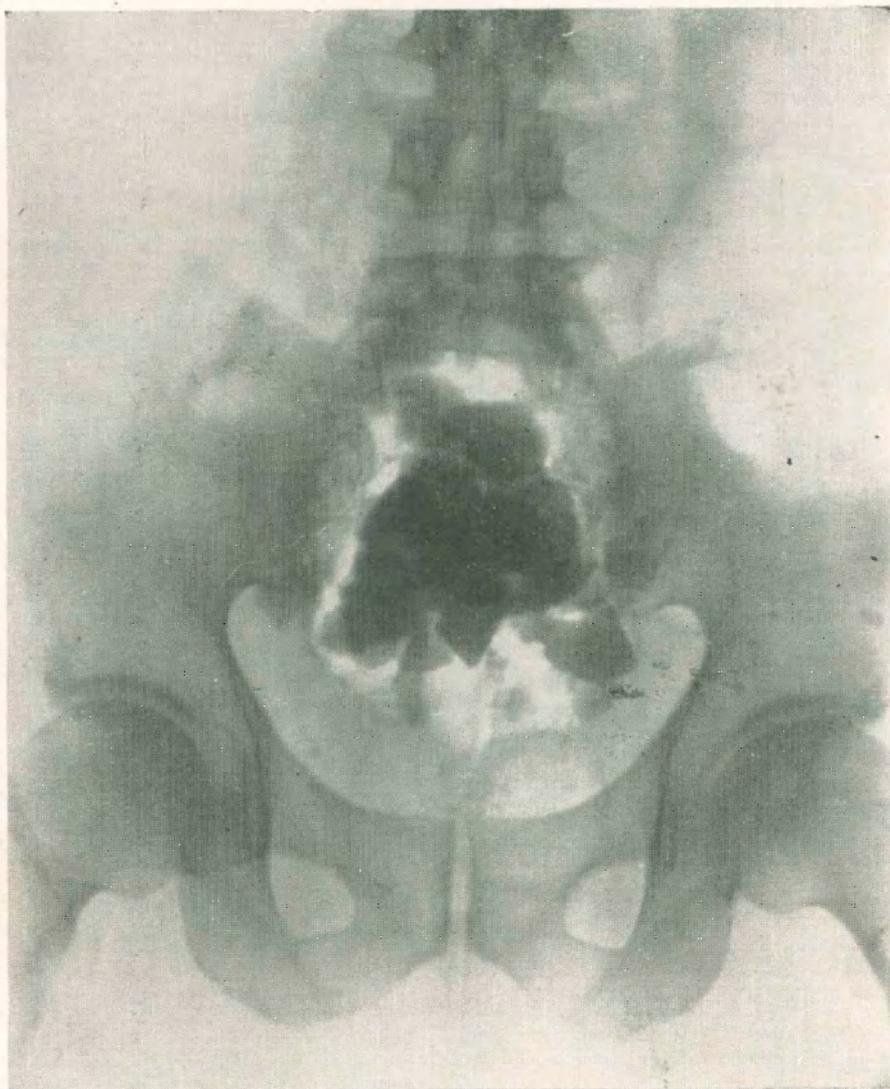


Figura N^o 2

Cistografía con Umbrathor . Vejiga insuflada con aire. Se observan más netos los contornos de los cálculos, y la sombra prostática con sus dos lóbulos bien diferenciados.

y parte de ambas fosas iliacas, describiendo un arco en la parte superior que comprende casi toda la zona periumbilical. En la parte inferior se pierde por debajo del pubis, dando a ese nivel la sensación de mayor tensión. El resto del abdomen es depresible, indoloro, no palpándose nada anormal. No se palpan ni pelotean ambos riñones. A la percusión, la tumoración es mate en los puntos de contacto con la pared abdominal.

Procedemos a hacer orinar al enfermo, quien, con grandes esfuerzos y emisión de un chorro débil, elimina 60 c.c. de orina muy turbia, purulenta y fétida. No se observa con ello una modificación apreciable de la tumoración.

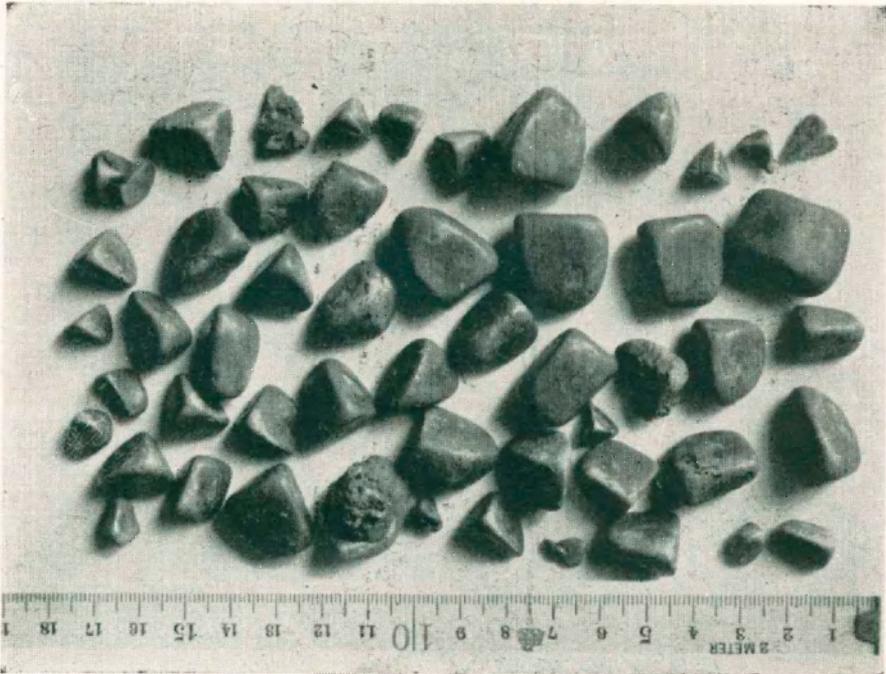


Fig. 9

Los cálculos extraídos. Reducción del tamaño normal.

El tacto rectal nos revela una próstata muy aumentada de tamaño, no llegando a palparse sus límites hacia la parte superior. De superficie lisa, de consistencia uniformemente blanda, de límites laterales e inferior netos, poco dolorosa y sin adherencias patológicas.

Genitales externos sin particularidad. Uretra muy alargada, fácilmente cateterizable con una sonda bequille Nº 20, que penetra casi por completo, y con la cual se extraen lentamente 700 c.c. de orina turbia y fétida, hema-

túrica al final. Con la sonda no se ha recogido ninguna sensación de cuerpo extraño.

Después de la evacuación de la vejiga, la tumoración abdominal se ha reducido visiblemente de tamaño, como si hubiera descendido hacia la pelvis, ocupando entonces el hipogastrio y parte de la fosa iliaca izquierda, hacia donde persiste lateralizada. La consistencia ha aumentado en forma evidente, habiendo desaparecido la retinencia y la escasa movilidad lateral referida.

Acto seguido, se intenta practicar una cistoscopia, pero la intolerancia vesical a la distensión y una hematuria abundante, malogran la exploración, no recogiéndose con ella ninguna enseñanza.

Se coloca sonda uretral permanente, con lo cual cede rápidamente la hematuria, se somete al enfermo a un régimen hipoazoado, y se excita la función renal con inyecciones de suero glucosado.

Junio 3. — Azoemia: 0,57 %.

En los días sucesivos, cada cambio de sonda provoca una hematuria y uretrorragia abundantes, que felizmente ceden al poco rato.

El 8 de Junio se practica nuevamente una cistoscopia. La capacidad vesical continúa siendo mala, y la visibilidad del medio peor, por la hematuria que se provoca. No obstante, introduciéndose muy a fondo el cistoscopio y descendiendo al máximo el pabellón de la óptica, se logra apreciar algún detalle de la cavidad vesical. Sobre el relieve del cuello, que aparece muy irregular y congestivo, se observa hacia el bajo fondo unas lobulaciones blancuecinas, con depósitos hemorrágicos, cuya naturaleza no fué posible precisar dado las malas condiciones en que se practicaba el examen. No fué posible observar ningún otro detalle.

El 12 de Junio, se decide practicar una cistografía con Umbrathor, cuyos resultados van a apreciar ustedes y que fué decisiva y categórica para el diagnóstico. (Placa 41836. Figuras 1 y 2).

El enfermo fué intervenido el 14 de Junio, practicándosele una talla vesical, con anestesia general.

Nos encontramos con una vejiga de paredes enormemente espesadas, poco vascularizada, que se incidió ampliamente. La exploración de la cavidad nos demostró en primer término la existencia de una hipertrofia prostática de desarrollo poco común. La próstata, del tamaño casi de un puño, hacía gran relieve en la cavidad vesical, limitando por debajo de ella un bajo fondo enorme, del cual extrajimos 54 cálculos facetados, de tamaños diversos, como ustedes pueden observar (figura N^o 3). El resto de la vejiga, con numerosas celdas, algunas de las cuales podrían considerarse como divertículos por

su tamaño, pero todas ellas en amplia comunicación con la cavidad y sin cálculos en su interior. Se practica el cierre parcial de la brecha vesical, se coloca una sonda de Pezzer y se sutura la pared por planos.

