

LITIASIS VESICALES DE GRAN TAMAÑO

Dr. Artigas, Ramón J.* - Dr. Burgos, Néstor G.

Resumen

De nuestra casuística hemos seleccionado tres historias clínicas, donde el común denominador era la existencia de cálculos de gran tamaño ubicados en aparato urinario inferior. Cada uno de los casos fue comentado brevemente, deteniéndonos especialmente en el caso nº 2, emitiendo una teoría personal sobre la formación de cálculos prostáticos posoperatorios. Referente al caso nº 3 destacamos su rareza basándonos en su falta de mención en la bibliografía.

Introducción

La litiasis vesical suele encontrarse acompañando la enfermedad obstructiva cervicoprostática. En nuestra práctica diaria representa alrededor de 10 %, siendo tamaño y cantidad de naturaleza variable. Los tres casos que presentamos de nuestra casuística tienen una característica común: su gran tamaño. Si bien no es nuestra intención realizar consideraciones generales sobre su etiopatogenia, pues sabemos que es por todos conocida, expondremos brevemente algunas ideas sobre litiasis prostática posoperatoria a propósito del caso nº 2, basándonos en las observaciones publicadas y de los datos extraídos de enfermos que hemos tratado con esta patología. De esta manera queremos contribuir a la casuística de la Sociedad Argentina de Urología sobre el tema.

Nuestros casos

Caso nº 1

J. D., 67 años, enfermo que consulta por presentar síndrome prostático acentuado con intensa polaquiuria diurna y nocturna, piuria constante y ardor miccional. El examen prostático revela una moderada hipertrofia adenomatosa, y en el examen bimanual se palpa una tumoración sólida por encima del pubis. En el urograma excretor se observa una gran imagen litiasica que ocupa todo el contenido vesical (fig. 1). Se intenta realizar una cistoscopia, pero la turbidez del medio y el tamaño del cálculo impiden hacer el examen visual. Habiendo hecho el diagnóstico, se realiza cistostomía amplia, comprobándose la existencia de siete cálculos facetados, perfectamente engarzados entre sí, confirmándose la sensación endoscópica, ya que el cistoscopio parecía insinuarse dentro del único cálculo (fig. 2). El mayor de estos cálculos era un cubo de 5 cm de lado. Se completa la intervención con una prostatectomía transvesical, de la que evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta al décimo día de la intervención. El paciente continuó con intensa piuria durante aproximadamente un mes y con infección urinaria durante dos meses más. Los gérmenes que más frecuentemente se encontraron en los sucesivos urocultivos fueron la *Escherichia Coli* y *Klebsiella*. El enfermo falleció dos años después a consecuencia de un infarto de miocardio.

Caso nº 2

S. G., 59 años, enfermo proveniente de Rosario, donde un año antes le había sido practicada una prostatectomía transvesical. Desde varias semanas antes de la primera consulta, espontáneamente comenzó a perder orina por hipogastrio, a través de la cicatriz de la operación. En el examen se palpa en el lecho prostático una tumoración pétreo. Se trata de colocar una sonda

Béniqué, no pudiéndose pasar la uretra posterior, teniendo la sensación característica de fricción litiasica. Se realiza uretrosco-pia confirmando la existencia del cálculo en el sitio de la obstrucción. En el urograma excretor se observa una gran imagen litiasica que desde el lecho prostático llega hasta la cavidad vesical. Se lo interviene quirúrgicamente por vía suprapubica, extrayéndose un cálculo que mide alrededor de 10 cm de longitud por 2 cm de diámetro (fig. 3). El posoperatorio se desarrolló normalmente, siendo dado de alta al 8º día, volviendo a su lugar de origen dos semanas después, desconociéndose la evolución posterior.

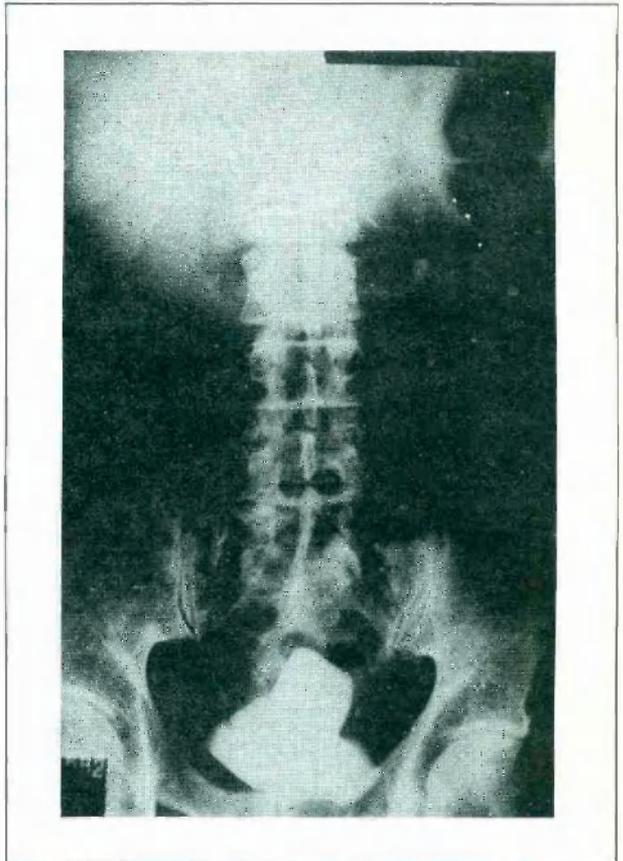


Figura 1. Radiografía simple, caso nº 1.

