

CALCULO DIVERTICULAR VESICAL GIGANTE*

(385 gr. 26 x 23 cm. de circunferencia)

Dr. CARLOS PELLICE PEÑA

LA frecuencia de la litiasis vesical, pero la rareza del cálculo de la vejiga de volumen excepcional, nos mueve a dar a conocer este caso operado por nosotros

Detallaremos sucesivamente:

- 1.º La historia clínica.
- 2.º El tratamiento efectuado.
- 3.º Estudio de la litiasis vesical gigante.
- 4.º Conclusiones.
- 5.º Bibliografía.

HISTORIA CLINICA

S. C. C., varón de 74 años, natural de Almería, casado, y domiciliado en Barcelona desde hace 40 años.

La primera visita fue efectuada el día 8 de octubre de 1957, y la orientación diagnóstica de entrada: hematuria vesical de probable etiología neoformativa.

Antecedentes: Bronquitis crónica de fumador. A los 61 años perforación gástrica por úlcus, ingresa de urgencia en el Hospital de San Pablo y es intervenido. Hace dos años se descubre úlcus duodenal que se va tratando en la actualidad.

Estado actual: Hace ya muchos años que el enfermo inicia con dificultad la micción, debe de realizar fuerza y a veces tiene dolor en vejiga; al poco rato cede el dolor y la micción empieza.

Desde hace 8 a 10 años a temporadas expulsa por la orina sangre, alguna vez que otra con coágulos. Lo que llama más la atención del enfermo es que su orina tiene un

fuerte olor como a carne, dice, siendo también casi siempre orinas sucias. Intensa poliuria nocturna; 8 a 10 micciones, y diurna cada hora más o menos.

Padece también de escozor miccional y de sensación de no vaciar bien la vejiga; siempre queda con ganas de orinar.

Ha perdido peso.

Las heces son alargadas y muy finas, y gran tendencia a la constipación. Frecuentes accesos febriles; enfermo desnutrido, dando la sensación del enfermo portador de un proceso neoformativo.

Exploración: (Sólo señalamos los datos positivos.)

Orina: turbio hemática, fuerte olor pútrido. Hernia inguinal izquierda. Eventración de toda la herida operatoria gástrica. Hemorroides que obliga a posponer el tacto rectal.

Cistoscopia: Pasan bien y sin dificultad las bujías cónico-olivares del número 16, 18 y 20. Se introduce acto seguido el citoscopio, que entra sin dificultad alguna.

Residuo vesical de aspecto purulento y con marcada tinción hemática, la capacidad vesical está algo reducida (120 a 130 cc), la exploración no es del todo bien tolerada, ya que existe un manifiesto proceso flogósico.

Las paredes vesicales están congestivas y con trabéculas; a nivel del trigono, y hacia los lados de éste aparece masa de aspecto neoformativo a expensas de la mucosa vesical y recubierta por capas de fibrina. No se ven los meatos. Todo alrededor de dicha masa tumoral aparece la vejiga congestionada con edema, en la masa hay zonas que sangran fácilmente. Las lesiones observadas recuerdan al de la cistitis cerebriforme. Ante los datos proporcionados por la cistoscopia y los análisis de laboratorio (cristaluria, leu-

(*) Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Asociación Española de Urología (Bilbao).

cocitos 25 a 30 por campo y la ausencia práctica de hematies, solamente 3 a 4 por campo, imagen cistoscópica no concluyente, el diagnóstico de entrada empieza a tambalearse y continuó lo exploración.

blado. Pensamos, pues, que algo empuja hacia la cavidad vesical todo su suelo, y nos sugiere la idea que bien pudiera tratarse de un cálculo; ante esta idea introducimos a través del cistoscopio una sonda ureteral y la

