

QUISTE HIDATIDICO INTERVESICO RECTAL

A propósito de dos observaciones

Por los Dres. NESTOR SANTUCHO y CARLOS A. SCORTICATI

La quístosis intervésico-rectal es una de las localizaciones que puede tener la hidatidosis peritoneal. El fondo de saco de Douglas, por ser el sitio más declive de la cavidad peritoneal, presenta condiciones predisponentes para anidar los escólices provenientes de la apertura de quistes hidatídicos primitivos, de localización hepática o esplénica preferentemente.

Estos quistes derramados en la cavidad peritoneal, sufren su metamorfosis en los sitios que por razones naturales le resulten más propicios: el fondo de saco intervésico-rectal es uno de ellos.

Si bien, como hemos dicho, esta ubicación es generalmente secundaria, la hidatidosis intervésico-rectal primitiva, aunque muy rara, no puede ser descartada y es posible, así lo destacaron Arce, Ivanissevich y Rivas, pues el embrión hexacanto, vehiculizado por vía sanguínea se puede implantar en dicho lugar.

Nuestro país, eminentemente ganadero padece desgraciadamente de las estadísticas mundiales más importantes de hidatidosis humana. Ello quedó reflejado en las Jornadas Latinoamericanas de Hidatología de 1964 en la que los doctores Ferro y Lapenta realizan el estudio de 11.589 casos, obtenidos del Registro Nacional de Enfermos de Hidatidosis desde 1935 hasta 1964.

De todos ellos, encuentran tan sólo 41 con localización en el fondo de saco de Douglas, lo que equivale al 0,35 %. Casiraghi, por otra parte, entre 546 casos encuentra 18 con localización retrovesical.

Vemos así que la ubicación de quistes hidáticos en el espacio de Douglas coincidiendo con hidatidosis peritoneal, no es excepcional, por el contrario, diríamos que es selectivamente preferencial según las razones antedichas. Aún los quistes intervésico-rectales que se han extraperitonizado por la reconstitución del peritoneo por encima de ellos, no pierden por eso su relación etiopatogénica con la hidatidosis peritoneal. Este concepto debe ser tenido en cuenta, cuando con diagnóstico de presunción o de certeza, se decide intervenir un quiste intervésico-rectal, prefiriendo como es lógico el abordaje suprapúblico para tratar, si fuera necesario, otras localizaciones peritoneales de la misma enfermedad.

Por otra parte la situación de un quiste hidatídico en el espacio de Douglas no es suficiente razón para que exteriorice sintomatología urológica; es necesario que éste tenga determinada ubicación y adquiera suficiente tamaño para que modifique la dinámica evacuatoria véscouretral. Los dos casos aquí relatados se manifestaron por ello: la retención urinaria. Por esa razón los presentamos para ser considerados.

Caso 1: Edad, 40 años, traído a la consulta por presentar retención aguda de orina.

Entre los antecedentes, registra el haber sido operado por quiste hidatídico de hígado varios años antes.

Buen estado general, dolorido por la retención urinaria, y un gran globo vesical que se evacúa mediante el tránsito fácil de una sonda béquille. Al tacto rectal se constata la cara anterior del recto ocupada por una formación

redondeada, simétrica, sin surco medio, móvil, lisa, muy elástica y casi renitente, de bordes difusos y del tamaño de 8 x 8 cm, aproximadamente.

Se opera en octubre de 1965. Abierta la pared se constata masa intraperitoneal dentro de la pelvis menor, que eleva y rechaza la vejiga; abierto el peritoneo hallamos una tumoración quística de 10 x 10 cm ubicada detrás de la vejiga y en cara anterior y lateral del recto. Con el antecedente previo de hidatidosis hepática y ante el aspecto morfológico de la lesión, se pensó estar en presencia de un quiste hidatídico intervésico-rectal. Por disección roma y previa sección de la adventicia se realizó sin gran dificultad la exéresis del quiste.

El examen del resto de la cavidad abdominal no comprobó la presencia de otros quistes. Fue abierta la vejiga no constatándose patología cérvico-uretral.

La evolución fue normal, recuperando la micción espontánea y sin dificultades. El control a los 5 años no demuestra signos de recidiva.

Caso 2: Edad, 75 años, retención aguda de orina.

Fue operado por quiste hidatídico de hígado en 1928 y por quiste hidatídico de bazo en 1933.

El examen demuestra un globo vesical que se evacúa con sonda uretral, la cual se deja en permanencia. Al tacto se halla la cara anterior del recto ocupada por formación central elástica, de consistencia quística, redondeada e indolora, de aproximadamente 7 x 8 cm y de bordes difusos. