

## Cirujano General

Volumen **27**  
Volume

Número **2**  
Number

Abril-Junio **2005**  
April-June

*Artículo:*

Litiasis vesical gigante.  
A propósito de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

# Litiasis vesical gigante. A propósito de un caso

*Giant vesical lithiasis. A propos of one case*

Dr. Guillermo Padrón Arredondo\*

## Resumen

**Introducción.** La urolitiasis es una enfermedad multifactorial y actualmente la prevalencia mundial es de 4 a 17 casos/1,000 habitantes. En México, algunos estudios han informado hasta 13% de todas las hospitalizaciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como una prevalencia de 2.4 casos/10,000 habitantes. En Quintana Roo la incidencia es elevada, sin embargo, no se han realizado estudios para encontrar la incidencia real de este padecimiento.

**Objetivo:** Describir el caso clínico de una paciente con un cálculo gigante en vejiga.

**Sede:** Hospital de segundo nivel de atención.

**Descripción del caso:** Paciente del género femenino de 24 años de edad originaria de Cozumel, Q. Roo quien inició su padecimiento posterior a su parto eutócico el día 1 de enero del 2004 al presentar dolor abdominal en hipogastrio con irradiación hacia la región dorsal y muslos acompañada de calosfríos, disuria, polaquiuria y orina en goteo así como sensación de pesantez en región pélvica. Posterior a su examen clínico se solicitó radiografía simple del abdomen, la cual reveló masa ocupativa en región vesical. Se solicitó ultrasonido pélvico con el diagnóstico siguiente: litiasis vesical de 76 x 57 x 63 mm, con bordes ecogénicos y sombra acústica posterior, ectasia renal bilateral de predominio derecho, uropatía obstructiva ureteral derecha y uréter no visible. El laboratorio informó biometría hemática normal y examen general de orina patológico. La paciente fue programada y sometida a intervención quirúrgica mediante cistolitotomía obteniendo un lito gigante.

**Discusión:** Los cálculos gigantes de vejiga urinaria son poco frecuentes. El diagnóstico es casual, difi-

## Abstract

**Introduction:** Urolithiasis is a multifactorial disease and current prevalence worldwide is between 4 to 17 cases/1000 inhabitants. In México, some studies have informed a prevalence of up to 13% of all hospitalization at the Mexican Institute for Social Security, as well as a prevalence of 2.4 cases/10000 inhabitants. In the state of Quintana Roo, incidence is high; however, no studies have been performed to find the true incidence of this disease.

**Objective:** The purpose of this work is to describe a case of a giant bladder stone.

**Setting:** Second level health care hospital.

**Case report:** This is a 24 year-old female patient who was born in Cozumel, Quintana Roo, and whose ailment began after an euthocic delivery on January 1, 2004 with pain in the lower abdomen, and irradiation to the back and the thighs, along with chills, dysuria, polachyuria, dripping urine and a feeling of heaviness in the pelvic region. After physical examination, a simple radiograph of the abdomen was ordered, which revealed an occupying mass in the bladder. Then pelvic ultrasound was planned, which uncovered the following findings: a bladder stone of 76 X 57 X 63 mm, with an echogenic brim, and posterior acoustic shadow, bilateral renal ectasia (prevailing the right side), right obstructive uropathy, and a non-visible right urether. Blood tests were normal and urinalysis was pathologic. The patient was scheduled for surgery and a giant stone was obtained through a cistolithotomy.

**Discussion:** Giant stones of the urinary bladder are infrequent. Diagnosis is usually accidental, and etiology is not easy to determine. It is common in old patients, and difficult to define whether their source is either primary or secondary.

Cirujano General del Hospital Integral Playa del Carmen.

Recibido para publicación: 5 de mayo de 2004.

Aceptado para publicación: 5 de julio de 2004.

Correspondencia: Dr. Guillermo Padrón Arredondo. Av. Juárez S/N entre 15 y 20 Av. Col. Centro, Playa del Carmen, Quintana Roo CP 77710.

