

Litiasis vesical gigante

Giant bladder calculus

**MSc. Tomás Lázaro Rodríguez Collar, MSc. Andrés Félix Camilo Ramírez,
Dr. Evelio Bueno Sánchez, Dra. Roxana Soranyer Horroutinel Scull**

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las litiasis vesicales de gran tamaño son infrecuentes. Se manifiestan clínicamente por sepsis urinaria a repetición, polaquiuria y estranguria. Se presenta un nuevo caso de litiasis vesical gigante, así como aspectos de su diagnóstico y tratamiento. La paciente de 64 años de edad, asistió a la consulta y refirió padecer de infecciones urinarias reiteradas, incontinencia por urgencia miccional y dolor posmiccional en hipogastrio y uretra. Tenía el antecedente de haber sido operada, siete meses atrás, de un prolapso uterino total por vía vaginal. En el cultivo de orina se aisló *Escherichia coli* y, en el ultrasonido abdominal, se detectó una litiasis vesical de gran tamaño, la cual se confirmó en la radiografía simple de la pelvis. Se le realizó la cistolitotomía retropúbica, extrayéndose una litiasis de 9 x 6 x 5 cm de tamaño y 186 g de peso. La paciente evolucionó favorablemente con la desaparición total de los síntomas. La litiasis vesical gigante es rara, pero se debe sospechar en pacientes con síntomas urinarios sépticos e irritativos bajos persistentes. El ultrasonido del tracto urinario y la radiografía simple de la pelvis, son suficientes para establecer el diagnóstico de certeza. La cistolitotomía continúa siendo el tratamiento de elección de esta afección.

Palabras clave: infección urinaria crónica, litiasis vesical gigante, ultrasonido diagnóstico, cistolitotomía.

ABSTRACT

Giant bladder calculi are uncommon. Their clinical manifestations are recurrent urinary sepsis, polachiuria and strangury. A new case is presented of giant bladder calculus, as well as aspects of its diagnosis and treatment. A 64-year-old female patient attended consultation and stated that she suffered from recurrent urinary infection, urinary urgency incontinence and hypogastric and urethral post-miction pain. Seven months before she had undergone surgery for total uterine prolapse via the vagina. *Escherichia coli* was isolated from the urine culture, and abdominal ultrasonography revealed a large bladder calculus, which was confirmed by simple pelvic radiography. Retropubic cystolithotomy resulted in the removal of a 9 x 6 x 5 cm, 186 g calculus. The patient evolved favorably with total disappearance of all symptoms. Giant bladder calculus is a rare condition which should be suspected in patients with persistent irritative symptoms of lower urinary sepsis. Urinary-tract ultrasonography and simple pelvic radiography are sufficient to establish the certainty diagnosis. Cystolithotomy continues to be the treatment of choice for this condition.

Key words: chronic urinary infection, giant bladder calculus, diagnostic ultrasound, cystolithotomy.

INTRODUCCIÓN

Las litiasis vesicales gigantes son infrecuentes en la actualidad. Generalmente se asocian a obstrucciones por debajo del cuello vesical, como ocurre en la hiperplasia prostática, estrechez uretral, esclerosis del cuello vesical, o en las infecciones recurrentes del tracto urinario inferior. Resultan menos frecuentes en la mujer, y más aun, si son de gran tamaño.¹

Clínicamente se manifiestan por producir síntomas de irritación vesical, hematuria, infecciones urinarias repetidas y retención completa de orina. Para su diagnóstico definitivo son necesarios estudios de imágenes, como el ultrasonido y la radiografía simple del abdomen. Debido a su grandeza la cistolitotomía es todavía el tratamiento de elección para esta entidad nosológica.^{2,3}

En este trabajo se reporta un caso de litiasis vesical gigante, así como los elementos clínicos e imaginológicos que conllevaron al diagnóstico y tratamiento definitivo del mismo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años de edad que asistió a la consulta por experimentar infecciones urinarias a repetición, de varios años de evolución, acompañadas de incontinencia por urgencia miccional y dolor posmiccional en hipogastrio y uretra.

