

## QUISTE HIDATIDICO Y UXTAVESICAL ANTERO LATERAL

Por los Dres. LUIS M. BREA y ROLANDO C. HERENÚ

Es generalmente admitido que las equinocosis de localización pelviana son secundarias, producto de una siembra habitualmente peritoneal de escólices provenientes de la evacuación de un quiste de otro origen, hígado, bazo, etc., que hacen su nidación en los fondos de saco de la túnica serosa y por un proceso plástico de tipo reaccional finalmente quedan excluidos de la gran cavidad haciéndose "extraperitoneales"

La patogenia señalada (1), ya sostenida por Devé en su tesis de 1901 a la Facultad de Medicina de París, se contrapone a la que admite la vía hematogena como medio de llegada del embrión exacanto a los tejidos de la pelvis. Esta última eventualidad, sin que pueda negarse de plano, es mucho menos probable.

Ahumada y colaboradores (1) luego de una prolija revisión bibliográfica concluyen que las hidatidosis pelviana "en la inmensa mayoría" se deben a una localización secundaria a ruptura de otro quiste preexistente que vuelca su contenido al peritoneo.

La vía hemática es teóricamente posible en la pelvis, tanto en los tejidos perivesicales como en la propia pared de la vejiga. Herrera Vegas y Jorge (2) hacen la siguiente reflexión: "¿Por qué no vamos a admitir que el equinococo puede desarrollarse en el músculo vesical mismo si se ha demostrado su existencia en el músculo cardíaco y en un sinnúmero de músculos voluntarios?". No obstante, como los propios autores mencionados reconocen, frente a un caso dado es difícil afirmarlo en absoluto porque para ello sería necesario asistir al crecimiento del parásito en su comienzo. Aun en ausencia de otra localización primitiva demostrable en un órgano peritoneal, no puede concluirse que el foco en estudio no sea secundario, puesto que sólo un examen anatómico muy completo —necrópsico— puede determinar a veces el sitio en que asentaba el quiste inicial, que sufriera la ruptura y evacuación.

La embolia parasitaria como mecanismo patogénico es admitida como posibilidad por Cornejo (3) cuando el quiste desarrollado en la pelvis se encuentra lejos de la serosa y hasta sin ningún contacto con ésta. Sin embargo, es casi constante la relación del quiste con los recesos del peritoneo, siendo la ubicación más común en el hombre la retrovesical, a partir del fondo de

saco de Douglas, entre vejiga y próstata, por encima de ambas vesículas seminales.

Pero han sido descriptos, aunque excepcionalmente, quistes perivesicales con otra topografía, como los de Richter del espacio de Retzius, y de Psaltoff en el fondo de saco peritoneal anterior hipogástrico (citados por 4 y 6). Albarrán (2) también ha dado a conocer un quiste prevesical del tamaño de un puño, que tuvo oportunidad de operar.

Nuestro propósito en este momento es simplemente relatar un caso de quiste yuxtavesical ántero lateral. Su infrecuencia, creemos que justifica esta breve comunicación.

*Historia Clínica:* Nº 152243, Policlínico Ferroviario Central. V. O., argentino, casado, 37 años. Ingresó al Servicio de Urología el 2/9/63. Desde fines de 1962 venía notando una persistente polaquiuria, que de noche era de dos o tres veces, y en algunas oportunidades una lumbalgia incaracterística. Estudiado previamente en consultorio externo, se observó en las radiografías una sombra calcificada del tamaño de un huevo de gallina, superpuesta a la hemivejiga derecha, que las cistografías demostraron que era ántero lateral. No había en sus datos anamnésticos antecedentes patológicos de ningún tipo, y aunque tampoco los había en relación a una presunta equinocosis, fuera de haber residido quince años en Maipú, provincia de Buenos Aires, las características radiológicas hicieron sospechar esta afección.

El examen clínico general no aportó elementos de interés. Radiografía de tórax normal. Reacción de Casoni cuantificada de dudosa. Análisis de orina y sangre, normales. Debe mencionarse que los glóbulos rojos eran 5.170.000 por mm<sup>3</sup> y los blancos 6.000 con fórmula normal.