Teléfono y fax: 01-984-87-30314 y 01-984-20-61541. Cel. 044-984-87-62267

E-mail: gmopadron@salud.gob.mx

\* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General

cil determinar su etiología, y frecuente en personas de avanzada edad e igualmente complicado determinar si éste es de origen primario o secundario.

**Palabras clave:** Litiasis gigante, vejiga.  
**Cir Gen 2005;27:156-158**

### Introducción

La urolitiasis es una enfermedad multifactorial y actualmente la prevalencia mundial es de 4 a 17 casos/1,000 habitantes. Se consideran factores de riesgo para urolitiasis la hipercalciuria, la hiperuricosuria, el volumen urinario, la dieta, así como, dudosamente, factores genéticos, entre otros. En México, algunos estudios han informado hasta 13% de todas las hospitalizaciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como una prevalencia de 2.4 casos/10,000 habitantes, considerando a los estados de Puebla, Yucatán y Quintana Roo como áreas endémicas en donde se encontró que Yucatán tuvo una prevalencia de 5.8 casos/10,000 derechohabientes del IMSS.<sup>1</sup> En el estado de Quintana Roo la incidencia es alta, sin embargo, no se han realizado estudios para encontrar la incidencia real de este padecimiento. El propósito de esta comunicación es informar un caso clínico de litiasis vesical gigante así como su manejo en este hospital integral.

### Descripción del caso

Paciente del género femenino de 24 años de edad originaria de Cozumel, Q. Roo con los siguientes antecedentes obstétricos: Gesta 6, Para 6, Abortos 0, quien inició su padecimiento dos meses después de un parto eutócico ocurrido el día 1 de enero del 2004 al presentar dolor abdominal en hipogastrio, con irradiación hacia la región dorsal y muslos acompañada de calosfríos, disuria, polaquiuria y orina en goteo, así como sensación de pesantez en región pélvica. Después del interrogatorio y el examen físico, se solicitó radiografía simple de abdomen la cual demostró una masa ocupativa en región vesical (**Figura 1**) de las siguientes características: imagen en capas de cebolla que ocupa gran espacio en hueco pélvico.

La paciente es enviada al servicio de urología del escalón superior al cual no acude y regresa a la consulta en donde se le solicita ultrasonido pélvico con el siguiente diagnóstico: litiasis vesical de 76 x 57 x 63 mm con bordes ecogénicos y sombra acústica posterior, ectasia renal bilateral de predominio derecho, uropatía obstructiva ureteral derecha y uréter no visible.

El laboratorio informó lo siguiente: hemoglobina 10.1 g/ml, hematócrito 31.0 ml/100, leucocitosis 9,700 mm<sup>3</sup>, glucosa 80 mg, urea 10.3 mg, creatinina 0.3 mg, concentración media de hemoglobina 31% y eritrocitos 4,150,000. Examen general de orina patológico.

La paciente fue programada y sometida a intervención quirúrgica el día 16 de marzo del 2004 mediante cistolitotomía obteniendo un lito gigante, el cual se en-

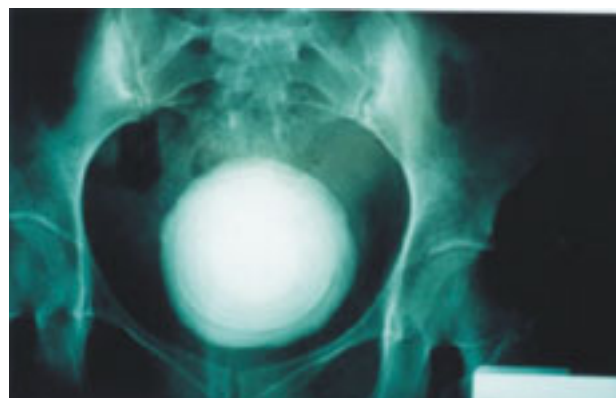
**Key words:** Lithiasis, giant, bladder.  
**Cir Gen 2005;27:156-158**

contraba adherido a la mucosa vesical, mismo que fue despegado digitalmente, presentando fragilidad de la capa exterior (**Figura 2**).

