

Policlín. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

SOBRE DOS CASOS DE QUISTE HIDÁTICO RETROVESICAL SU TRATAMIENTO

Por el Dr. RAUL JOSE BORZONE

La hidatidosis retrovesical cuenta ya en nuestro medio con una nutrida bibliografía, cuyo detalle va al final de este trabajo. Agregaré ahora a la misma dos casos, tratados en la Sala VI del Policlínico Alvear, de características clínicas diferentes, operados por dos vías también diferentes con igual éxito y basaré la elección del abordaje quirúrgico en las modalidades anatomotopográficas de cada uno.

En efecto: el quiste hidático retrovesical (Q.H.R.V.) es ya clásicamente considerado como una localización secundaria por efracción de un quiste primitivo de viscera abdominal (hígado, bazo), cuyos elementos fértiles, los escólices, siembran el fondo de saco de Douglas. Caídos en esa zona declive del peritoneo, ellos son rápidamente englobados por la reacción inflamatoria de la serosa y extraperitonizados, de tal modo que parecen luego originados directamente en el tejido celular subperitoneal recto-próstato-vesical. En su desarrollo ulterior pueden adoptar cualquiera de las siguientes localizaciones (Esquema 1):

1) Anterosuperior. Generalmente asintomáticos, de gran desarrollo hipogástrico, como el caso 1.

2) Anteroinferior: próstatovesicular. Por lo general con gran sintomatología urológica: disuria o retención urinaria. Procidencia rectal y secundariamente hacia hipogastrio, como en el caso 2.

3) Posteroinferior. Es una variante del anterior: pero su desarrollo netamente posterior comprimiendo el recto, hace que la sintomatología sea sobre todo, intestinal: constipación, obstrucción baja.

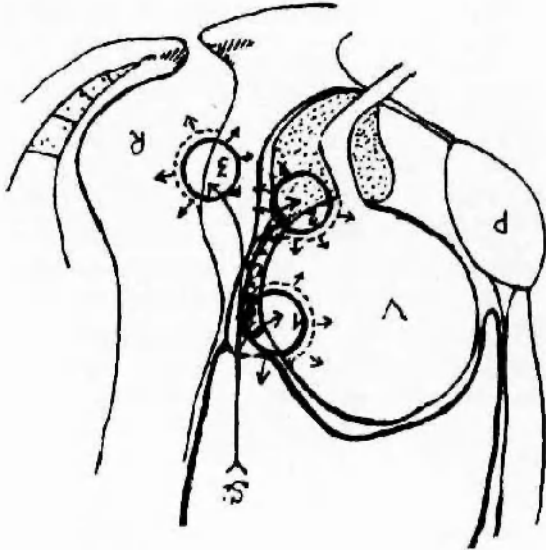
Recordada así, someramente, la topografía de los Q.H.R.V., expondré los dos casos estudiados y tratados que motivan esta presentación.

Caso 1. — Historia Nº 1796. Policlínico Alvear, Sala VI. L. A., argentino, casado. 30 años, oriundo de y residente en la Capital. Primera consulta el 6-XII-1949. Enfermedad actual: en tratamiento clínico por diabetes insípida. El médico que lo atiende lo envía en consulta, pues ha descubierto un bulto esférico en hipogastrio y fosa iliaca derecha, del tamaño de una cabeza de feto, asintomático. Estado actual urológico: micción conservada, sin disuria subjetiva, orinas acuosas, pálidas, con filamentos. Poliuria de 5 a 6 litros diarios. La inspección y palpación de la zona hipogástrica y sus vecindades de la fosa iliaca derecha, muestran un bulto esférico del tamaño de una cabeza de feto, liso, indoloro, renitente, bien limitado hacia arriba y lateralmente y cuyos límites hacia abajo son imprecisos, pues se

pierde en la pelvis menor. La exploración uretral nos demuestra una estrechez bulbar de calibre 7. La próstata tiene caracteres normales; pero el tacto rectal muestra, por encima de la misma un abovedamiento rectal liso, rentente, al cual la palpación combinada abdominal transmite movilidad desde el hipogastrio. Antecedentes: plenorragia en la adolescencia, curada a controlar. Dispepsia biliar. Diabetes insípida posttraumática (contusión cefálica), en tratamiento. No ha vivido fuera de la capital y no hay antecedentes de urticaria.

Se inicia la dilatación de su estrechez uretral para completar el estudio y al lograr pasar una sonda conicoelivar Nº 10 se constata que no hay retención vesical, lo cual permite descartar que el bulto hipogástrico visible y palpable sea una vejiga distendida.

