

## QUISTE MÜLLERIANO ENDOVESICAL

Por el Dr. ROLANDO C. HERENÚ

Esta comunicación tiene por objeto presentar un caso de quiste endovesical poco común, vinculado indudablemente con una alteración embrionaria de las estructuras genitales y urinarias de nuestra paciente.

*Case clínico:* E. R. C., mujer, 25 años. Un año antes de la consulta, el ginecólogo que nos la remite la operó por menstruación dolorosa, ocasionada por un útero bicorne con ocusión de la hemicavidad derecha. Se le practica una operación correctora de esa malformación. Se requiere nuestra opinión por palpase un riñón derecho grueso y algo sensible. Ningun trastorno evidente de sus funciones urinarias.

Estudiada mediante urografías (enero de 1958) se comprobó la presencia de un riñón derecho grande, de pelvis bifida, con bastante descenso en posición de pie, pero sin ectasiarse por ello. Ausencia de sombra renal izquierda. En el cistograma se señalaba una persistente imagen de falta de relleno redondeada, de poco más de un centímetro de diámetro, suspendida en la hemivejiga derecha.

La cistoscopia mostró un meato derecho normal que eyaculaba orina clara, sin alteración del ritmo; el hemitrigono de ese lado conservado y el izquierdo inexistente; no fué posible hallar ningún meato izquierdo, ni en su sitio habitual ni en ubicación aberrante.

Se trataba efectivamente de un caso de agenesia renal izquierda, confirmado además por la exploración quirúrgica que se efectuó después. Como tal fué citado en una revisión del tema de riñón único congénito realizada hace unos meses en la Sociedad de Cirugía de Rosario. Pero más que esta anomalía renal, resultó de gran interés para nosotros la comprobación de la causa de esa falta de relleno radiográfica en la vejiga.

A poco más de un centímetro por arriba y por fuera del meato ureteral, en el lado derecho (fig. 1), se observaba una tumoración nodular, lisa, ligeramente lobulada, del tamaño de un huevo de paloma, con una coloración blanquecina azulada. Esta formación respetaba la continuidad de la mucosa vesical, la cual no presentaba en la zona de la tumoración ni en ningún otro sitio de la vejiga, la más mínima congestión ni signo alguno de alteración patológica.

Nuestra idea diagnóstica fué de un probable fibromioma de la pared, planteando la conveniencia de su extirpación, pese a la apariencia de total benignidad que ofrecía.

En julio de 1958, con motivo de una tumefacción anexial izquierda dolorosa, se interviene esta enferma. Aprovechamos la laparotomía para explorar por nuestra cuenta la región lumbar y la vejiga. Se extirpó un embarazo tubario, se confirmó la ausencia de riñón del lado izquierdo, abordándose finalmente la vejiga, cuya cavidad abrimos por su cara anterior, extraperitonealmente. Previa colocación de una sonda ureteral de seguridad, tomamos el pequeño tumor con una pinza, lo que produce su ruptura, que da salida a un líquido mucoso de aspecto cristalino. Se trataba por lo tanto de una tumoración quística. Se reseca toda la zona en forma submucosa, sin ninguna dificultad. Colocamos un par de puntos de aproximación de los labios de la mucosa. Foley transuretral. Cierre primitivo de la vejiga. La evolución ulterior de esta enferma ha sido muy buena y —por otra parte como antes de operarse— sigue libre de síntomas urinarios.

El estudio histológico, practicado por el Dr. José M. Cid, dice lo siguiente:

*“Descripción:* El examen de los fragmentos permite hacerse una idea general de la lesión, que corresponde en un todo con los datos clínicos. Se observa un revestimiento epitelial estratificado del tipo paramalpighiano que reposa sobre un corion moderadamente inflamado y edematoso. Por debajo se ven haces de músculo liso, los que no presentan nada digno de

mención. En suma, se tienen elementos de juicio que permiten afirmar que se está en presencia de pared vesical.

