

TUMOR QUISTICO DE CUPULA VESICAL

Dr. Rodolfo Mathis (h).

He de referir a juicio de la Sociedad un caso ya mencionado por el epígrafe, cuyo diagnóstico y posterior intervención quirúrgica efectuóse en el Servicio de Urología del Hospital Alemán.

Se trataba de un gran quiste de la cúpula de vejiga sin abocamiento a ésta, desarrollado a expensas de restos del uraco, y que contenía en su interior porciones de ambas mucosas (uraco y vejiga) con signos de degeneración adenomatosa, pero sin indicios de agresividad.

Desde el primer caso descrito por Cabrolus en 1550 hasta la clasificación actual de Vaughan podemos dividir los estados permeables del uraco a saber: 1ro.) persistencia o permeabilidad total, la cual establece una fístula urinaria-umbilical. 2do.) permeabilidad parcial interna, la que determina síntomas urinarios por uraco abierto en vejiga. 3ro.) permeabilidad parcial externo o fístula externa por uraco abocado en la piel. 4to.) permeabilidad intermedia que da origen a quistes no infectados. Cuando lo hacen se fistulizan en el ombligo.

No es infrecuente en la casuística la presencia de pequeñas dilataciones quísticas en el trayecto del uraco. Ahora bien, para que tales quistes produzcan algún síntoma es menester que adquieran un volumen significativo o que se infecten. El volumen de los quistes puede llegar a veces a tener un contenido de 3 a 5 lts. Puede ser adherente a la pared o pediculado por su cordón a la vejiga. Es más frecuente, como lo señalaba Neiser en 1906, en las mujeres que en el hombre. El diagnóstico diferencial se plantea en ciertas ocasiones con el quiste del ovario.

Hechas estas consideraciones me referiré al caso en particular.

Se trata del señor C.H. de 51 años de edad, intervenido en diciembre de 1960 de un cálculo renal del lado derecho con plástica pieloureteral por ostium puntiforme. En julio del año pasado concurre a la consulta por dolor en región hipogástrica, orinas turbias pero sin mayor repercusión miccional. A la palpación se apreciaba una formación tumoral ovoide, del tamaño de una naranja, móvil y dolorosa.

La urografía practicada permitía observar una gran dilatación pielocalicial con deformación de la pelvis renal del lado derecho, no visualizándose el uréter de ese lado. No se observaba la sombra renal izquierda ni la eliminación de contraste por este riñón. El fondo vesical estaba elevado por agrandamiento próstático.

Efectuóse la tentativa de un cateterismo ascendente del lado izquierdo, sin éxito.

Bajo anestesia peridural se interviene al paciente. Incisión mediana umbilico-pubiana. Se separan los músculos rectos y se investiga el peritoneo en la extremidad superior de la herida. Se abre y se comprueba que el proceso es del tamaño de un puño adulto y es preperitoneal. Se libera la tumoración desprendiéndola del peritoneo con facilidad, merced al clivaje de las partes laterales. En cambio toma contacto y adhiere parcialmente a la cúpula de vejiga, consiguiéndose no obstante su exéresis. Se cierra la pared por planos dejando avenamiento del espacio de Retzius. Post-operatorio sin incidentes.

El informe histopatológico efectuado por el Dr. José M. Lascano González versa:

Exámen macroscópico: paredes de un quiste ya abierto y vacío. Sus dimensiones son las de una gran naranja (alrededor de 10 cm. de diámetro).

Adhiere intimamente a la porción reseca de la cúpula vesical, donde se reconocen los elementos propios de su engrosada pared. Las porciones más duras del quiste revelan una estructura fascicular muy apretada y sólida, a veces semitranslúcida. En la cara

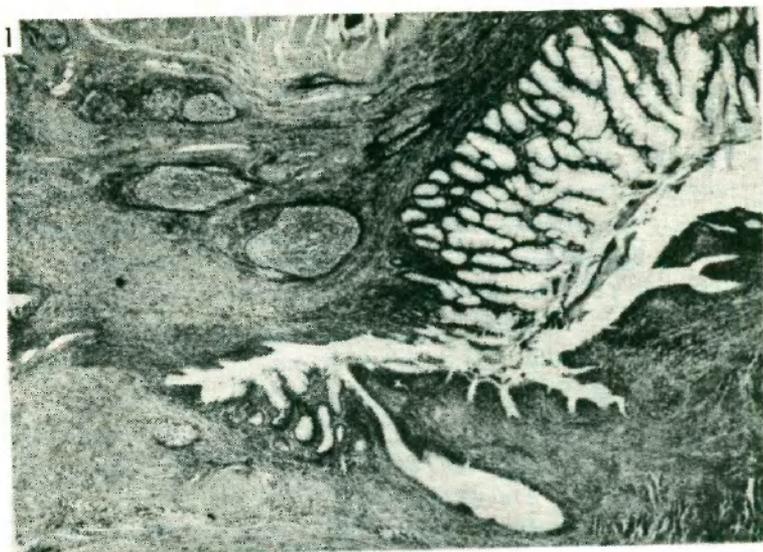
interna hay depósitos de detritus amarillentos, en unos casos combinados con fenómenos hemorrágicos y en otros, asiente de calcificación. No se logró demostrar que el quiste comunicara con la vejiga, a nivel de la porción reseca de la cúpula. La mucosa muestra algo de edema; el resto de la pared, algunos focos semitranslúcidos.

