

Hosp. Rawson, Serv. de Urología,
Jefe: Profesor Dr. E. CASTAÑO

Por los Doctores
ARMANDO TRABUCCO
y ARTURO B. ORTIZ

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE LITIASIS VESICAL EN UN NIÑO

AUNQUE la litiasis vesical en el niño es relativamente poco frecuente y aunque su sintomatología y diagnóstico parecerían temas ya agotados, creemos oportuno aumentar la casuística de esta afección con la observación que relataremos más abajo, que, como podrán ver los distinguidos colegas, presenta ciertas características sintomatológicas, diagnósticas y probablemente etiológicas, que la hacen interesante.

H. C., CXCIII. — Cama 61. E. B. Nacionalidad argentino. Edad: 5 años. Domicilio: Santiago del Estero.

Fecha de entrada. — 2 de agosto de 1940.

Fecha de salida. — 5 de septiembre de 1940.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos, presentando la madre ciertos signos de impregnación específica traducidos especialmente por Argill-Robinson positivo, arreflexia patelar y esbozo de Romberg.

Antecedentes personales. — Tos convulsa y sarampión a los 3 años. No tuvo otras afecciones.

Enfermedad actual. — Según refiere la madre, la afección comenzó hace 7 meses con dolores en la región hipogástrica espontáneos y exacerbados por la micción, la que arrancaba gritos de dolor a la criatura. Estos dolores se exageraban con el movimiento.

Este enfermito presentaba además disuria total y orinas turbias que dejaban regular cantidad de sedimento en el bocal. No ha habido hematurias macroscópicas.

Puesto en tratamiento médico con antisépticos urinarios por vía oral, no mejora, razón por la que se interna en nuestro servicio.

Estado actual. — Micción cada 5 minutos, día y noche: polaquiuria que se exagera con el movimiento. El chorro de orina ha perdido algo de su fuerza de proyección.

Riñón. — Uréteres: Riñones no se palpan ni duelen. Los puntos dolorosos ureterales no se pueden investigar, dada la exquisita sensibilidad de todo el abdomen.

Uretra. — Permeable; pasa un explorador N° 15.

Vejiga. — Gran sensibilidad a la palpación hipogástrica monomanual. Percíbese roce pétreo al explorador. Capacidad 80 gramos. Orinas turbias (pus).

Cistoscopia. — No se practica.

Hemos omitido también el tacto de próstata por el gran estado de excitabilidad que presenta el enfermito y por los dolores que con ello agregaríamos a los muchos ya provocados por su dolencia.

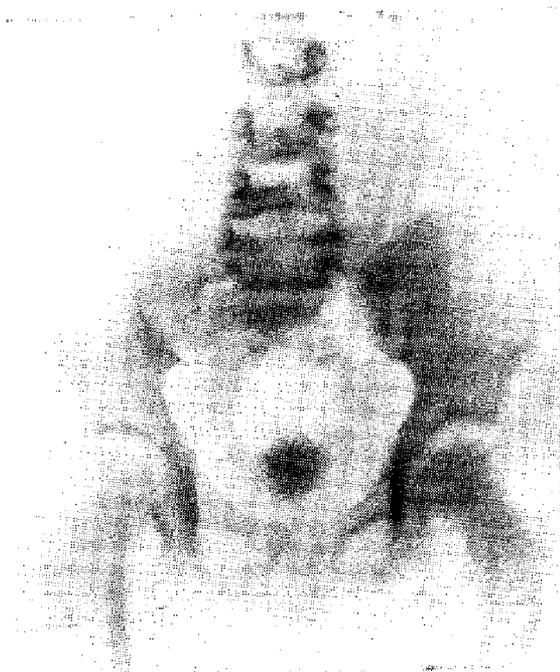


Figura 1. — Radiografía simple, cálculo vesical.

Testículo y epidídimo. — Normales.

Examen clínico general. — Decúbito indiferente, pero en general adopta una actitud particular caracterizada por la flexión forzada de su pierna derecha contra el muslo, adaptando el talón del pie derecho contra el periné, por debajo de las bolsas, como sentándose encima del talón. Cuando el enfermito se halla en esa posición, cesan sus quejidos y consigue entretenerse con juegos propios de su edad. Es suficiente cambiarlo de posición, pararlo, acostarlo, hacerlo caminar, etc., para que el niño vuelva a quejarse de dolores y molestias urinarias; en estas circunstancias lleva la mano invariablemente hacia el pene que agarra y tira fuertemente. Facies de sufrimiento; sudorosa. Motilidad óculo-parpebrales conservada. Opacidad córnea (cicatriz de procesos antiguos que evolucionan en

pocos días). El oftalmólogo lo atribuye a lesiones bacilares. Piel y mucosas rosadas.

