

FISTULA VESICO-OVARICA. PILIMICCION O TRICURIA POR QUISTE DERMOIDE DE OVARIO IZQUIERDO PERFORADO EN VEJIGA

Por los Dres. R. A. RUBI, A. A. GRIMALDI y C. A. MACKINTOSCH

Historia clínica. — M. B. de M. 22 años, argentina, casada. Ficha 8316. Ingresó el 9 de octubre de 1952 a la Sala VI C. 33.

Enfermedad actual. — En abril del presente año comienza a sentir dolores lumbares, que atribuye a una caída, los que trata con onda corta. Poco después aparecen trastornos miccionales diversos: polaquiuria diurna y nocturna (2 veces) ardor intenso, pequeñas hematurias de tipo terminal y orinas turbias.

En junio, sufre un fuerte dolor abdominal con irradiación hacia el hombro izquierdo, de tal intensidad que requiere la atención del Servicio de Guardia del Pol. Rawson. El 27 de dicho mes concurre al consultorio externo de nuestro Servicio de Urología ante la persistencia y recrudescimiento de sus padecimientos urinarios. El sondéo que se le efectúa entonces extrae de vejiga *orina ligeramente turbia con algunos pelos de suspensión.*

Poco después se practica un examen cistoscópico que se repite durante su internación preoperatoria.

Cistoscopia. — Orina ligeramente turbia. Capacidad 200 c.c. Cuello y meatos de aspecto normal con eliminación del indigo carmín a los 3' de ambos lados. La mucosa se halla congestionada, pero lo que llama sobremanera la atención es un *haz de pelos* que se proyecta en el medio vesical, como un minúsculo pincel, que emerge de la cara posterosuperior de la vejiga, por arriba y bien separado del meato ureteral izquierdo. Este raro elemento está enclavado en una zona infundibuliforme edematosa, rojiza y da la impresión de que atraviesa la pared vesical de afuera adentro. Su vértice se halla ligeramente cubierto de sales calcáreas.

Examen radiográfico. — La radiografía directa revela en el lado izquierdo del área de la pelvis unas imágenes calcificadas que corresponden indudablemente a 3 piezas dentarias.

En la urografía excretoria se aprecia la relación que guardan con la vejiga los 3 dientes observados en la radiografía directa (*figura 1*) hallándose deformados discretamente el contorno superior izquierdo del reservorio urinario. La eliminación en la substancia de contraste por ambos riñones es normal, y no existe alteración objetiva de las vías excretorias.

Del resto del examen somático sólo tiene importancia la palpación dolorosa del hipogastrio en el lado izquierdo, sobre todo con el tacto combinado. El tacto vaginal permite localizar una tumoración dura, redondeada, poco móviles, dolorosa ubicada en la zona aneal izquierda.

La presión arterial es de 100 y 60.

Los exámenes de laboratorio son normales: urea en sangre: 0,35 gr. por mil, glucemia: 1,11 gr. por mil, eritrosedimentación 5 mm., tiempo de coagulación 7' 50", de sangría 1' 15".

Los fenómenos vesicales, la palpación abdominal, el tacto vaginal, el examen cistoscópico con el mechón de pelos intravesical, la pilimicción o tricuria y la típica imagen radiográfica yuxtavesical, configuran el diagnóstico de *"quiste dermoide del ovario izquierdo perforado en la vejiga"*.

Tras un breve período de reposo en cama y tratamiento con antibióticos la enferma es sometida a la intervención quirúrgica.

Operación. — (20-X-1952) Cirujano Dr. Rubi, ayudantes Dres. Grimaldi y MacKintosh.

Anestesia general (gases):

Laparotomía mediana infraumbilical. Incindido el peritoneo se explora la cavidad pélvica, reconociéndose el anexo derecho con su ovario escleroquistico, sin otras particularidades. A la izquierda existe un quiste dermoide del ovario íntimamente adherido al cuerpo del útero y prácticamente fusionado con la vejiga; además, se observa un pequeño quiste seroso paratubárico.

Se procede a la resección de todo el anexo, previa sección de las adherencias a la matriz y practicando la cistectomía parcial de la zona perforada por el quiste. Con esto se

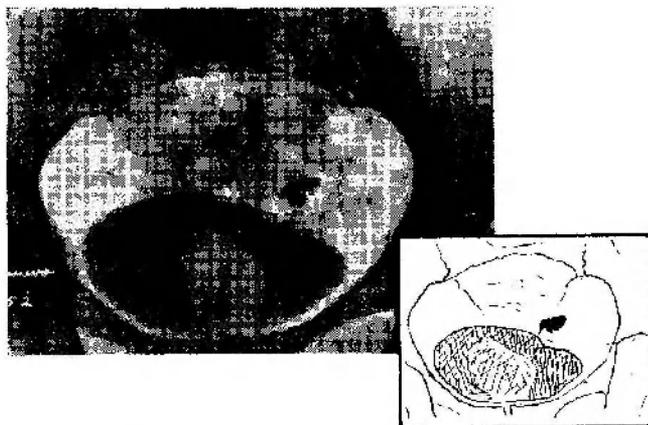


FIG. 1. - - Se observa la vejiga con su contorno ligeramente deformado y el cuerpo del útero reflejado en el cistograma. Arriba y a la izquierda, 3 piezas dentarias.