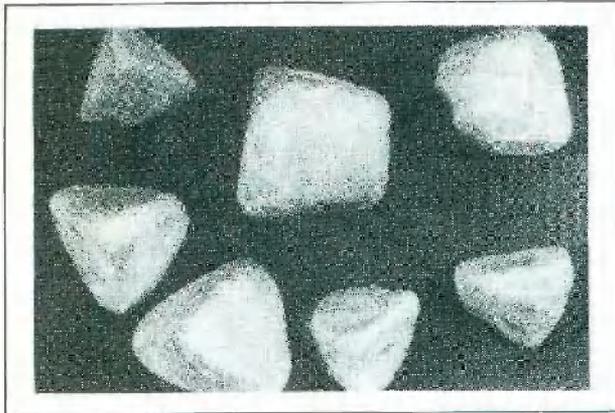


Figura 2. Cálculos facetados del caso nº 1

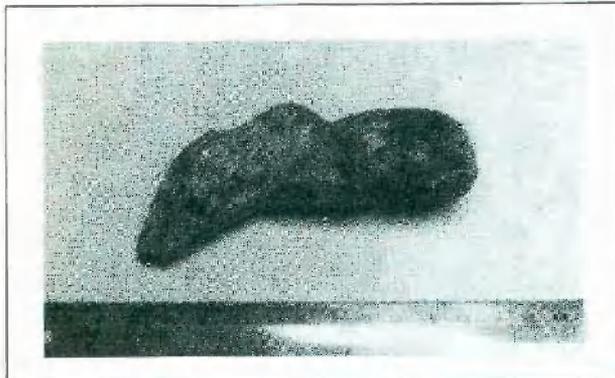


Figura 3. Cálculo prostatovesical del caso nº 2

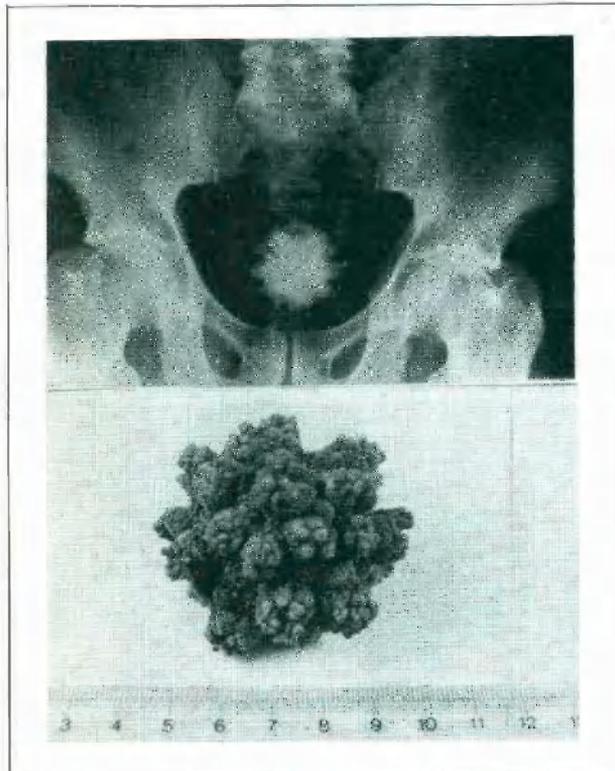


Figura 4. Radiografía simple y cálculo del caso nº 3.

Caso nº 3

R. K., 51 años, enfermo que relata ardor miccional de aproximadamente un año de evolución, dolor perineal intenso sin relación con la micción, constante, con variantes de intensidad. No presenta otros síntomas urinarios ni relata pasado urinario previo, refiriendo que ya había consultado a varios colegas que diagnosticaron "enfermedad psicósomática". En el examen se comprueba hipertrofia adenomatosa de próstata, pequeña, muy dolorosa al tacto que se exacerba con la maniobra bimanual. En los análisis de rutina sólo se encuentra sedimento urinario patológico sin infección. En el urograma excretor se observa una gran imagen litiasica a nivel del área vesical, de forma estrellada con múltiples ramificaciones y calcificaciones moteadas en cada extensión (fig. 4), que en las placas contrastadas queda totalmente oculta por la orina. El examen endoscópico confirma la litiasis vesical, siendo intervenido quirúrgicamente por vía transvesical, extrayéndose un cálculo estrellado con múltiples ramificaciones, a la manera de una formación coraliforme, sólida y consistente, de 5 cm de diámetro (fig. 4). Se completa la intervención realizándose prostatectomía y cervicotomía posterior amplia. El enfermo fue dado de alta al octavo día de la operación, teniendo hasta el presente buena evolución.

Comentarios

Hemos hallado en la bibliografía consultada litiasis similares a las presentadas por nosotros. El profesor Trabucco expuso en esta Sociedad un caso de litiasis vesical múltiple, 16 cálculos, uno de los cuales, el mayor, es similar al cálculo de mayor tamaño de nuestro caso nº 1. Este trabajo fue presentado durante la primera sesión del año 1938, en colaboración con J. T. Etchenique. Durante el año 1959, el mismo autor comunica un cálculo de uretra posterior posquirúrgico, como nuestro caso nº 2, pero cuyo núcleo estaba constituido por una gasa.

Hemos tratado de encontrar alguna teoría que explique la formación de las litiasis prostáticas posoperatorias. Para Forziano y Barletta es consecuencia de una esponja de gel reabsorbible colocada en la lodge prostática con fines hemostáticos. Este caso es particular porque la mayoría de los autores no utilizan este medio hemostático. El profesor Trabucco hace referencia a cálculos ureterales o vesicales, que llegados a la uretra se alojan allí y tienden a crecer, por otra parte hace referencia a incrustaciones calcáreas en el lecho prostático luego de resecciones endoscópicas.

El hecho de haber tratado varios enfermos con litiasis uretrovesical, de pequeño tamaño y con forma de reloj de arena, donde el síntoma principal era el dolor intenso a nivel del cuello vesical y con intensificación miccional, nos permiten realizar algunos comentarios al respecto. En todos estos casos no existía estrechez uretral, ni tampoco se la menciona en los casos publicados.

Si analizamos la prostatectomía, sobre todo en aquellas formas multilobulilares de gran tamaño, que no se pueden extraer en un solo bloque y donde la limpieza de la lodge prostática no se puede realizar con la pulcritud adecuada, cabe la posibilidad que pequeños restos de tejido esfacelado puedan ser el punto de partida para la formación de un cálculo, que creciendo en sentido retrógrado tome la forma en reloj de arena ya mencionada. Si la aposición de sedimento continúa, su tamaño puede acrecentarse hasta alcanzar las dimensiones no habituales del caso nº 2.