Exámen microscópico: la mayor parte del quiste ofrece los caracteres cicatrizales de un largo proceso crónico donde la retención de productos segregados y las hemorragias han jugado especial papel (fibrosis a veces hialinizada, granululomas con cristales de colesterol y pigmento sanguíneo; calcificación en forma de pequeñas calcosferitas). La porción próxima a la cúpula vesical (a la que pertenecen los cortos reproducidos en las figuras 1 y 2) presentan islotes de formaciones enteroides hasta con folículos linfoides (bien visibles en la 1) y abundancia de glándulas tubulosas, mucosecretantes, en hiperlasia adenomatosa, sin indicios de neoplasia agresiva. Ya en plena pared vesical donde se ven imágenes de transición entre estos elementos y los característicos de la mucosa de la vejiga, como es frecuente observar en los restos del uraco y sus tumores. Tampoco aquí hay signos de actividad neoplásica.

Diagnóstico: gran quiste de la cúpula vesical desarrollado a expensas de restos del uraco. Su mayor parte destruida y cicatrizada. Partes fijas a la pared vesical contienen porciones combinadas de ambas mucosas con algunos signos adenomatosos, sin indicios de agresividad.

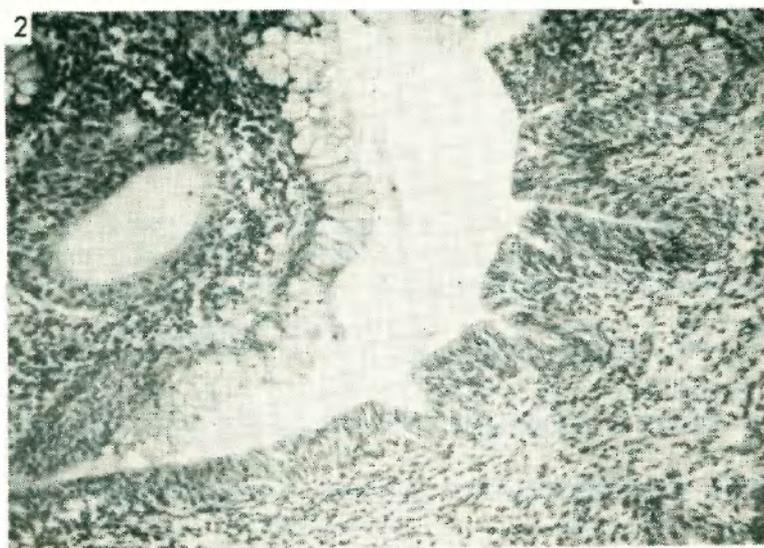
Conclusiones:

Se describe un caso de tumor quístico de la cúpula de vejiga por permeabilidad parcial intermedio del uraco con desarrollo glandular e hiperplasia adenomatosa, pero sin carácter agresivo.



1) Aspecto topográfico de un corte que abarca combinaciones de elementos de tipo intestinal y vesical. Coloración: hemalumbre y eosina. Aumento: 17 x (Zeiss, Microtar 35 mm).

TUMOR QUISTICO DE CUPULA VESICAL



2) Fotografía con más aumento que permite apreciar mejor las diferencias entre las mucosas de una y otra procedencia, en directa continuidad. Coloración: la misma. Aumento: 135x (Zeiss, Obj. apocr. 10x, Homal I).-

BIBLIOGRAFIA

- Allende, C. - *Bolet S. de Cirugía* - 1929.
 Allende, J. M. - *Quiste fistulizado del uraco* - 1929.
 Campell Begg, R. - *The urachus and umbilical fistulae* - 1927.
 Claret, Mackintosh, Fish - *Pio-uraco. Rev. S. Urología* - 1960.
 Fink, R. y Huber, F. - *Chronische Nabeleiterung, Verussacht durch eine Urachus-cyste*, 1964.
 Goñi Moreno, I. *Bolet S. de Cirugía*, 1936.
 Hurtado Hoyo, Delelli, Aguirre - *Quiste supurado del uraco. Rev. S. de Cirugía*, 1966.
 Laurence Jordan, R. Symonds, Johnson: *Urachal cyst abcess. Section of Surgery, Mayo Clinic.*
 Loyarte, H. - *Día Médico* - 1958.
 Pujoj A. y Venturini P. - *Rev. A. de Urología*, 1956.
 Wibert A. y Lascano González J. C.: *Quiste supurado de uraco abierto en peritoneo. Rev. As. Med. Arg.* 1939.