

Litiasis vesical tras intervención de RAZ

Navarro Medina, P.**; Martín Martínez, A.*; Luélmo Buitron, E.*; Artilles Hernández, J.L.**; Blanco Díez, A.**; Chesa Ponce, N.**

* Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria.

** Servicio de Urología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 53 años que acude a la consulta de Unidad de Suelo Pélvico por incontinencia urinaria mixta, predominando el componente de esfuerzos. Refería tras haber sido intervenida en una clínica concertada de incontinencia de esfuerzo de unos catorce años de evolución, nicturia, polaquiuria, urgencia miccional e incontinencia urinaria a moderados esfuerzos. Tras la primera valoración se inició con reeducación vesical, anticolinérgicos y se realizó consulta con urología para valoración de cistoscopia, por las infecciones urinarias de repetición. Meses después la paciente volvió a la consulta refiriendo mejoría importante de su sintomatología tras la extracción, vía endoscópica, de la litiasis vesical.

Palabras clave

Litiasis vesical. Cuerpo extraño.

Introducción

La enfermedad litiásica es una patología frecuente, constituye tras las infecciones urinarias y la patología de la próstata la tercera afección más frecuente en las vías urinarias¹. Aunque en el mundo occidental la incidencia de la litiasis vesical ha sufrido un claro descenso desde el siglo pasado, en otros países subdesarrollados persiste una incidencia elevada.

La litiasis vesical es muy infrecuente, comprendiendo el 17% de las litiasis urológicas, los cálculos pueden ser únicos o múltiples y se encuentran más frecuentemente en el varón. Como factores condicionantes de la génesis de la litiasis vesical señalaremos todos los que determinan un efecto corrector, en sentido obstructivo, del drenaje vesical: esclerosis de cuello vesical, hipertrofia de próstata, divertículos vesicales, estenosis uretral, disectasia

de cuello vesical, vejiga neurógena o cistocele.

La infección urinaria asociada al factor obstructivo, sobre todo cuando es producida por gérmenes ureolíticos, contribuye a la formación de cálculos de estruvita. La precipitación y agregación de cristales puede producirse sobre cuerpos extraños intravesicales, tales como sondas, catéteres, suturas o pinzas, formando cálculos¹.

Revisando la etiología de los cuerpos extraños urológicos, una de las causas relativamente frecuentes antes, como era el abandono en el campo quirúrgico de un cuerpo extraño, prácticamente ha desaparecido y probablemente sean varios los factores que han contribuido a este hecho.

La suspensión del cuello vesical traccionando desde la fascia endopélvica (Pereyra-Stamey-Raz) es una técnica clásica en el tratamiento de la incontinencia urinaria de

esfuerzo en la mujer. Las complicaciones más frecuentemente descritas en la literatura tras este tipo de intervenciones son las infecciones urinarias, las dificultades de vaciado, la inestabilidad del detrusor y las lesiones vesicales. Dentro de estas últimas, las suturas intravesicales pueden causar infecciones recurrentes del tracto urinario y la formación de cálculos. Por este motivo se recomienda la realización de una cistoscopia después de la colocación de la sutura².

Caso Clínico

Mujer de 53 años que acude a la consulta de Unidad de Suelo Pélvico por incontinencia urinaria mixta, predominando el componente de esfuerzos. Como antecedentes personales de interés señalar infecciones urinarias de repetición en tratamiento con múltiples antibióticos, tres embarazos con dos partos eutócicos, el primero de ellos a los 25 años de edad sin macrosomías y un aborto espontáneo. Refería en 1996 había sido intervenida en una clínica concertada de incontinencia de esfuerzo de unos catorce años de evolución, por la técnica de Pereyra-Stamey-Raz tras la cual reapareció la incontinencia a los pocos días. En la actualidad refería nicturia, polaquiuria, urgencia miccional e incontinencia urinaria a moderados esfuerzos por lo que orinaba entre una y tres compresas al día. A la exploración física no había datos a resaltar con test de incontinencia de 250 mililitros negativo en decúbito y bipedestación. Tras la primera valoración se inició con reeducación vesical, anticolinérgicos y se realizó consulta con urología para valoración de cistoscopia,

Correspondencia

Patricio Navarro Medina
Hospital Universitario Materno-Infantil. Unidad Suelo Pélvico
Av. Marítima s/n CP: 35016.
Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: +34 928441451; +34 646889951
E-mail: patricionm@terra.es

por las infecciones urinarias de repetición. Meses después la paciente volvió a la consulta refiriendo mejoría importante de su sintomatología tras la extracción, vía endoscópica, de la litiasis vesical (figura 1).