En el año 1961, el Dr. Petrone comunicó un caso de litiasis doble, donde uno de ellos tiene la forma que hemos descrito y es similar a varios cálculos que hemos extraído en estos últimos años. Si observamos su forma y lo imaginamos cabalgando en el cuello, podremos comprender la naturaleza del dolor durante la micción y durante el período intermiccional, pues la contracción del cuello sobre el cálculo estimula la sensibilidad dolorosa de la mucosa regional.

El dolor fue el síntoma principal del caso nº 3, donde la aposición sedimentaria se realizó en forma caprichosa, adquiriendo una apariencia coraliforme no habitual para una litiasis vesical. Ignoramos cuál ha podido ser el mecanismo fisiopatológico que lo ha hecho crecer de esa manera, pero su forma erizada asentada en la mucosa vesical explica el origen del dolor, especialmente durante la contracción del detrusor. En la revisión bibliográfica que hemos realizado para la preparación de este trabajo, no hemos encontrado la mención de otro caso similar, por lo que creemos que se trata de una rareza digna de ser publicada.

Bibliografía

1. Astraldi, A., y Cassinelli, A.: "Calculosis múltiple del aparato urinario inferior". Rev. Arg. Urol., 7:85, 1938.
2. Barisio, R. J.: "Litiasis gigante de la uretra". Rev. Arg. Urol., 64:11, 1975.
3. Comotto, C.; Berri, H., y Cartelli, N.: "Gran cálculo diverticular de uretra femenina". Rev. Arg. Urol., 15:106, 1946.
4. Eraso, R.: "Litiasis diverticular gigante en un niño de once años con esclerosis de cuello vesical". Rev. Arg. Urol., 28:125, 1959.
5. Fonio, O. A.: "Voluminoso cálculo de uretra posterior. Extracción por cistostomía". Rev. Arg. Urol., 23:23, 1954.
6. Forziano, J. A., y Barletta, L.: "Cálculo uretral enclavado". Actas 9º Congreso Argentino de Urología, pág. 243, 1966.
7. Gálvez, I.: "Litiasis vesical infantil". Rev. Arg. Urol., 3:197, 1934.
8. Gorodner, J., y Levati, H. A.: "Litiasis vesical gigante y adenoma de próstata". Rev. Arg. Urol., 40:148, 1971.
9. Granara Costa, A.: "Litiasis de próstata, uretra y vejiga". Rev. Arg. Urol., 8:311, 1939.
10. Hernández, A.; Podestá, M., y Satorre, B.: "Litiasis vesical gigante". Actas 4^{as} Jornadas Rioplatenses de Urología: 340; 1967.
11. Irazu, J.: "Litiasis vesical recidivada en un niño". Rev. Arg. Urol., 15:96, 1946.
12. Lucano, D. A.: "Cálculo gigante de vejiga". Rev. Arg. Urol., 26:34, 1957.
13. Lliriod, J. R.: "Litiasis uretral anterior diverticular". Rev. Arg. Urol., 31:8, 1962.
14. Molina, L. G.: "Un caso de litiasis vesical emigrado y enclavado en la uretra prostática en un niño de seis años de edad". Rev. Arg. Urol., 7:5, 1938.
15. Palazzo, M. R.: "Cálculo albuminoso en vejiga". Rev. Arg. Urol., 41:99, 1972.
16. Petrone, E. G.: "Litiasis uretrovesical". Rev. Arg. Urol., 30:182, 1961.
17. Trabucco, A., y Zapiola, M. A.: "Gran cálculo vesical en una niña". Rev. Arg. Urol., 6:32, 1937.
18. Trabucco, A., y Etchenique, J. T.: "Consideraciones acerca de un caso de litiasis vesical múltiple". Rev. Arg. Urol., 7:19, 1938.
19. Trabucco, A. E.; Sánchez Sañudo, L. L.; Márquez, F. J., y Carril, A.: "Litiasis de uretra posterior posquirúrgica". Rev. Arg. Urol., 28:288, 1959.