Al interrogatorio se recogió el antecedente de padecer de hipertensión arterial y asma bronquial, ambas controladas con tratamiento. También relató que se mantuvo con prolapsos uterinos totales, durante veinte años por miedo a operarse, hasta que hace siete meses se decidió y le realizaron la histerectomía vaginal de forma exitosa.

Al examen físico, como únicos datos positivos, presentaba dolor a la palpación profunda del hipogastrio y, en el tacto vaginal, un cistocele grado I.

Los estudios de la analítica sanguínea fueron todos normales. En el examen general de orina se detectaron abundantes leucocitos, hematíes y bacterias y, en el cultivo de la orina, se aisló *Escherichia coli*.

Dada la cronicidad de los cuadros urinarios sépticos de la paciente, se le indicó un ultrasonido del tracto urinario, en el que se reportó que ambos riñones tenían forma, posición y parénquima normales, tampoco existían litiasis ni ectasias y, en la vejiga, existía una imagen ecogénica que proyectaba sombra acústica, de unos 6 cm de tamaño, compatible con una litiasis vesical de grandes dimensiones (Fig. 1).

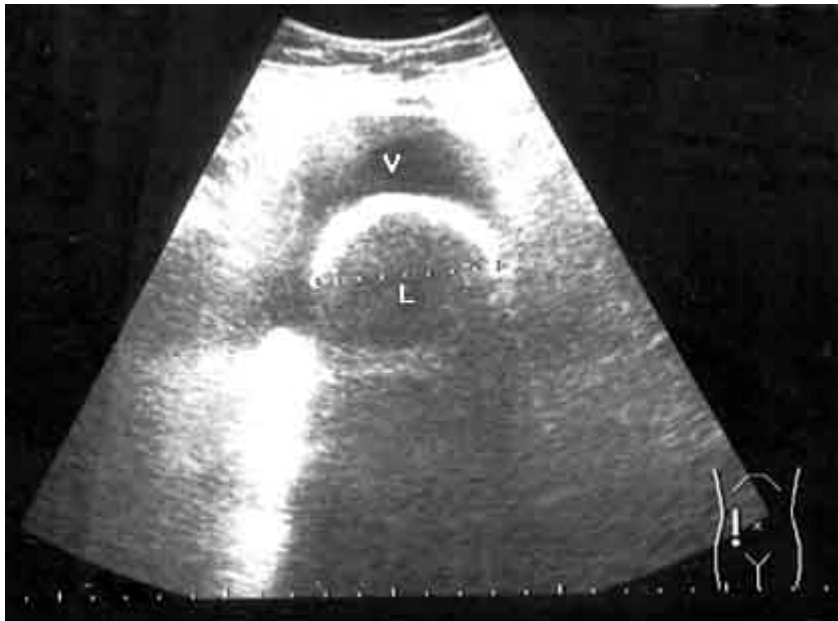


Fig. 1. Ultrasonido en el que se muestra la vejiga (V) y la imagen ecogénica, con intensa sombra acústica, típica de una litiasis vesical de gran tamaño (L).

Ante el hallazgo ecográfico referido, se le realizó una radiografía simple de la pelvis, en la que se confirmó la presencia de una litiasis vesical de grandes proporciones y algo lateralizada a la derecha (Fig. 2).

Se decidió, por el colectivo médico, practicarle la cistolitotomía retropúbica, dado el considerable tamaño de la litiasis que impedía realizarle procedimiento extractivo de mínimo acceso. Se obtuvo una litiasis de 9 x 6 x 5 cm y un peso de 186 g (Fig. 3) (A) que, al corte longitudinal, mostraba varios anillos de agregación en su interior, expresión inequívoca de su longevidad (Fig. 3) (B).

Se le mantuvo con sonda uretral durante 10 días y con tratamiento antibiótico oral, hasta completar las tres semanas. Al segundo mes de operada estaba asintomática y, con ultrasonido y urocultivo evolutivos negativos.



Fig. 2. Radiografía simple de la pelvis, que muestra la gran imagen radiopaca, en proyección de la vejiga.