Discusión

La corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo es un procedimiento urológico común que puede realizarse de varias formas, incluimos cistourethropexia retropúbica y procedimientos de sling pubo vaginal, con la finalidad de dar soporte al cuello vesical y la uretra media^{3,4}. La complicación potencial de todos estos procedimientos que quirúrgicamente alteran la anatomía, es la obstrucción urinaria iatrogénica llevando a disfunción miccional. Esta puede llevar a síntomas obstructivos con retención urinaria parcial o total, infección urinaria recurrente o síntomas irritativos severos, como frecuencia y urgencia⁵. Los síntomas de urge-incontinencia y urgencia son más frecuentes que la retención franca⁴. La incidencia de obstrucción después de los procedimientos antiincontinencia no es clara, se estima entre 2,5 y 24% para las diferentes técnicas⁵.

Fueron demostrados índices de obstrucción entre un 5 a 20% con la técnica de Marshall- Marchetti-Krantz⁶, 5 a 7% después de suspensión con aguja y 4 a 10% posterior a sling pubo vaginal⁸.

La obstrucción uretral posterior a un procedimiento para incontinencia urinaria se puede presentar entre un 4 y un 20% de los casos⁷. Inicialmente los pacientes son tratados con cateterismo intermitente, dilatación uretral y medicación anticolinérgica. Si los síntomas persisten por más de 3 meses y son refractarios a las conductas conservadoras, la resolución quirúrgica se hace necesaria.

Los procedimientos realizados para la corrección de la incontinencia pueden llevar a obstrucción por varios factores. La localización de las suturas medialmente, puede



Figura 1

cerrar la uretra, causar desvío y cicatrices periuretrales. Suturas colocadas distalmente, causan angulación exagerada pudiendo llevar a obstrucción e incontinencia, ya que el cuello vesical y la uretra proximal no fueron adecuadamente elevados. Otras causas incluyen fibrosis periuretral, causadas por suturas realizadas a través de la luz uretral con posterior extravasación de orina y fibrosis.

La litiasis vesical secundaria a cuerpos extraños no es frecuente. En una revisión de 410 casos publicados desde 1755 hasta 1997, A Van Opoen y J.B. de Kernion concluyen que la mayor parte de éstos es introducida en la vía urinaria de forma voluntaria, casi siempre asociado a trastornos psiquiátricos⁸. Los cuerpos extraños intravesicales o intrauretrales, aparecen normalmente como consecuencia de migraciones de material quirúrgico, usado en cirugía de órganos vecinos. En los últimos diez años, con el control quirúrgico de material (controles y recuento de gases, etc.), no es habitual que quede material dentro del campo quirúrgico. Haciendo una búsqueda en Medline de un caso similar, encontramos 69 artículos de cuerpos extraños con más de 200 casos y sólo

dos casos eran secundarios a abandono de material en vejiga o en uretra, como el caso al que nos referimos^{9,10}.

La sintomatología predominante es dolor y hematuria. El dolor puede ser sordo, difuso, localizado en hipogastrio, o agudo y de intensidad creciente en el final de la micción; se acompaña de imperiosidad y polaquiuria, que cesan o disminuyen con el reposo. La hematuria es terminal o se incrementa al final de la micción. El cálculo puede provocar fenómenos obstructivos cuando se aloja en el orificio uretral interno, añadiéndose disuria o imposibilidad miccional a la anterior sintomatología. Si concurren procesos de infección, se asocian las características propias de la cistitis, con emisión de orinas turbias y malolientes.

El diagnóstico nos es suministrado fundamentalmente por los datos de exploración radiológica y ultrasonográfica, que confirman el diagnóstico de presunción, establecido a partir de la sintomatología recogida y una exploración física poco expresiva, que raramente nos permite palpar un cálculo durante la exploración rectal o vaginal.

Hay que tener en cuenta que son frecuentes los cálculos radiotransparentes, de ácido úrico, por lo que es preciso asociar la ultrasonografía, e incluso la endoscopia, para llegar a un correcto diagnóstico.