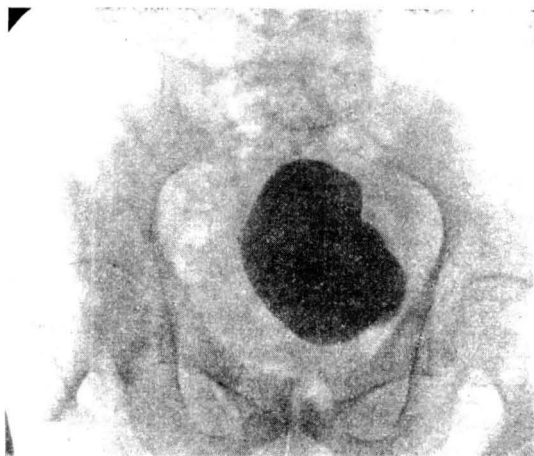


Figura 1

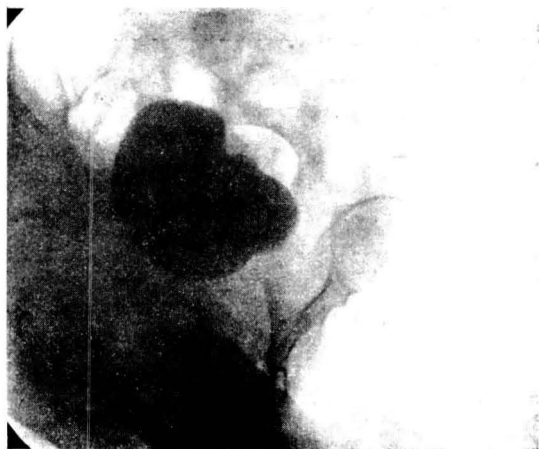


Figura 2

Además, por cistoscopia se veía un aspecto como curvado, convexo, abombado hacia la luz vesical empujando todo el trigono y esta parte es la que se veía recubierta por la neoformación con aquellas cintas blancuecinas y otras negruzcas de que hemos ha-

dirigimos hacia la masa, pero no se dobla, se introduce en ella formando túnel. Esta maniobra de introducir una sonda a través del cistoscopio y dirigirla hacia la zona sospechosa fue ya descrita por DARGET en 1921 (Journal d'Urologie, 1924).

Se retira el cistoscopio y se practica el

Tacto rectal: El dedo explorador no puede penetrar más que unos 2 cm. por haber masa de consistencia pétreo, redondeada, que se lo impide. El tacto combinado la hace desplazar. Por el lado derecho se logra introducir todo el dedo y se puede seguir el contorno de la masa que ocupa desde el promontorio, toda la concavidad de sacro y hasta 2 cm. del esfínter anal.

Ante la certeza de masa pétreo que hace relieve en vejiga (cistoscopia) y con prominencia rectal (tacto), pensamos ya en litiasis y completamos todo el resto de la exploración que falta.

Radiografías: La radio directa frontal (figura 1) nos muestra una masa grande, que ocupa más de la mitad del área de la pelvis menor, masa de contorno ovoideo, muy regular, de aspecto duro pétreo y opaca a rayos X. Dando imagen aún más densa que las formaciones óseas que la circundan.

La proyección oblicua señala el «pico» (figura 2) inicio de cálculo en reloj de arena, dicho pico está dirigido hacia la articulación coxofemoral.

Esta zona descrita es la que se veía al tener la vejiga abierta, y que estaba toda ella profusamente recubierta por mucosa vesical alterada en su aspecto morfológico y anatomopatológico.

La proyección lateral señaló la calcificación junto al promontorio en plena concavidad sacra y que baja hasta el pubis.

Urografías: Realizada con Urografin al 76 % 20 cc., la primera placa radiográfica no señala ninguna otra calcificación en el resto del aparato urinario (fig. 3).

A los 4 minutos de la inyección de la substancia de contraste aparece ya la eliminación del preparado inyectado (fig. 4). Alrededor del borde convexo del cálculo y en su lado derecho aparece un ribete como festoneado que es de substancia de contraste; así, pues, a pesar de no haberse visto durante la cistoscopia los meatos ureterales, se aprecia que no hay afectación del árbol urinario superior.

Los clichés sucesivos, practicados a los 12, 25, 35 y 60 minutos, señalan la progresión de la eliminación de la substancia de contraste a lo largo de la vía urinaria. Especialmente hay que señalar:

—la mejor eliminación a nivel del riñón izquierdo

—el ribete festoneado se ve muy manifiesto, lo que demuestra una bastante buena capacidad vesical.

Deseando aprovechar al máximo las enseñanzas que este caso nos brinda, efectuamos al día siguiente y previo lavado vesical la

Cistografía: Colocando como medio de contraste el aire (200 cc.) que fue muy bien tolerado. En la proyección frontal se ve muy bien un ribete bastante amplio en torno a la calcificación, menos a nivel del pico, parte de la masa que asoma en vejiga (fig. 5).

Se completó la exploración mediante la proyección oblicua derecha e izquierda correspondientes y sin datos a agregar.

Señalaremos que la masa calcificada presenta movilidad dentro del marco óseo; y concluimos con el diagnóstico de CALCULO INTRADIVERTICULAR VESICAL GIGANTE.