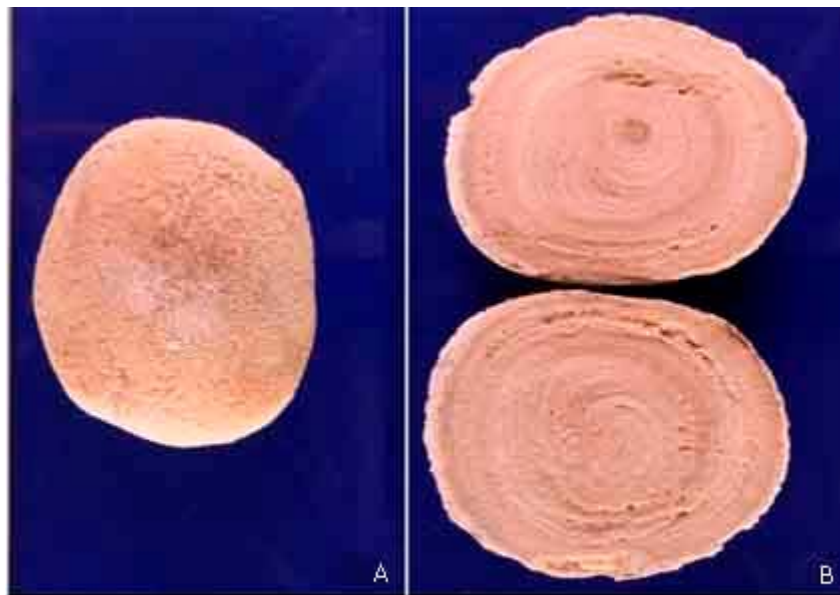


Fig. 3. Litiasis vesical recién extraída (A) y aspecto interior al corte longitudinal, en el que se constata la presencia de múltiples anillos de agregación (B).

COMENTARIOS

Se consideran como litiasis vesicales gigantes, a aquellas que sobrepasan los 100 g de peso,⁴ y son más frecuentes en personas de edad avanzada.⁵ Ambas características las reúne la paciente que se presenta en este artículo. También se han informado casos en niños asociados a malformaciones congénitas del tracto urinario inferior, a infecciones y con desnutrición.^{6,7}

Las litiasis vesicales gigantes representan, tan solo, el 1 % del total de los cálculos urinarios y son más frecuentes en el sexo masculino.^{8,9} Con frecuencia se asocian a la presencia de cuerpos extraños intravesicales, obstrucciones a nivel o por debajo del cuello vesical e infecciones repetidas.¹⁰

En la literatura médica cubana consultada, el único caso de litiasis vesical gigante informado se presentó en un niño de 11 años, al que se le extrajo una de 9 cm de longitud por 3 cm de anchura y 230 g de peso, ocasionada por valvas de la uretra posterior, que fueron corregidas en el propio acto operatorio de la cistolitotomía.⁶

El caso de la paciente que se trae a colación permaneció, durante aproximadamente 20 años, con un prolapso uterino total que no se había operado, por manifestar tener miedo a la intervención quirúrgica y que, para mantener el útero en su posición anatómica, optó por usar un pesario de forma intermitente. En todo este tiempo la paciente presentó infecciones urinarias a repetición con urocultivos positivos a *Escherichia coli*, las cuales fueron tratadas con disímiles antibióticos y antisépticos urinarios. Evidentemente fue la sepsis urinaria persistente, favorecida por el éstasis urinario permanente, la causante de la formación de este gran cálculo vesical primario, confirmando una vez más, que la infección vesical crónica es uno de sus factores etiológicos principales.^{1,3,8}

En los trabajos revisados se han descrito casos en los cuales, las litiasis vesicales gigantes, produjeron una fístula vésico-cutánea suprapúbica. En ambos pacientes existía el antecedente de cirugías en la región del hipogastrio —con la consecuente debilidad de la pared abdominal a ese nivel— lo cual unido al factor séptico intravesical, siempre presente, propició la aparición del trayecto fistuloso.^{8,11}

En otro paciente, la litiasis vesical gigante provocó obstrucción del tracto urinario superior, perforación en una de las paredes laterales de la vejiga y sepsis grave, conduciéndolo a una insuficiencia renal terminal, que precisó de tratamiento dialítico, previo a la intervención quirúrgica, en la que se realizó la cistolitotomía.¹⁰