El post-operatorio inmediato fué bueno. La curva de la urea llegó a 0,62 por mil al tercer día, descendiendo luego a la normal.

El enfermo continúa internado en el servicio, en estudio para practicarle la prostatectomía en momento oportuno.

El caso que acabamos de relatar se trata indudablemente de una litiasis vesical secundaria, en un retencionista crónico, infectado, por una hipertrofia de la próstata.

El enorme desarrollo adquirido por el adenoma, aparte de ser el causante de la retención e infección que crearan el terreno litógeno, ha dado origen también a la formación de un gran bajo fondo vesical, que, a manera de reservorio, ha ido acumulando los cálculos formados por sucesivas precipitaciones de una orina alcalina. La gran abundancia de núcleos orgánicos de precipitación en una orina fuertemente infectada, explica el número elevado de los cálculos; y la inmovilidad relativa del bajo fondo, justifica el crecimiento in situ, la falta de eliminación y el facetamiento de los mismos, por presiones recíprocas.

La existencia del gran bajo fondo vesical, y la inmovilidad relativa de los cálculos situados en él, explica también la buena tolerancia del enfermo, que no acusa mayores trastornos hasta hace un mes y medio, siendo que su afección debe datar de mucho tiempo atrás, y todos conocemos los sufrimientos de un litiásico con un cálculo móvil que evacúa completamente la vejiga.

Por último, la enorme hipertrofia prostática y la formación del bajo fondo, fueron la causa de las dificultades de diagnóstico con que tropezamos en las manipulaciones instrumentales y endoscópicas, e hicieron de la radiografía la exploración más valiosa.

DISCUSION

Rebaudi L.:

Refiere una observación como contribución al estudio de Umbrathor de un enfermo al que se le practica una cistorradiografía con

Umbrathor, a raíz de la cual se instala una hematuria rebelde y persistente.

Salleras J.:

Pregunta por qué se hizo Umbrathor y no aire solo, por cuanto con este método es suficiente para identificar la constitución de los cálculos.

Montenegro A.:

No veo la indicación a la cistorradiografía con Umbrathor, ya que me parece que la radiografía simple es suficiente en lo que a mi manera de proceder se refiere.

Todos hemos visto casos de litiasis múltiple estando el tamaño en relación al número; así, en un caso de 241 cálculos, algunos eran del tamaño de una cabeza de alfiler.

Me llama también la atención, la distancia grande que media entre los cálculos y la vejiga y que tal vez sea debido a que la vejiga está muy llena.

García A. E.:

Nos resulta interesante la observación del Dr. Rebaudi, pero en lo que a nuestra experiencia se refiere, podemos asegurar que en más de 50 cistorradiografías practicadas con Umbrathor, no hemos registrado el accidente que menciona, a pesar de haberse llevado a cabo en enormes neoplasias ulceradas, con hematuria intensa antes de la exploración. No podemos hasta ahora atribuirle al Umbrathor ningún accidente digno de mención.

Al Dr. Salleras debemos advertirle, que la exploración radiológica se hizo antes de conocer el diagnóstico exacto de la afección, después de haber fracasado con los otros medios de investigación, como hacemos notar en la historia clínica, y en presencia de un enfermo con una tumoración que sobrepasaba el hipogastrio y cuya naturaleza desconocíamos hasta ese momento. Lógico es, pues, que re-

curriéramos a la cistorradiografía con Umbrathor, que, como decíamos al Dr. Rebaudi, ha sido siempre inofensiva en nuestras manos, e indudablemente puede aportar muchísimas más enseñanzas que la simple radiografía con aire.

Al Dr. Montenegro podríamos hacerle las mismas consideraciones sobre la oportunidad de la cistorradiografía con Umbrathor, y recordarle además que una prueba del interés de la exploración, es el hecho de que se extrañe de la distancia que media entre los cálculos y la vejiga, sin advertir que es la vejiga en conjunto que está elevada por una enorme hipertrofia de la próstata, visible en una de las placas, detalle que no podría apreciarse en una radiografía simple, en la cual si llamaría la atención la posición de los cálculos, que podría hacer creer en una litiasis diverticular.

En cuanto a la observación del número de los cálculos, creemos dejar bien explícito a través de la comunicación que no es precisamente el factor numérico aislado el interesante, sino más bien el tamaño y disposición de los cálculos, y las modalidades o aspectos clínicos de la evolución de la enfermedad.