Exámenes complementarios: urea sanguínea: 0.30 g. por mil. Reacción de Casani no se efectúa por falta de antígeno. Reacción de Imaz-Lorenz-Ghedini: negativa. Uretrocistografía: vejiga deformada por posible compresión extrínseca en su parte superior, lateral derecha y posterior, de contornos nctos y regulares y desplazada hacia la izquierda, cuello vesical normal, uretra con anillo de estrechez en su porción bulbar. Radiografía de colon



Esquema Nº 1. — Q. H. R. V. — Topografía.

por encima: rechazo del ciego hacia arriba y del sigmoide hacia la izquierda, por posible masaquistica transparente a los rayos.

Nos encontramos ante una formación de tipoquistico, retrovesical y prerectal, asintomática. Se piensa pueda tratarse de un quiste hidático retrovesical, a pesar de la negatividad serológica y de la falta de antecedentes de infestación. Se continua con la dilatación uretral, con el propósito de efectuar luego una exploración quirúrgica.

El día 20-1-1950 se llega a pasar una benique 38, el cual provoca una discreta hematurorragia. Al llegar el paciente a su casa, siente deseos de orinar, haciéndolo con un relativo esfuerzo, que elimina un pequeño coágulo uretral obstructivo; pero de inmediato, luego de dicho esfuerzo, experimenta intenso dolor en la zona de la tumefacción y estado vertiginoso hipotímico. Unas horas después se repite la hipotimia, que se acompaña de un exantema urticariano generalizado, muy pruriginoso, diarrea biliar, fiebre y dolores articulares. Se internó en nuestra sala al día siguiente, 21-1-50, con el cuadro recién descrito y constatándose a su ingreso que la tumoreación abdominal ha desaparecido, sin empastamiento del Douglas ni signos exploratorios peritoneales. En este momento la eritrosedimentación asciende a 52 y 120 mm. la urea sanguínea a 1 g por mil (extrarrenal?) y la reacción de Imaz-Lorenz-Ghedini se hace netamente positiva. Este accidente nos confirma el diagnóstico presuntivo de Q.H.R.V., que ha sufrido una extracción, posiblemente intraperitoneal, con el consiguiente cuadro anafiláctico típico. Otro dato más a favor lo constituye la positividad de la reacción de Imaz después de la complicación.

Tratamiento inmediato: adrenalina, etililtiazol, suero glucosado, vitaminas B y C, penicilina. En tres días desaparece la sintomatología aguda: urticaria, fiebre, diarrea y dolores articulares.

El 9-II-50 se le da de alta provisoria y sigue en consultorio externo su dilatación uretral, al mismo tiempo que concurre al Policlínico Muñiz, donde le aplican tratamiento biológico, mediante inyecciones de antígeno hidático.

Reingresa el 9-X-50 con excelente estado general, calibre uretral 50 beniqué y con la tumoración hipogástrica de iguales caracteres que en su primera consulta, clínicos y radiológicos. No hay deformación hepática ni se tocan otras formaciones quísticas abdominales.

En estas condiciones se le opera el 12-X-50, con anestesia general, pentothal-eter. Cirujanos Dr. Trabucco, Borzone y Amendolara. Incisión media infraumbilical. Se abre el peritoneo y se constata gran quiste único retrovesical, que ocupa el Doublas y comprime recto y vejiga, de tamaño de una cabeza de feto y muy adherido. Se extraperitoniza el quiste, liberando su cara anterior y se cierra la cavidad peritoneal. Se punza con trocar grueso la cara extraperitonizada del quiste, evacuando por aspiración su contenido: liquido cristal de roca, arenilla hidática y vesículas hijas. Se pincela con formol la cavidad residual, dejando en ella un grueso tubo de drenaje y cerrando la pared por planos. Penicilina, estreptomocina y sueros. Evolución postoperatoria sin incidentes. Egresó del Servicio el 8-XI-50 con tubo fino de drenaje hipogástrico, por donde sale exudado seropurulento inodoro en escasa cantidad. Concurre a curación día por medio, instilándose cada vez por el tubo sulfamida coloreada en solución. La cavidad residual cierra totalmente recién dos meses después y entonces se lo da de alta, curado.