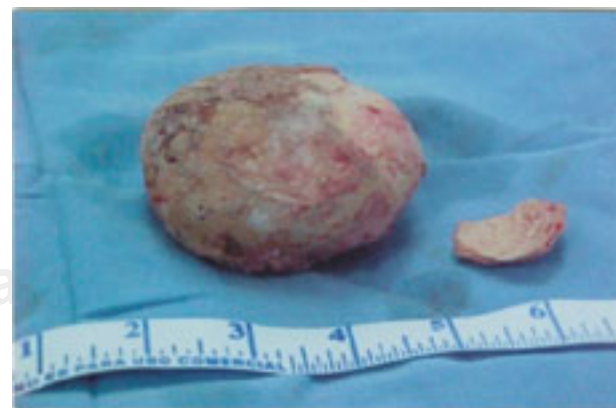
Se cerró la vejiga por planos dejando Penrose y sonda supravesical para lavado continuo de detritus previa revisión de desembocadura de ambos ureteros y comprobación de salida de orina. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Durante el procedimiento se realizó OTB por solicitud de la paciente y actualmente se sigue controlando por consulta externa de cirugía general.

### Discusión

Los cálculos gigantes de vejiga urinaria son poco frecuentes y tal y como lo menciona Pitrelli,<sup>2</sup> el diagnóstico



**Fig. 1.** Radiografía simple de abdomen. Se observa imagen calcificada en pelvis.



**Fig. 2.** Pieza quirúrgica del lito vesical.

es casual, difícil determinar su etiología y frecuente en personas de avanzada edad, e igualmente complicado saber si éste es primario o secundario; lo cual ocurrió de esta manera con nuestro caso, excepto con la diferencia de edad de la paciente. Es conocida la interdependencia de ciertos factores para la formación de estos cálculos. En un estudio de Singh<sup>3</sup> se encontró, en orina de 24 horas, excreción de calcio, ácido oxálico, fósforo inorgánico, magnesio y ácido cítrico; con hipercalciuria e hiperoxaluria de 18.6 y 44.1%, respectivamente. La hipomagnesemia y la hipocitraturia estuvieron presentes en 67.8 y 69.5%, respectivamente, y 45.7% con ambas disminuidas; con solamente 1.7% de estudios normales en un universo de 55 pacientes formadores de litos vesicales. Del mismo modo, encontraron que el magnesio y el ácido oxálico tuvieron influencia en la excreción de calcio, mientras que el ácido cítrico no tuvo ninguna influencia.<sup>3</sup> El diagnóstico presuntivo se obtuvo mediante radiografía simple de abdomen, la cual se corroboró con un estudio ultrasonográfico, tal y como lo refiere Marín, en su estudio ultrasonográfico en 240 pacientes consecutivos, lo cual lo hace el estudio de elección para este tipo de pacientes.<sup>4</sup>

Independientemente de conocer si el cálculo fue primario o secundario, se han informado algunos casos de excepción en donde se confirma la formación secundaria del cálculo tal y como lo publicaron Hermida<sup>5</sup> y Salazar<sup>6</sup> al informar de litiasis vesical consecutiva a la implantación de un dispositivo intrauterino (DIU). Asimismo, Aguilar<sup>7</sup> publicó un caso de litiasis vesical secundaria a la colocación de una sonda de Foley con permanencia prolongada durante tres años. Es de observar que en nuestra paciente no hubo ningún antecedente de cuerpo extraño colocado intravesicalmente, y llama la atención que a pesar de ser multigesta, nunca se hayan percatado del lito que conservaba en su vejiga, seguramente con mucho tiempo de evolución puesto que ocupaba más del 90% del continente vesical. Del mismo modo, De Pablo<sup>8</sup> informó de un caso de litiasis vesical secundaria a puntos de sutura (nylon sobre placas de silicón, prolene y mersilene), resuelta satisfactoriamente y secundaria a cirugías pélvicas (colposuspensión y cervicoureteropexia.) Nuestro caso no presentaba cirugías pélvicas previas. Con estos antecedentes nos hace pensar que el lito gigante encontrado fue de origen primario.