extirpa en una sola pieza la trompa, el quiste seroso, el ovario tumoral y la pared de vejiga interesada (*Fig. II*). Suturada en 2 planos la brecha vesical, se peritoniza el lecho y se cierra sin drenaje. Sonda Pezzer N^o 22 por uretra.

Post-operatorio sin inconvenientes. Se retiran los puntos al 7^o día, la sonda al 10^o; es dada de alta 12 días después de la intervención.

COMENTARIO

Se entiende por "*ptilimicción*" la eliminación espontánea de pelos con la orina (Cadenal, Dorland, Garnier y Delamare). Este fenómeno urológico, sumamente raro, se halla íntimamente ligado a la penetración de dichas faneras en la vejiga, provenientes de la uretra o la vejiga (triquiasis o tricosis) o de un teratoma quístico del ovario adherido y perforante.

Para uniformar la terminología de los síndromes urológicos preferimos basarnos en las raíces griegas y, así como hablamos de piuria, hematuria, oliguria, etc., denominaremos "*tricuria*" (*tricos*, pelo y *oyron*, orina) a este signo tan poco frecuente.

Según Gregoire (¹), aunque rara, existe la posibilidad de que los quistes dermoides del ovario puedan evacuar sebo, dientes y pelos por la vejiga. Es común que este teratoma benigno se adhiera a los órganos próximos, y, a veces, irrumpa en los mismos si desgasta sus paredes. Así se señala esta com-

plicación en el recto, sigmoide, útero, trompa, etc., y, excepcionalmente, en la vejiga (Casos de Saniter, Münch y Quirby, citados por Halban-Seitz (2)).

También Germani (3) en su tesis aporta otro caso, mientras que Ekeborn (4) recopila 25 casos de pilimicción. También Delbet (5) destaca el raro fenómeno de la eliminación urinaria de pelos y materias sebáceas.

Como señala Carl Sternberg, establecida la relación entre ovario y vejiga (u otros órganos) resulta fácil de explicar la infección y la supuración, aunque también se verifique por vía hemática.

Stoeckel (6) y Ahumada (7) reconocen lo excepcional de esta complicación, y Forgue y Massabuan (8) al ocuparse de las rupturas intra y extraperitoneales de los quistes del ovario recuerdan que la ruptura extraperitoneal raramente se hace a través de la piel y generalmente en el recto. En la vagina o en el útero es sumamente rara y a veces se produce en la vejiga, especialmente para los dermoides que por su constitución (materias sebáceas, pelos, etc.) tienden a ocupar una posición anterior [Carter y col. (9)].

En la bibliografía nacional no hemos encontrado ningún caso semejante al que presentamos, aunque Nin Posadas (10), en 1902, presentó un caso de pilimicción que consideró originado en un quiste dermoide urinario o paraurinario. La enferma, objeto de esta comunicación, concurrió a la consulta por diversos trastornos vesicales y al practicar el examen cistoscópico nos llamó la atención un fenómeno que observábamos por primera vez: la existencia de un verdadero mechón de pelos que, insertos en la pared de la vejiga, se proyectaban en la cavidad. El examen radiográfico con la imagen típica del teratoma quístico yuxtavesical, con 3 dientes apreciables perfectamente, consolidó el diagnóstico ya presumido.

La intervención quirúrgica permitió la extirpación del bloque constituido por el quiste dermoide (mejor dicho, el anexo izquierdo) y la porción de vejiga afectada. La pieza operatoria fué estudiada por el profesor Julio C. Lascano González, cuyo *informe anatómopatológico* transcribimos a continuación.

Informe N° 4473. — 22-X-1952. Anexo uterino y porción de pared vesical.

Examen macroscópico: El material quirúrgico que se estudia es una pieza que comprende un anexo uterino completo en el que se ha desarrollado una tumoración quística y parte de la pared de la vejiga que forma el anillo periorificial en la desembocadura de una fístula vésico-quística.

El aspecto general de la pieza puede apreciarse en la figura 2. La pared del quiste (1) ha sido seccionada parcialmente y permite reconocer la continuidad de su cavidad con la vesical por medio de un trayecto fistuloso cuya desembocadura se encuentra en (2). En continuidad con esta zona se observa un mechón de pelos que, recorriendo el trayecto fistuloso aparecía en la cavidad vesical y se veía por cistoscopia (3).

