

# DISFUNCIÓN DE VACIAMIENTO SECUNDARIO A LITO VESICAL.

Autores: Daniela Alejandra Burciaga Guevara<sup>2</sup>, Enrique David Estrella Salas<sup>1</sup>, Rocío Margarita Zaragoza Torres<sup>1</sup>, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra<sup>2</sup>, Yesenia Campos Flores<sup>2</sup>, Dulce María Rosette Cortés<sup>2</sup>, Carlos Armando Cuevas Félix<sup>2</sup>, Luis Daniel Salgado Lozada<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Médico Adscrito al Servicio Urología Ginecológica CMNO, México. <sup>2</sup> Residente Sub Especialidad en Urología Ginecológica CMNO.

## Introducción

Disfunción de vaciamiento vesical se define como un flujo anormalmente lento y/o sensación de micción incompleta, diagnosticada por síntomas y hallazgos urodinámicos.(1) La prevalencia en mujeres oscila del 6.8% al 61.7% y varía acorde a los criterios diagnósticos.(2) Las causas de disfunción asociadas a la contractilidad vesical incluyen hipoactividad del detrusor o detrusor acontráctil, mientras que las relacionadas a obstrucción de salida uretral pueden ser causadas por obstrucción anatómica o funcional.(3) Algunas obstrucciones anatómicas pueden ser condicionadas por prolapso de órganos pélvicos o estrechez uretral; entre los hallazgos urodinámicos sugestivos de obstrucción del flujo de salida se encuentran aumento de PdetQmax, Qmax bajo y un volumen de orina residual elevado, sin embargo, puede llegar a ser difícil identificar el sitio de obstrucción. (4)

## Objetivo

Describir un caso de disfunción de vaciamiento de tipo obstructivo secundaria a presencia de lito vesical con efecto de válvula.

## Material y métodos

Paciente valorada en consulta por infecciones de vías urinarias de repetición y síntomas de vaciamiento, con antecedente de histerectomía abdominal más colposuspensión de Burch. Se inicia abordaje con ultrasonido de vías urinarias, uroflujometría anormal, cistoscopia en donde se identificando lito intravesical de 3.5 cm de diámetro que condiciona disfunción de vaciamiento, al actuar como válvula durante el vaciado.

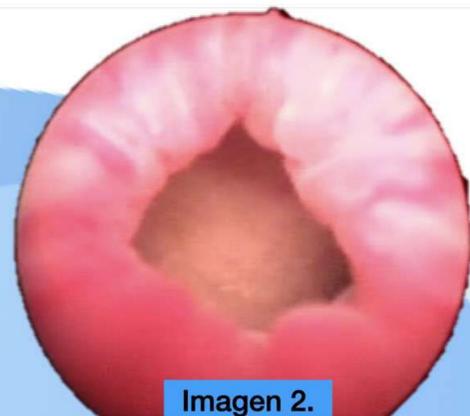


Imagen 2.

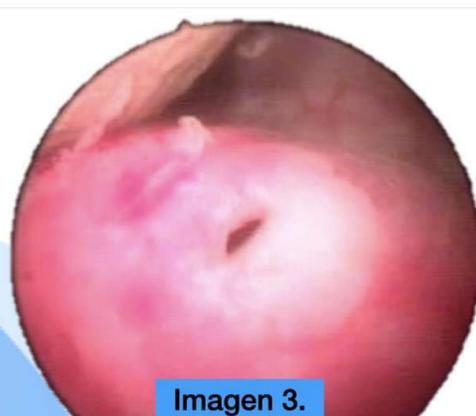


Imagen 3.



Imagen 4.