Por debajo de este epitelio vesical, en pleno corion mucoso y entre haces de la muscular se ven unas formaciones glanduliformes de tamaño y formas muy variados, de luz virtualmente estrecha, o quística. Estas estructuras están constituidas por un epitelio cilíndrico simple que reposa directamente sobre el conectivo circundante, sin diferenciaciones funcionales. Este epi-

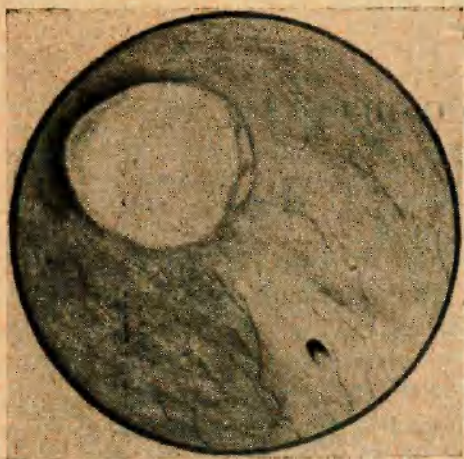


FIG. 1. — Imagen endoscópico del caso relatado.

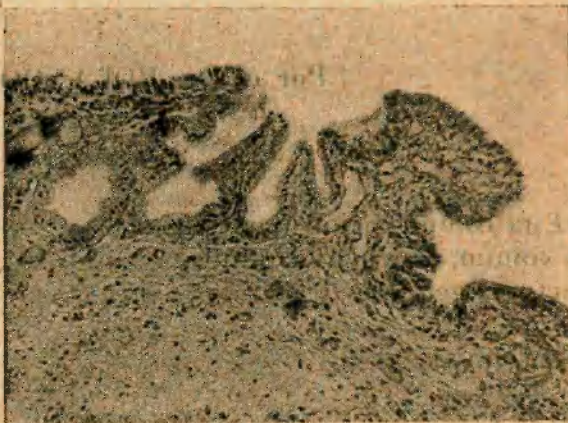


FIG. 2. — 150 D. Hematoxilina-eosina.



FIG. 3. — 300 D. Hematoxilina-eosina. Zona de epitelio de tipo endocervical.

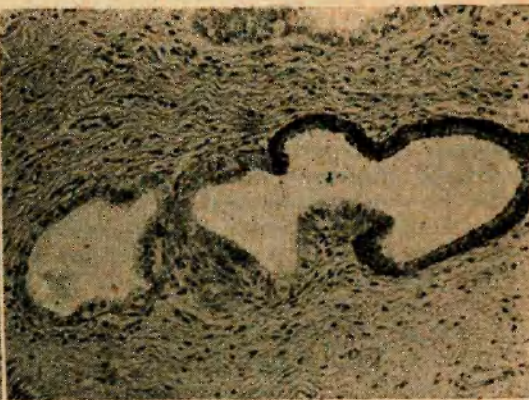


FIG. 4. — 200 D. P.A.S. La zona oscura mucípara y la más pálida serosa ciliada, en perfecta continuidad.

telio presenta dos aspectos diferentes en perfecta continuidad. Uno es de citoplasma claro, finamente vacuolizado y con núcleo basal. Las coloraciones adecuadas permiten confirmar el carácter mucoso del epitelio claro. El otro tipo celular es seroso con cilias vibrátiles pudiendo reconocerse diferentes estados funcionales, los que recuerdan el epitelio de la trompa.

*Diagnóstico:* Se está en presencia de una malformación consistente en la inclusión en el espesor de la pared vesical de un epitelio que resume los caracteres de la mucosa endocervical y de la trompa. El epitelio, de indudable origen mülleriano, adquiere indistintamente uno u otro de los tipos funcionales señalados." (Figs. 2, 3 y 4).



Se trata entonces de una tumoración quística, de epitelio monoblástico heterotípico, desarrollada a partir de una inclusión en la pared vesical, de elementos de estirpe mülleriana. Aparte de los datos histopatológicos, la coexistencia de otras anomalías de los conductos de Müller (útero bicorne) como así también la agenesia renal, abonan en favor de la disembrionoplasia, que en este caso surge con mucha evidencia.

En algunos sitios de los preparados, el epitelio es francamente endocervical, en otros sus características semejan en forma ostensible la mucosa ciliada tubaria. Aún, en otros sitios, las células de tipo seroso, más planas, recuerdan el endometrio aunque desde luego sin tener el estroma correspondiente al útero luncionante y a las endometriosis por implante.