Análisis: Orina: albúmina, 0,50 %. Sedimento: abundantísimos cristales de fosfato amónico-magnésico, leucocitos de 25 a 30 por campo, hematíes 3 a 4 por campo, regular número de células vesicales y ureterales, algunos cilindros gránuloepiteliales.

Flora: No se observa.

Sangre: V. S. G. 1.ª hora 27 mm., a las dos horas 58 mm., índice de Katz = 28 mm. ni leucocitosis ni alteración en la fórmula hemática, tan sólo ligera anemia hipocrómica.

Tratamiento efectuado

Preparado convenientemente el enfermo, llegamos al acto quirúrgico (31 octubre de 1957), y previa anestesia general se procede a la talla vesical según el procedimiento ya clásico.

Amplia abertura de la vejiga previa sección del uraco, y marsupialización temporal de la misma, colocación del separador vesical de Legueu; aparece la cavidad vesical llena de masas carnosas muy pestilentes, esfaceladas y que invaden el trigono y la región inmediata a él. Mediante gasa montada se limpia la cavidad vesical de dichas masas, lo cual es muy fácil, dejando al descubierto mucosa vesical congestiva pero limpia, la

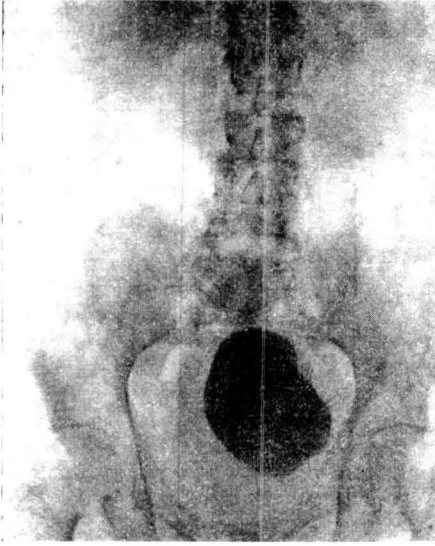


Figura 3

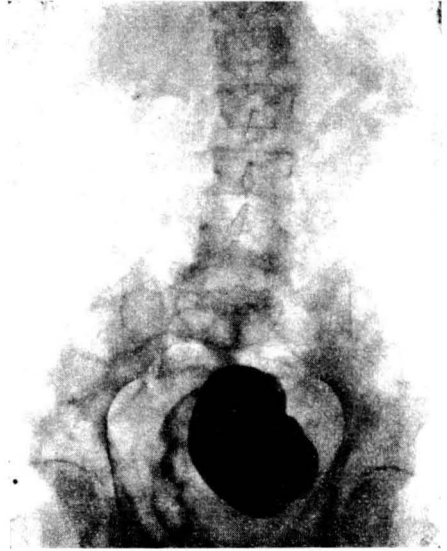


Figura 4

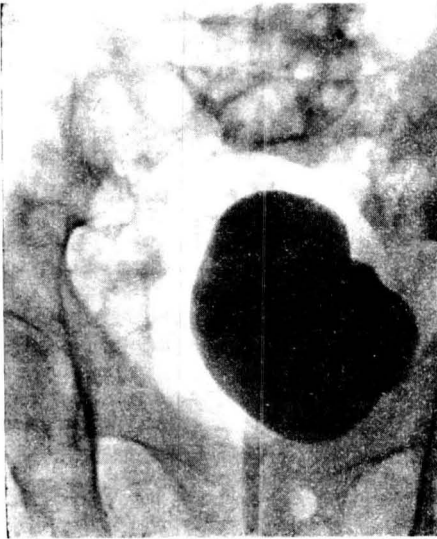


Figura 5

zona trigonal queda con mucosa muy edematizada, y hacia las paredes laterales hay paucicistitis.

Localizado el cálculo fácilmente ya que asoma por encima del trigono un pequeño mamelón inicio de cálculo en reloj de arena (=proyección vesical del cálculo diverticular), se introduce el dedo índice en recto y se rechaza hacia arriba la masa pétreo, el dedo índice de la otra mano se introduce en el orificio diverticular y tal como si hiciéramos una prostatectomía se procede a ir liberando todo el cálculo de las paredes que lo engloban, lo cual cuesta mucho, ya que están muy íntimamente adheridas a ellas.

Debido a que el orificio diverticular vesical es muy pequeño y no puede exteriorizar-

bióticos y a lavados vesicales repetidos mediante soluciones antisépticas, logró arrastrar los restos de la mucosa alterada, así como evitar la infección de la gran celda.

ESTUDIO DE LA LITIASIS VESICAL GIGANTE

Sólo haremos unas consideraciones generales y más bien orientadas hacia el caso motivo de la comunicación.