Actualmente existen diversos métodos de tratamiento para la litiasis, desde los medicamentosos pasando por cistolitotomía abierta, cistolitotomía endoscópica, y la litotricia electrohidráulica.<sup>9,10</sup> Sin embargo, nuestra paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante cistolitotomía abierta por ser el único recurso con que se cuenta en este hospital integral y debido a la negativa de la paciente a acudir a un hospital de segundo nivel,

sin embargo, ninguno de los otros métodos hubiera dado resultado debido al tamaño del cálculo vesical operado.

Sin embargo, es necesario enfatizar que muchos estudios han demostrado que la litotricia endoscópica es mucho más ventajosa desde los puntos de vista clínico y económico.<sup>11</sup> Por ello, es necesario contar con el equipo endoscópico indispensable para ofrecer a otros pacientes métodos menos invasivos, menos costosos y con mayor costo-beneficio, tanto para los pacientes como para las instituciones hospitalarias y, por ende, para el Sector Salud. Tal y como ha sido demostrado en otros campos quirúrgicos en todo el mundo con la cirugía de invasión mínima.

### Conclusión

La litiasis vesical gigante es una enfermedad de resolución quirúrgica, con baja incidencia.

### Agradecimiento

Al Dr. Lenin Villalobos por la imagen fotográfica facilitada.

### Referencias

1. Medina-Escobedo M, Zaidi M, Real de-León E, Orozco-Rivadeneira S. Prevalencia y factores de riesgo en Yucatán, México para litiasis urinaria. *Salud Pública Méx* 2002; 44: 541-5.
2. Pitrelli N, Basti M, Nardi M, Marrone A, Vacca M, D'Amico G. Calcolosi gigante della vesica. Osservazione di un caso clinico. *Minerva Chir* 1995; 50(1-2): 155-7.
3. Singh PP, Pendse AK, Rathore V, Kiran R, Dashora PK. Interdependence of urinary factors in calcareous bladder stone patients. *Int Urol Nephrol* 1989; 21: 145-51.
4. Marín TM. Ecosonografía renal y vesical (Experiencia personal). *Rev Ven Urol* 1992; 42(1-2): 25-30.
5. Hermida PJA, del Corral ST, Cerdeiras MG, Agüero GJL, Machado V. Litiasis vesical formada a partir de un DIU (Dispositivo intrauterino). Un caso raro. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 808-9.
6. Salazar A, Orellana N, Cortés M, Montiglio C. Litiasis vesical secundaria a dispositivo intrauterino incrustado en pared vesical: revisión de dos casos clínicos. *Rev Chil Urol* 2002; 67: 85-6.
7. Aguilar RA, López AS, Alcocer GJ, Mallafre SJM, Alcoborro TJ, Carretero GP. Anulación renal y litiasis vesical secundaria a catéter uretral. *Act Esp Urol* 2000; 24: 68-9.
8. De Pablo CA, Pinos PMA, Jiménez AJL, Jiménez CJM, Lozano UF, Zubieta IMC, et al. Litiasis vesical sobre cuerpo extraño tras cirugías de incontinencia. Available from: URL: <http://www.aeu.es/actas/v26/n04/2604IE01.htm>
9. Azocar HG, Van Cauwelaert RR, Castillo CO, Aguirre AC, Wholer CC. Endoscopic cystolithotomy: hypogastric approach. *Act Urol Esp* 1995; 19: 569-72.
10. Somers WJ. Re: vesical lithiasis: open surgery versus cystolithotripsy versus extracorporeal shock wave therapy. *J Urol* 1995; 153: 162.
11. Díaz GF, Silveira MY. Costo-beneficio del tratamiento de la litiasis vesical por el método endoscópico versus cistolitotomía. *Edisan* 1999; 3: 37-40.