Examen neurológico. — Este examen reveló la existencia hipomiotonia no muy marcada de miembros inferiores con hiporreflexia.

Exámenes de laboratorio. — El examen global de las orinas registra como único dato patológico la presencia de pus y el sedimento nos muestra la presencia

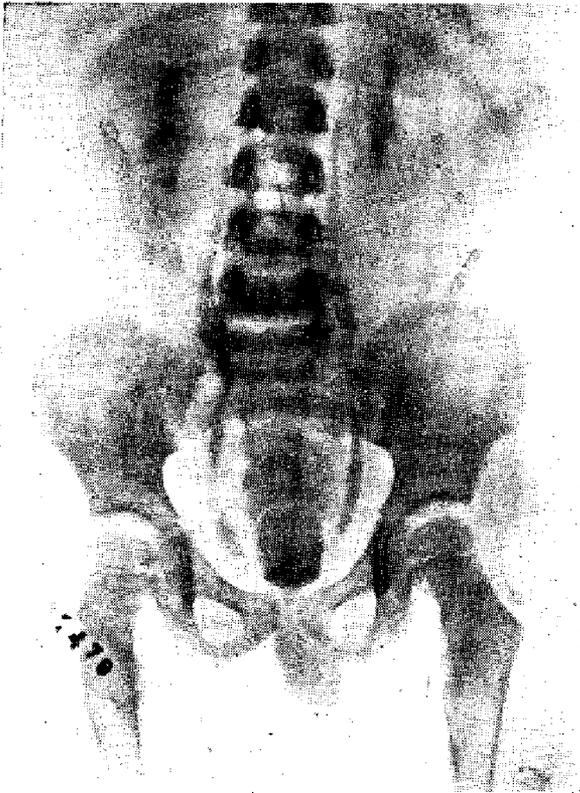


Figura 2. — Urografía excretora a los 5'. Obsérvese el cálculo en un mayor tamaño.

de células planas, leucocitos normales; glóbulos de pus, uratos alcalinos, fosfato simple. P. H. urinario 6,6.

Urea en sangre 0,40 % c. c. Reacción de Wassermann negativa, Kahan standard y presuntiva, negativos.

Examen radiológico. — La radiografía simple del aparato urinario nos muestra una sombra opaca colocada dentro de la pequeña pelvis en la línea media y por arriba del pubis; sombra del tamaño de una avellana grande, de opacidad uniforme y de bordes nítidos. Se practica una urografía con substancia opaca por excreción encontrando a los 5' un nefrograma perfecto en ambos lados siendo el riñón derecho aparentemente más grande que el izquierdo; hay buen relleno

de la pelvis y los cálices perfectamente normales, no así los uréteres que se muestran algo dilatados estando bien acentuadas sus estrecheces anatómicas. Es dable observar una particularidad interesante cuando estos uréteres toman contacto con la vejiga, pudiéndose notar una marcada interrupción que abarca más de un cm. con respecto al relleno vesical. Esta zona de interrupción en la eliminación de la substancia opaca es dable observarla en todos los momentos. En cuanto a la

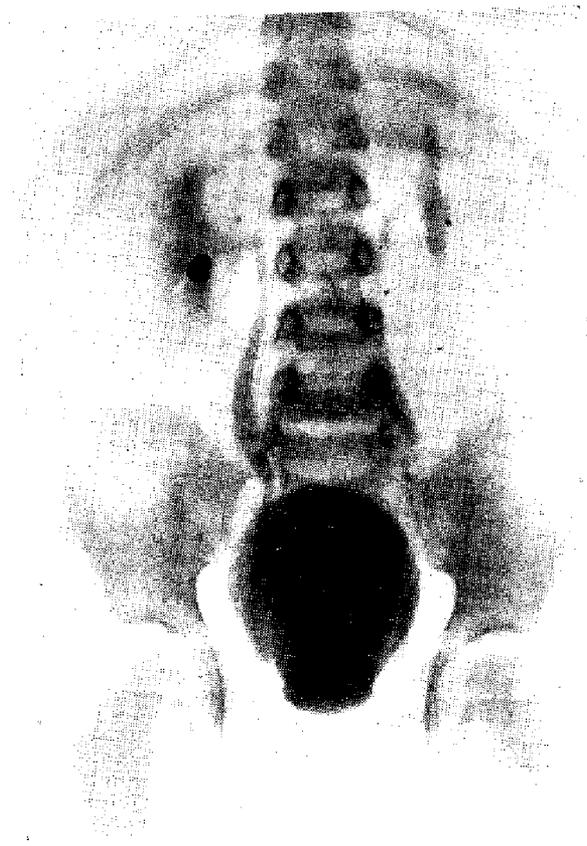


Figura 3. — Urografía excretora a los 45'. Obsérvese el cálculo en su menor tamaño.

vejiga ya a los 5' hay substancia de contraste en poca cantidad y el cálculo se muestra aparentemente agrandado de tamaño con respecto a la radiografía simple siendo casi el doble y caracterizándose por la presencia de capas concéntricas de distinta opacidad. A los 15 la vejiga adopta una forma de pera invertida, habiendo la sombra calculosa disminuido aparentemente de tamaño a los 45' cuando la vejiga ha conseguido distenderse en forma de globo, la sombra calculosa se halla prácticamente achatada.