Sobre la litiasis vesical en general no nos detendremos, ya que

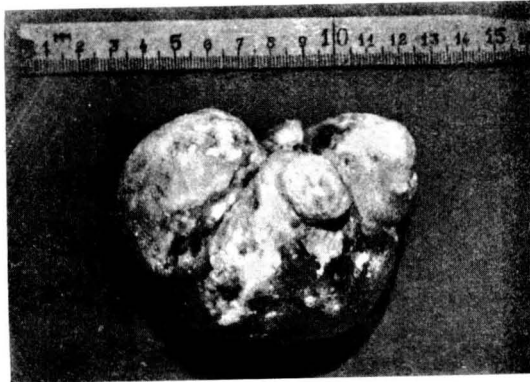


Figura 6

se la masa pétreo dentro de la vejiga, se incide a nivel del labio superior y entonces, mediante tacto combinado, hacemos girar el cálculo, el cual cae dentro de la cavidad vesical, con lo que fácilmente ya se puede exteriorizar.

Acto seguido se procede a ensanchar el cuello vesical; no se aprecian zonas adenomatosas a nivel de la próstata.

La gran celda diverticular se pone ampliamente en comunicación con la vejiga mediante amplia resección de las paredes y sutura de los labios, con lo que queda una gran cavidad bilobulada de amplísima comunicación.

Cierre parcial de la vejiga y drenaje con tubo de Marion.

El curso postoperatorio, gracias a los anti-

las molestias que despiertan al enfermo son en general suficientes como para reclamar la atención del especialista y éste orientar la exploración hacia el objetivo de litiasis vesical y haciendo precozmente un tratamiento quirúrgico hace que ya de entrada ésta sea una de las causas de la rareza de la litiasis vesical gigante. No obstante, SACANELLA detalla un caso en el que el bisturí al incidir la vejiga lo hizo sobre la propia pa-

red del cálculo, éste llenaba toda la vejiga (peso: 210 gr.).

Conocemos otros casos de litiasis vesical, pero que, a nuestro juicio, no pueden etiquetarse de gigante: 60, 120 y 150 gr., y que al enfermo pocas molestias le ocasionaban.

Aquí lo que hemos de considerar es el desarrollo excepcional y la prácticamente nula sintomatología padecida por el paciente, ya que, según manifestaciones del enfermo, hacia ya más de 40 años que venía temporadas padeciendo, pero que nunca estas molestias fueron tan grandes como para obligarle a consultar; a nuestro juicio, de haber sido un cálculo vesical habría despertado más sintomatología y hubiera obligado a la consulta.

El cálculo encarcerado dentro del divertículo es prácticamente indoloro y tan sólo la cistitis alrededor del orificio diverticular (cistitis del tipo cerebriforme típica, según ciertos autores, de vejiga diverticular), hace que dé sintomatología clínica, aparte claro está del obstáculo que siempre en toda vejiga diverticular encontramos a nivel del cuello vesical para el libre paso de la orina.

De los ya clásicos síntomas con que se describe la litiasis vesical:

— Síntomas funcionales: Polaquiuria, micción imperiosa, interrupción del chorro, modificaciones macro y microscópicas de la orina, hematuria, etc., y

— Síntomas físicos (obtenidos por la exploración): Cistoscopia, Rayos X...

En el caso que detallamos pocos o nulos han sido los síntomas funcionales. No nos detendremos en disquisiciones sobre si el cálculo fue primitivamente renal que emigró o fue ya un cálculo diverticular, no nos conduce a nada; ahora bien, de lo que sí podemos estar seguros es de que una masa tan voluminosa solamente puede haberse desarrollado dentro de un divertículo y que éste ha ido aumentando a medida que engrosaba el cálculo.

Un divertículo, cuando no se vacía parcial o totalmente en el momento de la micción, está en las mejores condiciones para hacer cálculos en su interior; a la retención se suma la infección y ya tenemos el cálculo de órgano de Guyon.

Ha sido BLUM el que ha estudiado la localización de los divertículos y los clasifica en cinco zonas; de ellas, la región periureteral es la que da mayor número de ellos, siendo el bajo fondo vesical, estudiados por SUGIMURA, la que da la menor incidencia.

THOMAS, de la Clínica Mayo, sobre 27 casos de divertículo vesical encuentra tan sólo 3 casos con la complicación litiásica.

El tamaño suele ser variable, así se han descrito casos en el que el cálculo ocupa todo el divertículo y, a su vez, el divertículo crece

por aporte de precipitación calcu-
losa progresiva.