La presencia de pelos en un tumor quístico del ovario hace pensar de inmediato en un teratoma benigno o quiste dermoide y se confirma esta impresión comprobando la presencia también de piezas dentarias (4).

Además del quiste dermoide ovárico se encuentra otro mas pequeño paratubárico con todos los caracteres de los quistes serosos peritoneales; la trompa misma no ha sufrido alteraciones dignas de mención.

Examen microscópico: Para el estudio histológico se incluyen en parafina varios fragmentos de diferentes sitios de la pared del quiste dermoide, de la desembocadura vesical de la fístula, de la trompa y del quiste paratubárico. Los preparados se colorean con hemalumbre de Mayer y eosina.

En el quiste dermoide se encuentran los elementos estructurales que son característicos de estas formaciones predominan las formaciones cutáneas con gran desarrollo de sus anexos como los pelos y glándulas sebáceas (figura 3).

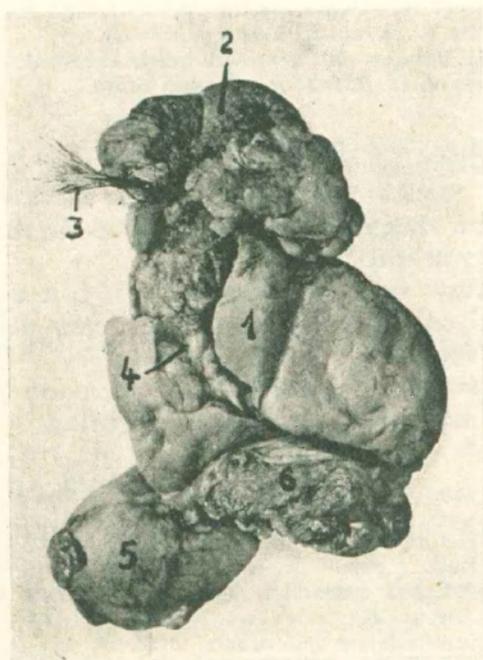


FIG. 2. — Fotografía de la pieza operatoria mostrando el quiste abierto con: 1, sup ared; 2, el orificio vesical de la fistula con: 3, un manojo de pelos; 4, un diente; 5, un quiste seroso paratubárico y 6, la trompa con los tejidos que la rodean.



FIG. 3. — Una zona de la pared del quiste dermoide con su revestimiento epidérmico y numerosas glándulas sebáceas. Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. aa (sin ocular), aumento 41x.

En la desembocadura vesical de la fístula se encuentra una reacción inflamatoria crónica que infiltra todo el espesor de la pared muscular y mucosa y ha determinado una metaplasia malpighiana del epitelio de esta última.

El examen de los restantes elementos muestra que la trompa conserva su estructura normal y que el quiste adosado a ella es un quiste seroso peritoneal.

Diagnóstico: Teratoma benigno del ovario o quiste dermoide adherido a vejiga y fistulizado en ella con metaplasia malpighiana del epitelio vesical".

RESUMEN

La fístula vésico ovárica provocada por un teratoma benigno de ovario que perfora la vejiga con irrupción de pelos dentro de ella constituye un hecho de observación sumamente raro.

Presentamos un caso de estas características, con diagnóstico cistoscópico y radiográfico, que curó con la resección y extirpación del anexo izquierdo y la porción afectada de la vejiga.

Consideramos el término "*tricuria*" más adecuado para designar el fenómeno excepcional de eliminación de pelos por la orina.

BIBLIOGRAFIA

1. *Gregoire R.* — Práctica Médico Quirúrgica. T. VI, p. 895.
2. *Halban-Seitz.* — Biol. y patol. de la mujer. T. X, p. 444-457.
3. *Germani.* — "Des kystes dermoides de l'ovarie ouvertes dans la vessie". Thèse de Lyon, 1909.
4. *Ekerhorn G.* — Dermoidcyste im rechten Ovarium mit Perforation durch die Wand in die Handblase. Festschrift f. J. Berg. Nord. med. Arn. XI, IV.
5. *Delbet P.* — Encyclopedie d'Urologie. T. IV, p. 927.
6. *Stoeckel W.* — Tratado de Ginecología, 1942.
7. *Ahumada J. C.* — Tratado de Ginecología.
8. *Forgue y Massatuan.* — Ginecologie.
9. *Carter B., Thomas W. y Pearce R.* — Quiste dermoide de ovario con perforación en vejiga y siginoide. Ann. J. Obst. and Gynec. 37:138-1939.
10. *Nin Posadas J.* — Sobre un caso de pilimición. Rev. Soc. Méd. Arg., t. 10, 1902, p. 696.