

Sociedad Argentina de Urología

6. Sesión científica ordinaria - 24 de septiembre de 1959.

Presidente: Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario: Dr. Juan A. Goldaracena

Servicio de Urología del Hosp. Fernández.
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

QUISTE HIDATIDICO RETROVESICAL

Por los Dres. ALFREDO A. GRIMALDI, JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE
y LEOPOLDO M. SERRA (h).

La práctica cotidiana nos enfrenta muy de tarde en tarde con problemas ligados a la equinococosis urinaria.

Aunque poseemos el poco alentador privilegio de ocupar un lugar prominente en la frecuencia de la hidatidosis, sin embargo, dentro de la patología urinaria el quiste hidatídico se descubre esporádicamente en nuestros medios especializados.

En particular, el Quiste Hidatídico Retrovesical fué objeto de una comunicación del Dr. Borzone (1) en 1953. Se refirió a dos casos de distinta topografía tratados por vía hipogástrica y genital respectivamente. Borzone hace consideraciones sobre su localización, desarrollo y tratamiento y recuerda la bibliografía en forma amplia sino exhaustiva, en la que figuran en lugar destacado Surraco y otros.

La literatura foránea nos ofrece dos observaciones de Dubau R. Roufflange y Boudet P. (2) expuesto ante la Academia de Cirugía de París en 1958 (p. 284) extirpados totalmente, conducta que preconizan. Por nuestra parte desde la comunicación de 1941 a esta sociedad de Grimaldi F., Rubí y Méndez en cuyo estudio y tratamiento participamos, que consistía en un quiste retrovesical calcificado, hemos tenido oportunidad de observar en nuestro Servicio de Urología del Hospital Fernández tres nuevas observaciones. La primera co-

rresponde a una hidatidosis múltiple peritoneal, siendo uno de los quistes típicamente retrovesical. Este fué tratado por Mathis por marsupialización en 1951 enucleando los restantes (Historia Clínica 7886) cuya imagen cistográfica pueden ustedes observar. Posteriormente en 1955 se agrega otro caso referente a un quiste hidatídico retrovesical a localización predominantemente derecha. Fué presentado por Alsina y uno de nosotros a la Asociación Médica del Hospital Fernández (Historia Clínica N° 9534). El tratamiento también consistió en la aspiración y marsupialización del quiste por vía hipogástrica. En esta observación la compresión era franca sobre la vejiga en su cara posterior, derecha y el uréter del mismo lado que determinaba la exclusión del riñón correspondiente. Las radiografía que presentamos son ilustrativas al respecto.

Por último en 1957 se nos presenta el tercer caso de quiste hidatídico retrovesical. Las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas similares de las tres observaciones, determinan que no hagamos referencias amplias de cada una de ellas. Nos detendremos en forma detallada solamente en el último caso. (Historia Clínica N° 10.344).

Historia Clínica: Nombre: F.C. - Edad: 19 años. - Nacionalidad: argentino. - Estado: soltero. Procedencia: Santiago del Estero. - Reside en Villa Adelina Pcia. de Buenos Aires. - Sala VI. - Cama: 12. - Historia Clínica N° 10.344.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Enfermedad actual: Concorre a consultorio externo en retención aguda y completa de orina. La capacidad mental del paciente no permite la aportación de ningún otro elemento sintomatológico que pueda aclarar la iniciación de sus trastornos urinarios y las características de éstos. Comprobada la retención vesical ingresa a nuestro servicio de urología el 15 de Octubre de 1957 a la cama 12.

Estado actual: Discreto estado general, paciente con capacidad mental disminuída. Uretra permeable. Explorador N° 22. Se cateteriza sin dificultad con sonda béquille blanda, extrayéndose 1.600 c.c. de orina límpida.

Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla libre, próstata sin particularidades. Por encima y a la izquierda de la glándula, masa lisa, indolora, fluctuante, tensa, prominente a la luz rectal, límites inferior y derecho conservados, los otros no se alcanzan. La palpación combinada abdómino-rectal permite apreciar una masa redondeada, de consistencia elástica, indolora, del tamaño de un pomelo y de discreta movilidad. La inspección abdominal revela como un globo vesical, cuyo límite superior, se halla francamente debajo del ombligo. La palpación del abdomen ratifica la existencia de una tumoración hipogástrica.

Genitales: sin importancia.

El resto del examen somático no revela ningún dato de importancia.

Examen endoscópico: anestesia xylocaína al 1%. Se introduce el cistoscopio, que para llegar a vejiga exige el descenso y el marcado desplazamiento hacia la izquierda del pabellón del aparato para lograr vencer el obstáculo cervical.

Orina clara. Capacidad 350 c.c. Mucosa de caracteres normales. Gran deformación extrínseca que desplaza cuello y trígono hacia la derecha y que impide visualizar los meatos ureterales.

Análisis de Laboratorio: Wassermann y Kahn negativos.

Hemograma: único dato positivo, eosinofilia moderada.

Urea en sangre: 0,40 grs.‰. Glucemia: 0,90 grs.‰.

Análisis de orina: alcalina, densidad 1019, sin caracteres anormales.

Reacción de Ghedini: negativa.

Examen Radiográfico: Radiografía de tórax: negativa. Radiografía directa del árbol urinario: negativa. Urografía excretora: exclusión renal izquierda y dilatación ureteropielica derecha (Figura N° 1). Uretrocistografía: la sustancia de contraste se difunde dentro de una gran vejiga cuyo límite superior desborda la pelvis presentando una perfecta imagen lacunar central, configurando un enorme anillo como puede apreciarse sobre todo en la oblicua lateral derecha (Figura N° 2). La cistografía de perfil permite apreciar la deformación que la tumoración retrovesical ejerce sobre la vejiga confiriéndole forma de cachiporra.