Todos los autores están de acuerdo de que, salvo que el divertículo con el cálculo no presente alguna de las complicaciones propias de él (rotura, compresión de los órganos vecinos, diverticulitis simple o purulenta, o incluso gangrenosa...), se toleran bastante bien.

En nuestro caso, fueron los síntomas físicos los que dieron el diagnóstico.

Toda radiografía directa de la región pelviana y en la cual aparezca una masa calcificada en pelvis menor y en plena región vesical, nos hace pensar en varios procesos patológicos que pueden existir dando imágenes que no son debidas a litiasis vesical. En efecto, debemos descartar la posibilidad de que estemos ante ganglios calcificados mesentéricos o retroperitoneales, mioma de útero calcificado, quistes dermoides con osificaciones, quistes hidatídicos retrovesicales calcificados, materias fecales y especialmente después de una absorción de sales de bismuto, etcétera.

Todo lo que antecede nos moverá a realizar un diagnóstico diferencial muy meticoloso, pero por encima de todo, recordando a MARRION, el cual insiste en la necesidad de la cistoscopia y de la radiografía asociada, especialmente para poder sentar el diagnóstico de

litiasis diverticular, una y otra exploración aislada no pueden sentar la inmensa mayoría de las veces el diagnóstico; ambas, complementándose, sí.

Relación de algunos cálculos vesicales gigantes reseñados en la literatura médica

Loumeau	150 gr.
Nogués	152 gr.
Jeanbrau	155 gr.
Verhoogen	180 gr.
Sacanella	210 gr.
Guyon	212 gr.
Binaghi	215 gr.
Chevalier	250 gr.
Sacanella	300 gr.
Rathburn	300 gr.
Pellicé Peña (El detallado en esta comunicación.)	385 gr.
Genouville	485 gr.
Milton	995 gr.
Vytterhoeven	1.150 gr.
Younger-Ramos Argüelles (1)	1.550 gr.
Randall	1.816 gr.
Pitha	2.575 gr.

Dos hechos a señalar:

1.º Los cálculos que sobrepasan los 150 gr. pueden calificarse de gigantes y son excepcionales.

2.º El número y el volumen del cálculo está en razón inversa.

(1) Remitimos al trabajo de YOUNGER y RAMOS ARGÜELLES, publicado en *Archivos Españoles de Urología*, tomo VI, año 1950, en el cual se ha hecho una exhaustiva revisión de toda la bibliografía nacional y extranjera sobre litiasis vesical gigante.

CONCLUSIONES

— Se ha presentado un caso de litiasis vesical gigante (385 gr. de peso).

— Llama la atención:

La rareza del cálculo vesical diverticular gigante.

Todos los autores insisten mucho sobre la coexistencia muy frecuente de divertículo y litiasis.

DARGET, MARION, NEGRO y todos los autores consultados están de acuerdo en enuclea el cálculo diverticular como si de un adenoma

de próstata se tratara y, claro está guiado con el dedo en el recto o en la vagina, según los casos. Nosotros así también lo hicimos. ,

Cuando se trata de un gran divertículo complicado con litiasis hemos visto que todos recomiendan el practicar una sola cavidad entre el divertículo y la vejiga, pero con la mayor comunicación posible, y así lo hemos hecho nosotros.

Necesidad de una muy completa exploración, dada la casi nula sintomatología del cálculo diverticular.

BIBLIOGRAFIA

BOSHAMER: Manual de Urología. Barcelona, 1942.

CAMPBELL: Urology. Philadelphia, 1954.

YOUNGER, C.-RAMOS ARGÜELLES: Arch. Españoles Ur., tomo VI. Madrid, 1950.

GUYON: Leçons Cliniques sur les maladies des Voies Urinaires. Paris, 1903.

ZIEMWIT LIPIEC, H.: Thèse Doctorat. Paris, 1936.

Journal d'Urologie, Paris, 1924.

SURRACO, L. A.: El quiste hidatídico de las vías urinarias. Buenos Aires, 1951.

LOWSLEY-KIRVIN: Clínica Urológica. Barcelona, 1945.

MAISONNET: Nuevo tratado de patología quirúrgica. Barcelona, 1937.

PATEL: Nuevo manual de patología quirúrgica. Barcelona, 1959.

MATHIS, R. I.: Los divertículos de la vejiga. Buenos Aires, 1941.

SACANELLA: Diagnóstico y tratamiento de los cálculos vesicales. Barcelona, 1911.

SACANELLA: Cálculo de la vejiga de volumen excepcional. Barcelona, 1923.