Marcha de la enfermedad. — 5-III-1940. Temperatura axilar 38, tos, se auscultan rales y sibilancias en ambos pulmones, indicándose tratamiento adecuado.
9-VIII-1940. — Curva térmica descende, mejorando el estado general.

12-VIII-1940. — Enfermo afebril, se continúan los exámenes.

20-VIII-1940. — Talla vesical; anestesia etérea; operador Dr. Trabucco. Ayudantes: Dres. Ortiz y Diner.

Incisión mediana infraumbilical. — Se corta piel, tejido celular y aponeurosis. Se abre el intersticio muscular, se constata la vejiga muy aumentada de tamaño y muy vascularizada; se pinza e incide; estaba muy engrosada; se extrae un cálculo de 2 cms. de diámetro más o menos.

Se procede a la exploración del cuello no hallando nada patológico. Se coloca sonda uretral y se cierra la vejiga en dos planos: pequeños drenajes de goma en el Retzius, se unen los músculos con catgut y la piel con crin. Se indica suero fisiológico y glucosado en cantidad suficiente.

22-VIII-1940. — Se saca drenaje y se suspende la administración de sueros.

26-VIII-1940. — Sigue bien, buena diuresis, orinas claras.

29-VIII-1940. — Se retira sonda uretral, indicando a la madre hacerlo orinar cada media hora.

5-IX-1940. — Se da de alta con régimen higiénico y dietético adecuado, además de vitaminas A y C. Se prescribe tratamiento específico, lactato de mercurio al 1 % y a la madre Biyoduro de Hg. y bismuto intercalado.

CONSIDERACIONES

Como dijimos en la introducción a nuestra comunicación, no es el hecho de presentar un caso más de litiasis vesical infantil sino el mostrar ciertos aspectos clínicos que este caso presenta, lo que nos ha llevado a hacerlo en esta oportunidad.

Uno de ellos, el más importante, es la actitud particular que el enfermito corrientemente adopta, la de sentarse sobre uno de sus talones aplicado sobre el periné, cuya interpretación debe tomarse como la defensa contra el dolor, porque haciendo presión contra el periné el cálculo debe desplazarse hacia la cúpula vesical o hacia su bajo fondo, liberando con esto al trigono y al cuello vesical, partes de la vejiga eminentemente sensibles.

Con la tendencia a colocarse el cálculo contra el cuello vesical es fácil explicar la disuria marcada de este enfermito sin haber trastornos aparentes del cuello de la vejiga; se establece una verdadera disuria mecánica. La radiografía muestra también algunos aspectos interesantes: primeramente el marcado espesor de las paredes vesicales traducidos por esa zona sin substancia opaca, que la urografía por excreción nos deja ver tan nítidamente; otra parte interesante

podemos encontrarla en la colocación especial que adopta el cálculo cuando la vejiga está vacía mostrándose estratificado y en su mayor tamaño; a medida que la vejiga se va rellorando podemos constatar que este tamaño está establecido solamente de acuerdo a un plano, pero que con el relloramiento de la vejiga, va acostándose, disminuyendo aparentemente de tamaño y borrando sus estratificaciones, porque los rayos incinden sobre él con una orientación totalmente diferente.

Debemos hacer notar también que en la intervención, a pesar de estar infectada la vejiga y de tener sus paredes engrosadas y que clásicamente se hubiera debido dejar drenaje suprapúbico, se ha prescindido de él, cerrando la pared vesical en dos planos y manteniendo la sonda uretral tan sólo 9 días, hemos conseguido el cierre total de la vejiga y de la pared abdominal, pudiendo al cabo de éstos ver que su diuresis es perfecta emitiendo orinas transparentes y sin trastornos miccionales de ninguna especie.

DISCUSION

DR. SCHIAPPAPIETRA. — *Tratándose de un niño que viene de Santiago del Estero, me ha movido la curiosidad de preguntarle al Dr. Ortiz si era de origen menesterozo.*

DR. ORTIZ. — *Así es, doctor.*

DR. SCHIAPPAPIETRA. — *... porque si es así, podría tener su etiología en un posible defecto de alimentación.*