Caso 2. — Historia Nº 2788. Policlínico Alvear, Sala V. B. D. V., argentino, soltero, 23 años, oriundo de Santiago del Estero; pero residente en la Capital desde hace 3 años. Primera consulta: 5-XII-51. Enfermedad actual: desde hace 20 horas se halla en retención aguda completa de orina, luego de una copiosa ingestión de cerveza. Desde hace dos meses nota constipación y disuria discretas. Estado actual: retención aguda completa de orina. Uretra libre al explorador Nº 20. El hipogastrio se halla levantado, tenso, por un bulto esférico, renitente, fijo, poco sensible, que llega hasta dos dedos por encima del ombligo. El cateterismo vesical, fácil, evacúa 800 cc de orina límpida, pero luego del mismo persiste el abultamiento esférico hipogástrico, del tamaño de un pomelo grande, fijo, renitente e indoloro. El tacto rectal revela una próstata de caracteres normales y por encima de ella un bulto esferoide, bombeante en recto, del tamaño de un pomelo, renitente, liso, que transmite los movimientos impresos por la mano abdominal en la palpación combinada. El resto del examen urológico y general sin particular. No se toca agrandamiento ni deformación hepática ni esplénica, ni otros bultos abdominales. Antecedentes: no enfermedades ni venéreas. Nunca tuvo crisis de urticaria. En Santiago del Estero ha visto en ocasiones sacrificar reses con "quistes de agua" viscerales y además había perros en la casa. Exámenes complementarios: urea 0.30 g por mil. Reacción de Imaz-Lorentz-Ghedini: negativa. La cistoscopia no puede realizarse por la dificultad de pasaje del cistoscopio a vejiga. Cistografía: la vejiga está empujada hacia arriba, adelante y a la derecha, piriforme, a gran polo superior, por una masa esférica transparente retro e infravesical y prerrectal. Nos hallamos ante un posible quiste hidático retrovesical, de topografía anteroinferior, a pesar de la negatividad serológica, por la sintomatología, examen clínico urológico y los antecedentes ambientales. Luego del sondaje vesical efectuado el día de su admisión al Servicio, el paciente recuperó la micción con discreta disuria inicial.

Cirujano: Dr. Trabucco - Dr. Borzone. Operación: 18-XII-1951. Raquiánestesia. Incisión perineal arciforme a concavidad inferior. Incisión de los ligamentos anobulbar y rectouretral y exteriorización de la próstata. Se rechaiza el recto. Por encima de la próstata y sin límites netos con ella se ve y se palpa el polo inferior de una formación quística, cuya punción da liquido cristal de roca. Se inyecta 100 cc de formol al 5%. Se punza con trocar grueso y se aspira el contenido: 900 cc de liquido acuoso con membranas. La cavidad quística queda limpia y se coloca en su interior un grueso tubo de látex y un rubber-dam para proteger el recto. Cierre en dos planos. Penicilina y sueros. Evolución: sin incidentes. Se hacen curaciones locales con solución de sulfamidocristalina y se van cambiando gradualmente los drenajes, cada vez más finos y más cortos. El 2-II-52 se practica una fistulografía que revela una pequeña cavidad retrovesical, de tipo lineal, dejándolo entonces sin drenaje. Egresó el 6-II-52 con escasa secreción seropurulenta por la herida granulante y concurre día por medio al consultorio externo. El 20-II-52 es dado de alta definitiva, curado.

COMENTARIOS

Ambos quistes se hubieran podido tratar por vía alta el primero en forma obligada por su disposición topográfica anterosuperior neta: la ausencia de fenómenos obstructivos urinarios es un dato clínico de esa localización, confirmada radiológicamente. Además obligaba a dicha vía de acceso la existencia

del episodio de ruptura intraperitoneal, a fin de comprobar el estado actual del Douglas. El segundo paciente, con un quiste anteroinferior bien desarrollado, inició aparentemente su enfermedad por una retención aguda. Este quiste, por su gran tamaño, era igualmente abordable por hipogastrio y por periné. En tal disyuntiva pudimos optar por una u otra vía y preferimos la vía baja por tratarse de un quiste no complicado, por la neta sensación de quiste al tacto rectal y la posibilidad del perfecto drenaje en declive aunque el campo a obtener es siempre pequeño y poco apto para una exploración completa. Tanto en uno como en otro caso, se obtuvo el más satisfactorio resultado anatómico y funcional, con una ventaja en el segundo, respecto del menor tiempo de cicatrización definitiva, por mejor drenaje. En ambos casos se trabajó extraperitonealmente y se usó la enucleación y drenaje. El caso 1 tiene de interesante la asociación de patologías múltiples, que podía confundir al observador: diabetes insípida, quiste hidático retrovesical asintomático y estrechez uretral asintomática. Una observación precipitada hubiera podido hacer pensar en un distendido: globo vesical más estrechez, poliuria y crinas acuosas; pero el examen clínico urológico completo aclaró felizmente el cuadro nosológico y permitió efectuar un tratamiento correcto. La complicación que se presentó en este caso: efracción del quiste, con shock anafiláctico y desaparición de la tumoración, no tuvo ninguna trascendencia grave ni complicó el tratamiento. A este respecto hacemos notar que el intento de tratamiento biológico, efectuado a nuestro pedido en el Policlínico Muñiz, con toda gentileza, no dió, aparentemente, ningún resultado positivo: el quiste se reprodujo con iguales caracteres que antes de la complicación, a pesar de hallarse en las mejores condiciones para involucionar.