La bibliografía referente a las endometriosis vesicales es ya copiosa y son bien conocidas sus características endoscópicas y clínicas. También los quistes de epitelio homotípico desarrollados en base a glándulas trigonales o yuxtacervicales persistentes, han sido objeto de estudio (3, 6, 22). Se conocen bien, por cierto con caracteres muy diferentes desde el punto de vista sintomatológico y de su aspecto endoscópico, las formaciones quísticas coloideas alantoideas del uraco, y las lesiones de la llamada cistitis quística. En forma esporádica aparece algún quiste de clasificación confusa, acaso perteneciente a alguno de estos tipos de lesiones que hemos pasado en revista (4, 12).

Sin embargo, en la literatura a nuestro alcance no hemos hallado referencias con respecto a lesiones similares a la encontrada por nosotros. Por ello traemos esta observación, ya que por su infrecuencia presenta un interés particular.

## RESUMEN

Se presenta un caso en el que se comprobó la existencia de un quiste endovesical cuya estructura permite clasificarlo como de epitelio monoblástico heterotípico, por inclusión embrionaria mülleriana en la pared de la vejiga.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ajamil, L. F.; Pernas, E.; Valverde, M. — Vesical endometriosis. *J. Urol.* 72:833, 1954.
2. Arue, S. L.; Webb, G. — Endometriosis of the urinary bladder. *The Urol. Cut. Rev.* 54:421, 1950.
3. Bentolila, J.; Gómez del Campo, C. J. — Quiste glandular simple de cuello de vejiga. *Rev. Arg. Urol.* 22:49, 1953.
4. Boissonet, P.; Bouïéau, P. — Volumineux kyste du trigone chez un garçon de trois ans. *J. d'Urol.* 60:688, 1954.
5. Cilento, M. — Endométriöse de la vessie. *J. d'Urol.* 34:247, 1932.
6. Fedele, L. — Su di un caso di cisti solitaria della vesica. *Arch. Ital. Urol.* 28:434, 1955.
7. Fitzgerald, W. L.; Kuhn, M. A. — Endometriosis of the bladder. *J. Urol.* 62:467, 1949.
8. Kahle, P. G.; Vickery, G.; Maltry, E. — Endometriosis of the urinary bladder. *J. Urol.* 46:52, 1941.
9. Kretschmer, H. — Endometriosis of the bladder. *J. Urol.* 53:459, 1945.
10. Mark, E. — Endometriosis of the bladder. *J. Urol.* 37:799, 1937.
11. Mc Dougall, T. J.; Deuer, S. J. — Vesical endometriosis. *The Urol. Cut. Rev.* 53:303, 1949.
12. Michon, L.; Boyet; Cammenos. — Kyste du trigone chez une fillette de 3 ans. *J. d'Urol.* 59:529, 1953.

13. *Moore, T. D.; Herring, A. L.; Mc Cannel, D. A.* — Some urological aspects of endometriosis. *J. Urol.* 49:171, 1943.
  14. *Ockuly, E. A.; Helwig, F. C.* — Endometriosis of the urinary bladder with report of a case. *J. Urol.* 55:464, 1946.
  15. *O'Connor, V. J.; Greenhill, J. P.* — Endometriosis of the bladder and ureter. *Surg. Gynec. Obst.* 80:113, 1945.
  16. *Pérard, J.; Elbim, A.* — Endométriomes vésicaux. *J. d'Urol.* 39:497, 1935.
  17. *Reynolds, Ll.* — Endometriosis of the bladder. *J. Urol.* 41:157, 1939.
  18. *Rousset, M.* — Un cas d'endométriome de vessie. *J. d'Urol.* 56:246, 1950.
  19. *Schmitz, H. E.; Babe, G. R.* — Endometriosis of the bladder. Report of a case. *The Urol. Cut. Rev.* 52:125, 1948.
  20. *Stone Adams, P.* — Endometriosis of the bladder. *J. Urol.* 40:390, 1938.
  21. *Tolson, H. L.; Skitarelic, B.* — Endometriosis of the bladder. *The Urol. Cut. Rev.* 52:144, 1948.
  22. *Trabucco, A. E.* — Morfogénesis de los tumores de vejiga. *El Ateneo.* Buenos Aires, 1948.
  23. *Trabucco, A.; Cartelli, N.* — Endometriosis vesical. *Rev. Arg. Urol.* 17:229, 1948.
  24. *Weijlandt, J. A.* — Endométriöse vésicale. *J. d'Urol.* 38:558, 1934.
-