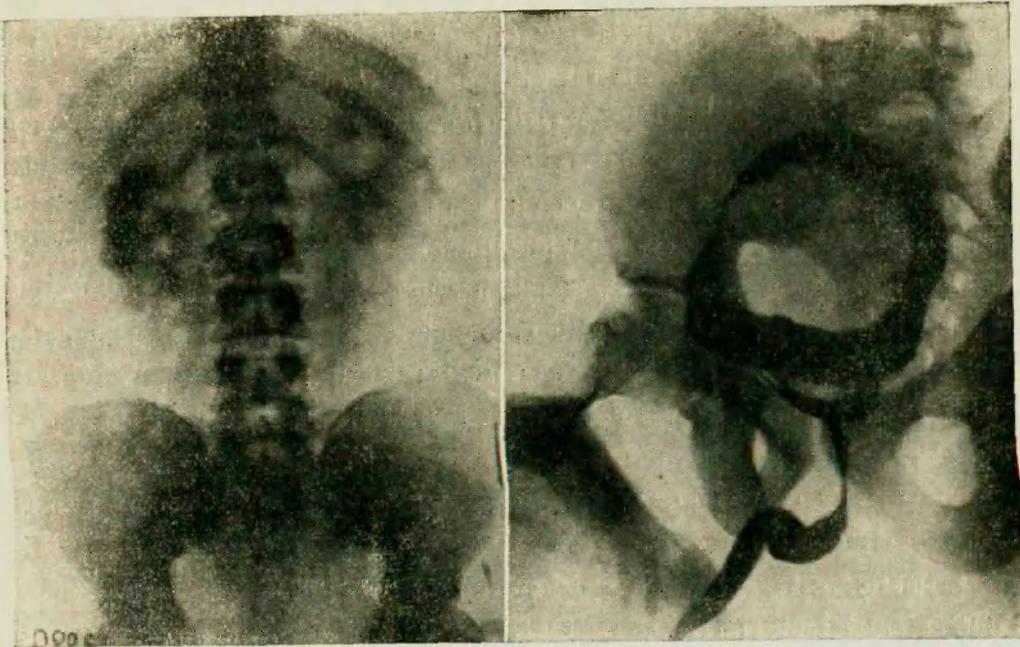


Figura 1

Figura 2

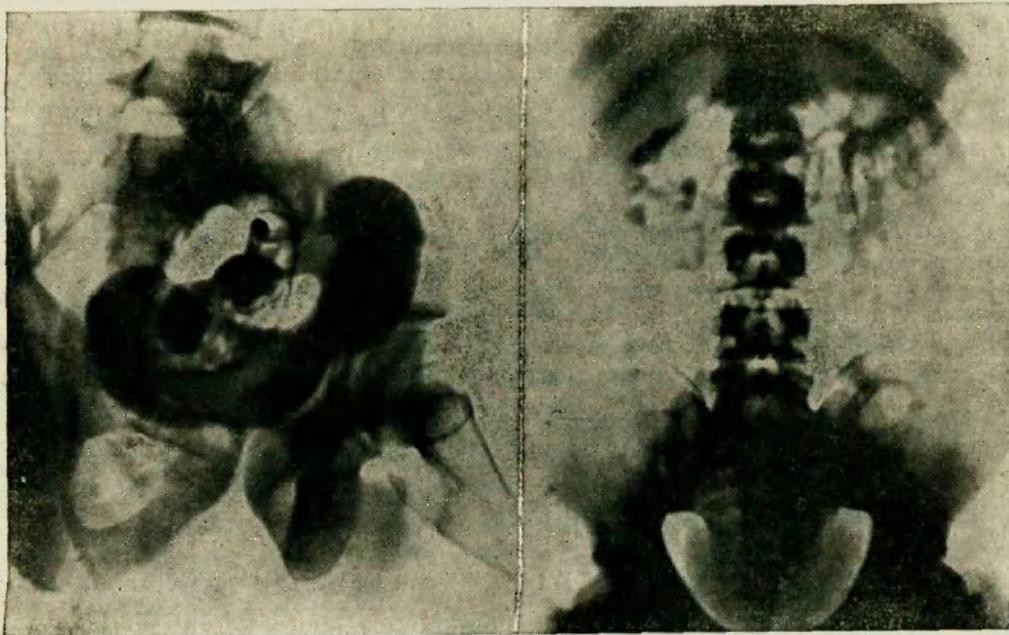


Figura 3

Figura 4

Tratamiento: A pesar de las reacciones negativas las características clínicas, semiológicas y el estudio radiográfico autorizan a establecer el diagnóstico de quiste hidatídico retrovesical a desarrollo ántero inferior. Se decide la intervención por vía hipogástrica el 10 de Noviembre de 1957.

Anestesia: raquianestesia, novocaína percaína. Incisión mediana infraumbilical. Se abre peritoneo y se examina la cavidad, siendo negativa esta exploración se cierra la brecha peritoneal. Se aborda la tumoración retrovesical, se extraperitoniza una zona de su superficie y se inyecta 30 c.c. de formol al 5%. Con grueso trocar se evacua la cavidad quística extrayéndose por aspiración 1.000 c.c. de un líquido amarillento, restos membranosos de forma dispar y coloración clara de huevo. Se reseca un trozo de la pared quística para su examen histológico. Se deja marsupializado el quiste con un tubo de doble corriente en su interior para ulterior tratamiento. Cierre por planos, sonda permanente.

Examen anatómopatológico N° 33065/66: membrana hidatídica y material amorfo.

Post-operatorio: lavajes diarios con nitrato de plata, se reemplaza el tubo de drenaje por una sonda Nélaton complementada por un taponamiento de gasa yodoformada. Progresivamente se reduce el drenaje y a los dos meses resta una pequeña fístula que cierra definitivamente el 7 de marzo de 1958.

Evolución: a los 15 días de la intervención se efectúa un control radiográfico de la vejiga y de la cavidad quística que revela la evolución favorable del proceso (Fig. N° 3), neumocistografía cistografía combinada. El urograma, a los 20 días de la operación permite apreciar la restitución funcional del riñón izquierdo excluido y la marcada reducción del estasis de las vías excretoras del lado derecho (Figura N° 4).

A los 2 meses se efectúa un examen citoscópico de control que permite apreciar la recuperación morfológica de la vejiga. El 21 de Marzo de 1958 es dado de alta en perfecto estado. Al año concurre al Hospital hallándose en perfecto estado clínico y urológico.

COMENTARIOS

La sintomatología y el estudio practicado en este último enfermo configura un caso típico de quiste hidatídico retrovesical. Realizamos el tratamiento quirúrgico por vía hipogástrica con exploración simultánea intraabdominal y marsupialización de la cavidad quística. Consideramos que esta conducta es la más adecuada. La evolución postoperatoria fué prolongada pero sin incidentes. Probablemente el drenaje perineal hubiera abreviado el período de recuperación. Las comunicaciones que han precedido a la nuestra agotaron las consideraciones especialmente sobre la conducta terapéutica. Es en base a ello que justificamos nuestro proceder y limitamos nuestro comentario, conceptos que valen también para las otras dos observaciones de nuestro servicio que mencionamos más arriba.

CONCLUSION

Nuestras observaciones constituyen tres casos típicos de quiste hidatídico retrovesical que agregamos a la casuística vernácula. Este proceso, cuya etiopatogenia secundaria es universalmente admitida del punto de vista terapéutico, es patrimonio casi exclusivo de la cirugía.

A pesar del alto índice de equinococis existente en nuestro país no deja esta localización de constituir un hecho poco frecuente.

RESUMEN

Los autores presentan un nuevo aporte a la casuística de los quistes hidatídicos retrovesicales en tres observaciones correspondientes al servicio de Urología del Hospital Fernández durante los años 1951, 1955 y 1957 respectivamente.

B I B L I O G R A F I A

1. *Borzone R. J.* — Sobre 2 casos de quiste hidatídico retrovesical, su tratamiento (R. A. de Urología). Volumen XXII/1953, p. 306.
2. *Dobau R., Rouffilange y Boudet P.* — L'équinococosis urinaire (Mem. de L'Acad. de Chir). 84, Nº 6-7/1958, p. 234.

D I S C U S I O N

Dr. R. Sandro, cita un enfermo operado hace varios años a quien se le hizo tratamiento con antígeno, procedimiento del Dr. Calcagno y ha logrado éxito.

Dr. G. Alsina sostiene una vez más que no debe punzarse el quiste, pero dice que debe haber una indulgencia para los quistes retrovesicales. Cita el caso de un enfermo al cual se le hizo la punción y se recuperó rápidamente.

Dr. Borzone, a propósito de la pregunta del Dr. Sandro, quiero referirme al tratamiento biológico del quiste hidatídico pues al primer caso presentado por mí, que tenía una estrechez de uretra, durante la dilatación al llegar al calibre 40 hizo una reacción de shock anafiláctico, con desaparición de la tumoración hipogástrica y urticaria. Cedió ese grave estado con antihistamínicos y considerando que se había producido la efracción del quiste lo enviamos al Muñiz para efectuar tratamiento biológico. A pesar de dicho tratamiento al poco tiempo se produjo la tumoración con iguales características del comienzo. Ese quiste que tenía las mejores condiciones para involucionar, no lo hizo con el tratamiento médico y fué operado entonces con buen resultado.

Dr. L. Serra, dice que los resultados con el tratamiento biológico, cree que son inseguros; que en los enfermos por ellos tratados no se hizo tratamiento biológico. Agradecemos al Dr. Borzone y al Dr. Alsina su colaboración al tema.