Imagen 2. Luz uretral con presencia de lito cubriendo orificio uretral interno, Imagen 3. Sutura en pared vesical anclada a lito. Figura 4. Meato ureteral derecho con leucoplaquia, se observa cercanía con lito

## Caso clínico

Femenino de 68 años, sin enfermedades crónicas degenerativas, antecedente de histerectomía abdominal y colposuspensión de Burch a los 47 años y colocación de malla para corrección de prolapso de pared vaginal anterior a los 65 años. Acude refiriendo infecciones de vías urinarias de repetición y presencia de hematuria macroscópica de forma ocasional. A la exploración genital no se identifican alteraciones neurológicas, mucosa vaginal con atrofia

POP-Q Aa -3, Ba -3, C -7, D x, Bp -3, Ap -3, Ltv 8, Hg 4, Cp 3, Orina Residual 120 ml, Q-Tip: 10 +30°

Se solicita urocultivo con crecimiento de E. Coli más de 100,000 UFC y ultrasonido pélvico en donde se observa vejiga con imagen hiperecogénica de 3.5 cm de diámetro, compatible con lito. Se complementa abordaje con uroflujometría la cual es anormal, con Qmax 9ml/s, Qmed 4ml/s, volumen vaciado 96 ml, PVR 75 ml (imagen 1), secundario a obstrucción mecánica de la uretra por presencia de lito. En la cistoscopia se aprecia lito intravesical de aproximadamente 3.5 x 3 cm de forma irregular (imagen 2), fijo a la pared vesical derecha ya que pende o está sujeta de una sutura intravesical (imagen 3). El lito impide que la paciente tenga un vaciamiento completo ya que a la micción produce efecto de válvula obstruyendo el orificio uretral interno.

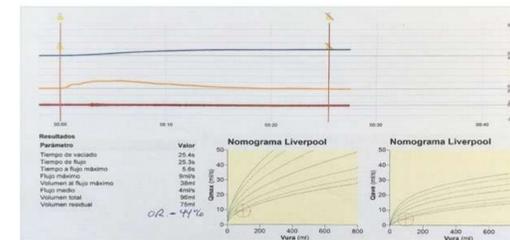


Imagen 1. Uroflujometría previo a tratamiento

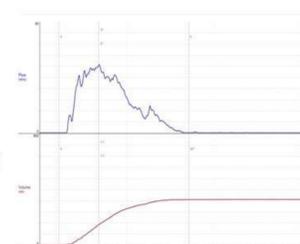
## Resultados

Tras el diagnóstico, la paciente fue tratada con litotricia con láser de Holmio, posteriormente se realizó nuevamente uroflujometría, que se aprecia normal: Qmax 36 ml/s, Qmed 17 ml/s, volumen vaciado 246 ml, PVR 5 ml (Imagen 5). Clínicamente la paciente refería sensación de vaciado completo y urocultivos de control negativos.

## Conclusión

En este caso la disfunción de vaciamiento fue de tipo obstructivo, ante la presencia de un lito que originaba efecto de válvula, condicionando volúmenes de orina residual elevados y síntomas de vaciado, que a su vez favorecía el desarrollo de infección urinarias recurrentes. Tras el diagnóstico, la paciente fue llevada a litotricia teniendo una evolución favorable y resolución de la disfunción.

Imagen 5. Uroflujometría posterior a tratamiento con litotricia



	Valor	Unidad
Flujo máximo:	36.7	ml/seg.
Flujo medio:	17.2	ml/seg.
Tiempo de evacuación:	15.1	mm:ss.S
Tiempo de flujo:	14.3	mm:ss.S
Tiempo hasta el flujo máximo:	4.70	mm:ss.S
Volumen evacuado:	246.6	ml
Residuo postmiccional:	5.0	ml

### Referencias bibliográficas:

- Haylen, B, de Ridder, D., Freeman, R. (2009) An international urogynecological association (IUGA)/ international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurology and Urodynamics*. doi:10.1002/nau.20798
- Yang, T.-H., Chuang, F., Kuo, H.-C. (2018). Urodynamic characteristics of detrusor underactivity in women with voiding dysfunction. *PLOS ONE*, 13(6), e0198764. doi:10.1371/journal.pone.0198764
- Santis-Moya, F., Calvo, C. I., Rojas, T., Dell'Oro, A., (2021). Urodynamic and clinical features in women with overactive bladder: When to suspect concomitant voiding dysfunction? *Neurology and Urodynamics*, 40(6), 1509–1514. doi:10.1002/nau.24688
- Ong HL, Lee C-L, Kuo H-C. Female bladder neck dysfunction—A video-urodynamic diagnosis among women with voiding dysfunction. *Lower Urinary Tract Symptoms*. 2020;1–7. <https://doi.org/10.1111/luts.12318>