Desde hace un tiempo el tratamiento de la litiasis vesical (LV) ha venido experimentando enfoques diferentes. El tratamiento de la litiasis vesical estará dirigido a la corrección de los mecanismos litogénicos y la eliminación de los cálculos y la infección. Así, recurriremos a los procedimientos quirúrgicos, endoscópicos y medicamentosos precisos para eliminar el origen primario, generalmente obstructivo, causante de la litiasis. Proteger sondas o catéteres contra la calcificación, retirar otros cuerpos extraños intravesicales, modificar, hasta normalizar, el pH urinario o eliminar la infección.

Varios autores han cuestionado la idoneidad de realizar en el mismo

acto quirúrgico la fragmentación de la LV. Por otro lado, junto a las diferentes técnicas de litotricia por vía transuretral, han aparecido trabajos sobre el uso de la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) en el tratamiento de la LV, con resultados bastante satisfactorios^{11,12}. No obstante, el estudio profundo de estos trabajos obliga a ser cautos a la hora de generalizar los resultados debido a la gran heterogeneidad metodológica, ya que tanto los equipos de litotricia utilizados como la preparación de los pacientes, difieren bastante de un estudio a otro. Actualmente, apenas se emplea la litólisis tópica endovesical de cálculos de oxalato cálcico o de estruvita con ácido cítrico al 10%, o de ácido úrico con soluciones alcalinizantes (solución de bicarbonato sódico 0,1 M, THAM-TRIS, THAM-E). Además de la técnica convencional, cistolitotomía

asociada, o no, a las técnicas correctoras de la obstrucción, hoy podemos proceder a la litotri fragmentación mediante energía electrohidráulica, ultrasonido o láser, por vía transuretral o suprapúbica, con posterior extracción de los fragmentos resultantes. También se han aplicado las diversas ondas de choque como mecanismo litofragmentador. En el caso que nos ocupa no parece haber dudas en cuanto a la extracción de la litiasis y retirada del material para la resolución del mecanismo de litogénesis. El pronóstico suele estar en relación con el mecanismo de producción.

Como conclusión, siempre debemos plantearnos la posibilidad de un cuerpo extraño ante pacientes con cuadros miccionales irritativos persistentes, esta posibilidad es aun mayor si la paciente tiene antecedentes de cirugía pélvica previa.

BIBLIOGRAFÍA

- Simon P, Ang Ks, Cloup C, Carlier M, Mignard JP, Bavay P: *Epidémiologie de la lithiase calcique dans une région française. Premiers résultats à 4 ans*. Presse Méd 1986; 15 (33): 1665-1668.
- Karram MM. *Surgical correction of genuine stress incontinente secondary to intrinsic urethral sphincter dysfunction*. In Walters MD, Karram MM, eds. *Clyncal Urogynecology*. St Louis. Mosby; 1993:210.
- Raz, S: *Modified bladder neck suspension for female stress incontinence*. Urology 17:82,1981.
- Raz, S; Erickson, D.R: *SEAPI QMM incontinence classification system*. Neurourol. Urodyn. 11:187,1992.
- Raz, S; Stothers, L; Choppra, A: *Raz techniques for anterior vagina wall repair in female urology*. En Raz S. *Female Urology*, capítulo 30, 2a. edición, 1996. Whale, G.R; Young, G.P; raz, S: *Vaginal surgery for stress urinary incontinence*. Urology 43,4:416, 1994.
- Giacalone, P.L; Laffargue, F; Datures, J.P; Lombard, L; Lombard, G: *Urinary stress incontinente. Comparison of the Raz technique and the Bologna technique. Analysis of a series of 188 patients*. J. Gyn. Obs. Rep. Biol. 27,3: 309, 1998.
- Cardozo, J; Bidmead, J: *Sling techniques in the treatment of genuine stress incontinente*. Br. J. Obs. Gyn. 107:147, 2000.
- Van Reen, R. *Idiopathic urinary bladder stone disease*. Urol Res 1986; 569.
- Van Ophoven A, deKernion JB. *Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract*. J Urol. 2000 Aug; 164(2): 274-87.
- Leppaniemi AK: *Intravesical foreign body after inguinal herniorrhaphy. Case report*. Scandinavian journal of urology and nephrology. 1991; 25 (1): 87-88.
- J.R. Recasens Guinjuan, J.J. Flores González, J.M. Samsó Piñol, Y. Ibesamoros, A. Massó Badia. *Litiasis vésico-uretral secundaria a cuerpo extraño*. Actas Urol Esp. 26 (2): 136-138, 2002.