

QUISTE HIDATICO RETROVESICAL

Dr. R.I. Mathis, Dr. J. A. Goldaracena, Dr. C. A. Pascale, Dr. S. Kohan.

Los Helminthos cestodos del género *Echinococeus*, en su estado adulto, son parásitos intestinales del perro y del lobo, huéspedes definitivos y en su estado larval tienen varios intermediarios mamíferos.

En el hombre, que puede ser huésped intermediario accidental, las larvas generan en él la Hidatidosis o equinococosis hidatídica.

Es casi unánime la opinión de que las siembras de localización pelviana, son debidas a la ruptura de un quiste cuyo contenido en escólices es volcado a la cavidad peritoneal, llegando de este modo a localizarse en los fondos de saco y enquistarse, dando origen de este modo a una siembra secundaria, que luego por un proceso biológico llega a aislarse verdaderamente de la cavidad peritoneal, en un proceso de extra-peritonización. Tal patogenia fué señalada, en el año 1901 por Devé, en su Tesis a la Facultad de Medicina de París. Mencionaremos así mismo la teoría de la pediculización del quiste, implantado en alguna viscera (tal como el hígado) y que al romperse dicho pedículo caería todo el quiste en los fondos de saco y la teoría embolígena del parásito por vía hemática.

Varias son las ubicaciones de los quistes pelvianos relatados y así encontramos a) yuxtapuestas vesicales, anterolateral - b) retro vesical (en el fondo de saco de Douglas, entre vejiga y próstata) c) quistes perivesicales (en el espacio de Retzius y en el fondo de saco peritoneal anterior hipogástrico).

Nos ocuparemos, en el presente trabajo, del hallazgo de un quiste de localización retro vesical activo y con intensa sintomología urinaria.

Varias han sido las publicaciones que sobre el tema se han realizado desde Devé. En nuestro medio Surraco se ha ocupado largamente y la bibliografía nacional es extensa. Sólo pretendemos agregar un caso más de hidatidosis pelviana.

Esta afección es relativamente frecuente en la patología urológica, provocada por el equinococo y rar estadísticamente en la de localización general. El quiste resulta ser por lo general único y rara vez calcificado y si frecuentemente infectado.

Como indica Surraco, topográficamente el quiste ocupa el espacio retro vesical, apoyándose sobre el ángulo vesico-vesicular, de esta manera presiona el confluente uretero-espermático y la cara posterior de la vejiga provocando en ella según su ubicación, el levantamiento (si presiona en los 2/3 inferiores) o su aplastamiento (si presiona en 1/3 superior). Distiende los ureteres, los desvía y los presionan. Comprime (siempre tratándose de quiste bajos) el cuello vesical o producen el alargamiento y desviación de la uretra posterior con lo que impidiendo el vaciamiento vesical llevan a la retención y a la distensión.

Así mismo, los quistes altos, que comprimen la vejiga de arriba abajo, la extienden lateralmente, con lo que impiden su vaciamiento regular favoreciendo su distensión. En los grandes quistes de ubicación baja, su presencia provoca la desviación del ansa signoidea y comprime el recto contra la concavidad sacra.

Evoluciona del peritoneo al exterior y una vez extraperitonizado se desarrolla en el espacio retro vesical. El caso que pasamos a relatar se trataba de un joven de 22 años. C. A. de profesión albañil, de residencia habitual en el campo (Entre Ríos), que ingresa en el servicio de Urología del Hospital Alvear, el 23/7/68 cuyo resumen de historia clínica No 4493 es el siguiente:

Los antecedentes personales y hereditarios no ofrecen datos de interés.

Comienza hace 30 días, en plena salud, con un episodio de retención completa de ori-

QUISTE HIDATICO RETROVESICAL

na. Fue sondado y se le dejó sonda a permanencia durante dos días, al cabo de los cuales recuperó la micción.

Cuando ingresa en nuestro servicio, lo hace con un estado general bueno, siendo su aparato cardiocirculatorio y respiratorio normal.

Su abdomen es discretamente globuloso.

Los datos de verdadero interés se registran en el aparato urinario, en la parte inferior del mismo pués en hipogástrico se palpa una tumoración que pelotea, blanda y móvil. Al efectuarle un tacto recta, comprobamos que el esfínter es tónico, la mucosa rectal esta sana y palpamos una enorme masa que ocupa toda la región prostática, perdiéndose sus límites hacia arriba y hacia los costados; y que en la palpación combinada, la ubicamos perfectamente en hipogástrico, muy móvil, blanda e indolora.

Los análisis que efectuamos de rutina, de sangre y orina son normales y en la fórmula leucocitaria encontramos una eosinofilia del 14%.

Realizamos la intradermoreacción de Cassoni siendo positiva cuatro cruces (++++).

El estudio radiológico revela un tórax normal. Se le efectúa un colon por enema y evacuado con buen relleno de la ampolla rectal y marco colónica, con muy buena evacuación.

El urograma revela en la placa simple, imágenes calcificadas en la región hepática, y las placas contrastadas una buena función renal secretoria y evacuadora. Imágenes pielocaliciales y ureterales normales.

Vejiga de contornos lisos, comprimida extrínsecamente hacia abajo en forma similar a una impresión uterina. Se intenta efectuar cistoscopia, pero fue imposible introducir al aparato. A propósito de esto, mencionaremos que este hecho fue descrito por lacapraró, en el seno de esta sociedad, explicando que por la deformación de la uretra, es posible efectuar el cateterismo con sonda e imposible la introducción del cistoscopio.

En síntesis diremos: se trata de una tumoración retro vesical aparentemente renitente, que se palpa por tacto rectal y en hipogástrico, sobre la línea media, apreciándose mejor con el tacto bimanual. Nos muestra una integridad radiológica y funcional del aparato urinario y así mismo del recto y marco colónico.

Enfermo que reside habitualmente en el campo y que hallamos una eosinofilia con una Intradermareacción de Cassoni (++++).

Operamos con diagnóstico de quiste hidático retro vesical activo.

25/7/68.- Cirujano - Profesor R. Mathis - Ayudantes - Dr. C. Pascale - S. Kohan - Anestesia general con Pentotal.

Incisión mediana infraumbilical.- Abierto el plano músculo aponeurótico se constata la vejiga desplazada hacia adelante y arriba. Se la diseca y se reclina el peritoneo muy adherido, que se abre y se explora de esta manera todo el contenido abdominal, no encontrándose otra tumoración palpable. Se libera el peritoneo de la tumoración retrovesical, hasta descubrir su cara anterior. Se cierra la brecha peritoneal, con jeringa se aspira contenido de la tumoración, obteniéndose líquido cristalino.

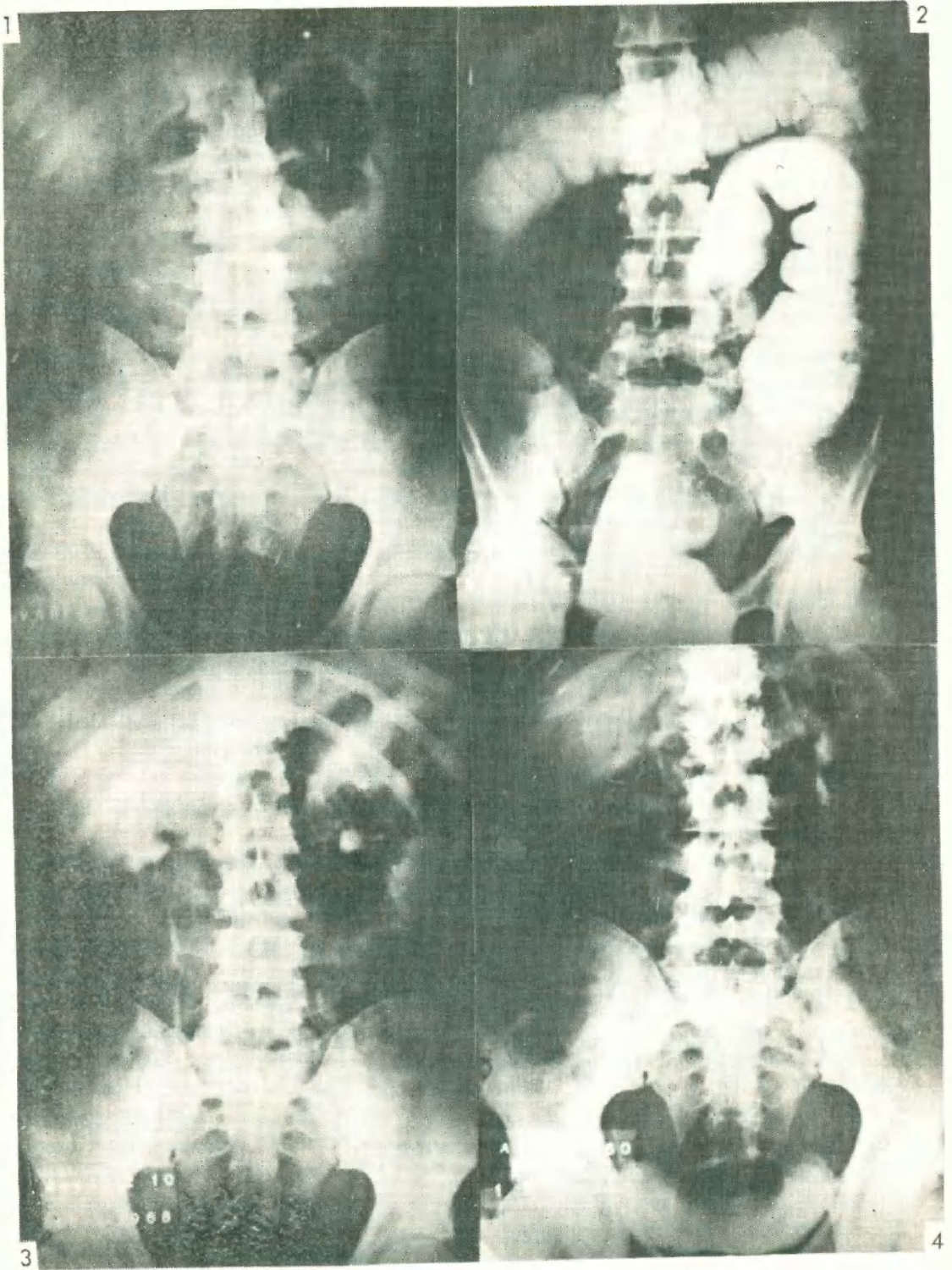
Se inyecta formol al 10% (6 cms³). Se punza con trocar de aspiración, saliendo gran cantidad de vesículas hijas. Luego se extraen todas las vesículas y la membrana germinativa.