Los autores coinciden con lo planteado con *Gallego Vilar* y otros² en que, para el diagnóstico imaginológico de una litiasis vesical gigante, bastan el ultrasonido del tracto urinario y una radiografía simple del abdomen. Por otro lado discrepan de *Wei-Yu* y otros¹ y de *Aydogdu* y otros,³ quienes afirman que, con el mismo fin, es necesario realizar una tomografía axial computarizada. El diagnóstico imaginológico diferencial, de las imágenes radiopacas, ovoides y de gran tamaño, que se proyectan en la pelvis menor de una mujer, se tiene que hacer con los miomas calcificados en cuyo caso tienen una localización más hacia arriba, en correspondencia con la posición anatómica del útero, y con los cuerpos extraños introducidos en la vagina y el recto, en los cuales el interrogatorio y el tacto vaginal o rectal, según el caso, confirmarían el diagnóstico.

Existe consenso en la mayoría los artículos revisados en cuanto a que, dado el gran tamaño de estas litiasis, la vía de abordaje debe ser la cistolitotomía suprapúbica, la cual es técnicamente fácil de realizar, segura y con escasas complicaciones posoperatorias.²⁻⁵

Se concluye que la litiasis vesical gigante es rara, pero se debe sospechar en pacientes con síntomas urinarios sépticos e irritativos bajos persistentes. El ultrasonido del tracto urinario y la radiografía simple de la pelvis, son suficientes para establecer el diagnóstico de certeza. La cistolitotomía continúa siendo el tratamiento de elección de esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wei-Yu Lin, Ching-Fang Wu, Jia-Jen Shee, Chih-Shou Chen. A decade of recurrent cystitis in a woman due to a giant vesical calculus. *Int Urogynecol J.* 2006; 17: 674- 5.
2. Gallego Vilar D, Beltrán Persiva J, Pérez Mestre M, Povo Martin J, Miralles Aguado J, Garau Perelló C, et al. Litiasis vesical gigante. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol.* 2011; 64(4): 383-7.
3. Aydogdu O, Telli O, Burgu B, Beduk Y. Infravesical obstruction results as giant bladder calculi. *Can Urol Assoc J.* 2011 Aug; 5(4): E77-E78.
4. Rahman GA, Akande AA, Mamudu NA. Giant vesical calculi: experience with management of two Nigerians. *The Nig. Journal of Surg. Research.* 2005; 7(1-2): 203-5.
5. Padrón Arredondo G. Litiasis vesical gigante. A propósito de un caso. *Cir Gen.* 2005; 27: 156-8.
6. Martínez Ginarte GJ, Sánchez Iturriaga M, Martínez Labrada R, Sabian Hamut H, Guerra Domínguez E. Litiasis vesical gigante en un niño. Presentación de un caso. *Multimed [Internet].* 2000 [citado 13 May 2012]; 4(4). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2000/v4-4/12.html>
7. Granados Loarca EA. Litiasis vesical gigante en el niño. *Arch Esp Urol.* 2005; 58(10): 1068-70.
8. Castillo de Lira HH, Chávez Martínez VH, Velásquez Macías R, Castellanos Hernández H, Landa Soler M. Fistula vesicocutánea secundaria a lito vesical gigante. *Rev Mex Urol.* 2008; 68(3): 183-5.
9. Nuhu A, Sheik A. Giant urinary tract calculi: A case series. *Surgical Practice.* 2011; 15(2): 41-7.
10. Daher EF, Girão LS, Silva Junior GB, Verde FA, Queiroz CE, Sliva SL. Doença renal terminal associada à obstrução crônica do trato urinário por cálculo vesical gigante. *J. Bras Nefrol.* 2006; 28(1): 47-50.
11. Kobori Y, Shigehara K, Amano T, Takemae K. Vesicocutaneous fistula caused by giant bladder calculus. *Urol Res.* 2007; 35(3): 161-3.

Recibido: 5 de abril de 2013.

Aprobado: 17 de mayo de 2013.

Tomás Lázaro Rodríguez Collar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: tomascr@infomed.sld.cu