CONCLUSIONES

1) Se presentan dos casos de hidatidosis retrovesical, de distintas modalidades clínicas por su distinta topografía.

2) Dicha topografía ha de tenerse en cuenta, entre otros factores, al decidir la vía de abordaje quirúrgico: *anterosuperior* obliga al acceso hipogástrico; *anteroinferior*, de *gran desarrollo*: es facultativo el acceso alto o bajo. Este último tiene una sola ventaja: el drenaje en declive. Sólo serán de obligado acceso bajo, aquellos quistes pequeños, de origen anteroinferior, que no dan abovedamiento hipogástrico y cuyo diagnóstico es, en realidad, difícil en esa etapa.

3) El tratamiento biológico es un auxiliar como desensibilizante y estimulante del sistema retículoendotelial; pero no es curativo. A esa conclusión se ha llegado en general, en nuestros centros científicos y nuestro caso 1 aporta un dato más a favor de la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. Bernardi R. — Sobre un caso de Q.H.R.V. *Semana Médica.*, 1938, II, 866.
2. Cartelli N., Albornoz I. V. — Q.H.R.V. Su diagnóstico radiológico. *Rev. Arg. Urol.*, 1934, III, 395.
3. Casal J., Rocchi A. — Q. H. prevesical calcificado. *Rev. Arg. Urol.*, 1947, XVI, 79.
4. Cassiraghi J. C. — Q.H.R.V. Relator Belleville. *G. Bol. y Trab. Acad. Arg. Cirugía.* 1947, XXVI, 700.

5. Comotto C., Berti H. D. — Q.H.R.V. Un caso. Rev. Arg. Urol., 1939, VIII, 95.
6. Deve F. — Echinococcose secondaire. Paris, 1946. Pag. 51.
7. Dotta J. S., Delporte T. — Q.H.R.V. a sintomatología pseudoprostático. Rev. Arg. Urol., 1951, XX, 353.
8. Ercole R. — Q.H.R.V. Rev. Arg. Urol., 1948, XVII, 113.
9. Figueroa Alcorta L., Sandro R. E. y Molina L. R. — Rev. Arg. Urol., 1944, XIII, 161.
10. Iacapraro G. — Q.H.R.V. en el hombre. Su estudio. Semana Medica, 1935, I, 1720.
11. Llanos M. A. — Contribución a la casuística de los Q.H.R.V. en el hombre. Rev. Arg. Urol., 1939, VIII, 516.
12. Mathis R. L. — Q.H.R.V. e intraperitoneal. Rev. Arg. Urol., 1940, XX, 417.
13. Molina L. R. — Q.H.R.V. Rev. Arg. Urol., 1946, XV, 251.
14. Pagliere L. E. — A prop. de los Q.H.R.V. Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cirugía, 1947, XXXI, 720.
15. Surraco L. A., Bonnacatrete E. y Díaz Castro H. — Los Q.H.R.V. Su relación al confluente espermático ureteral. Su pronóstico. Su tratamiento. 2º Congr. Amer. y 1º Arg. de Urol. Bs. As., 1937, I, 139.
16. Tittamanti Lescano O. A. — Rev. Arg. Urol., XIX, 1950, 187.
17. Trabucco A. E., Márquez F. J. y Katz Diner L. — Sobre un caso de obstrucción urinaria con hidatidosis R. V. Rev. Arg. Urol., 1949, XVIII, 171.
18. Grimaldi F. E., Rubi R. A. y Méndez A. — Quiste hidático retrovesical calcificado. Rev. Arg. Urol., 1942, XI, pág. 215.

DISCUSION

Dr. Tomás Schappapietra. — Quiero felicitar al Dr. Borzone por el magnífico trabajo presentado.

Es indudable que, de acuerdo a su localización, el quiste retrovesical va a uno u otro servicio. Nosotros, en el Policlínico Durand atendíamos los de desarrollo superior, que llegaban sin sintomatología urinaria. En cambio, en el servicio de cirugía del Policlínico Italiano dominaban los quistes retrovesicales, con sintomatología urinaria.

El doctor Pagliere presentó más de 8 casos abordados todos por vía perineal.

En el servicio del Durand abordamos un quiste por vía retroperitoneal suprapúbica. Y otro, que lo abordé por esa vía, lo drené por el periné, actuando de idéntica manera que después de la extirpación de la próstata o de los tumores vesicales, cuando hemos actuado sobre vejiga en que se hace el drenaje por primera. Vale decir, que drené a ese enfermo por el periné, a pesar de haberlo drenado por vía alta. La evolución fué magnífica.

Nosotros nunca hemos tenido dificultades en realizar el drenaje por vía perineal. El postoperatorio, en todos los casos, ha sido rápido y feliz.

Dr. Raúl Borzone. — Agradezco las amables consideraciones del doctor Schiappapietra