Se coloca grueso tubo de drenaje en la cavidad, cierre por planos, dejando adherida la pared quística a la aponeurosis. Se coloca drenaje de la zona periquística y sonda por uretra que se retira a los cinco días.

El enfermo evoluciona perfectamente, dándole de alta para ser controlado por C. E. a los 20 días de operado, permaneciendo aun con el tubo de drenaje que se recorta a medida que aflora.

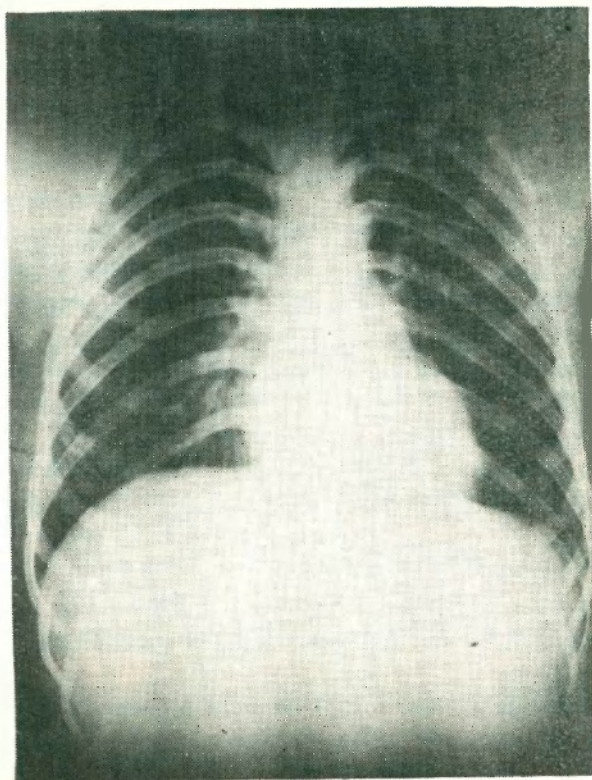
Resumen: Se presenta un caso de quiste hidático retro vesical activo, dianosticado a raíz de una retención completa de orina y confirmada con las reacciones biológicas y por la intervención quirúrgica.

En esta oportunidad, si bien hay algunos autores que realizan el cierre total del quiste hemos preferido su marsupialización, conducta que nos pone a cubierto de infecciones secundarias cuya frecuencia ha hecho notar el Dr. Surraco (de Montevideo), en forma sistemática.



1) Radiografía simple de árbol urinario. 2) Colon por enema. 3) Urograma de excreción (10'). 4) Urograma de excreción (60').

QUISTE HIDÁTICO RETROVESICAL



5) Radiografía de tórax (frente)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Surraco - Bouearrere y Diaz Castro. (2do. Congreso americano y Iro. Argentino de Urología - 1937) - (Quiste hidático retrovesical).
- 2.- Rodolfo I. Mathis - Quistes hidáticos retrovesical e interperitoneal.
- 3.- Revista Argentina de Urología - Setiembre. Octubre 1940.
- 4.- Quiste hidático retrovesical. Ricardo Ercole - Revista Argentina de Urología (1948).
- 5.- A. Casal - Quiste hidático prevesical calcificado - (Revista Argentina de Urología (1948).
- 6.- Ahumada J. C. - Belaustegui E. - Cariglia A. Hidatidosis pelviana (Actos y trabajos 2do. Congreso Nacional de medicina 1: 304 - 1923.).
- 7.- Albarracín J. Kyste Hydatique pre-vesical - Soc. de Chir. 26-161 - 1900.
- 8.- Delvet P. Tumeurs para vesicales - Kystes Hydatiques - Encyclop. Franc. d' Urol. Tomo 4 p. 928. Paris 1921.
- 9.- Dimopoulos C. (Athenes) - Kyste Hydatique retrovesical, associé a un adenoma prostatique (a propos de deux cas) - Journal d'Urologie et de Néphrologie (73 - 1967 N° 1-2 pp. 89 - 92).