La exploración urológica mostró una próstata sin alteraciones y en la cistoscopia (5/9/63) se observó una mucosa vesical normal en toda su extensión, teniendo la cara anterior en su mitad derecha una pequeña zona deformada en cúpula por compresión aparentemente extrínseca.

El 12/9/63 lo intervenimos con una incisión transversal tipo Pfannestiel. En el espacio prevesical se aísla la tumoración objeto de estudio, que se despega de la vejiga con bastante facilidad, pero que está firmemente fija al peritoneo, en el que se produce un desgarramiento en las maniobras de liberación. Al completar la misma también se hace una apertura de la pared quística, dando salida a un contenido pastoso, puriforme, que se aspira. Resecado el quiste, se cierra la brecha peritoneal. Síntesis de la pared por planos. Evolución postoperatoria normal, alta el 20/9/63.

El informe histológico del Dr. Juan Carlos Radice (protocolo Nº 12.968 de fecha 29/9/63) dice: "Tejido fibroso colágeno calcificado con zonas hialinizadas y necrosis, restos nucleares en piocnosis, cariorrexis, sustancia acidófila y formaciones laminares de estructuras paralelas con el aspecto de restos de membrana hidática".

#### COMENTARIO

Según Delbet (4) la manifestación más común de los quistes pre o látero vesicales es el dolor local. En el publicado por Albarrán era un sufrimiento constante en la región pubiana. En el nuestro, sólo hubo signos moderados de irritación de la vejiga.

En nuestro enfermo no fue posible hallar evidencias clínicas ni radiográficas de quistes hidatídicos en hígado ni en ninguna otra ubicación, intra-peritoneal o no. Pero ello no tiene valor decisivo, como ya se ha dicho, puesto que admitiéndose una siembra peritoneal, el foco primitivo puede luego de evacuarse haber curado por fibrosis sin dejar rastros demostrables como no sea por autopsia y por lo demás no siempre.

La ubicación inmediatamente subperitoneal, con firme adherencia al fondo de saco vecino, abona la conocida interpretación patogénica de Dévé.

Anatómolo patológicamente se trataba de un quiste en degeneración, inactivo y calcificado. Esa forma de curación, por muerte del parásito y acumu-

lación calcárea parcial, con intervalos de brotes de infección local, fue señalada ya en estos casos por Marion<sup>a</sup> Psaltoff y Delbet en distintos trabajos clásicos sobre el tema (4).

#### R E S U M E N

Se presenta un quiste hidático yuxtavesical, en posición ántero lateral, diagnosticado presuntivamente por sus imágenes radiográficas de calcificación parcial y confirmado por la extirpación y estudio histológico.

#### DISCUSION

*Dr. Casal:* Como contribución al tema quisiera hacer notar que hace alrededor de 15 años publicamos en esta Sociedad un caso de quiste hidatídico prevesical calcificado que evolucionó en forma asintomática y que se encontró en un paciente portador de un adenoma de la próstata.

*Dr. Hereñu:* Agradezco al doctor Casal su aporte. Lamentablemente, no he encontrado la referencia.

*Dr. Casal:* Está publicado en la Revista Argentina de Urología, año 1948.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) *Ahumada, J. C., Beldustegui, E., Caviglia, A.:* Hidatosis pelviana. Actas y trabajos. 2º Congr. Nacional de Med. Tomo 1:304, 1923.
- 2) *Albarrán, J.:* Kyste hydatique pré-vesical. Soc. de Chir. 26:161, 1900.
- 3) *Cornejo Saravia, E.:* Quiste hidático perivesical. Tesis. Facultad de Medicina. Buenos Aires, 1921.
- 4) *Delbet, P.:* Tumeurs paravésicales Kystes hydatiques. Encyclop. Franc. d'Urol. Tomo 4, p. 928. París, 1921.
- 5) *Herrera Vegas, M., Jorge J. M. (h.):* Quistes hidatídicos de la vejiga. Bol. y trab. Soc. Cirugía Bs. Aires. 1:23, 1913.
- 6) *Picatoste, J.:* Quistes hidatídicos del aparato urinario y de los órganos genitales masculinos. Edic. Morata. Madrid, 1946.
- 7) *Spurr, R.:* Hidatidosis génito-urinaria. Hidatidosis pelviana. 2º Congr. Amer. y 1º Arg. de Urol. Tomo 1, pág. 243, 1937.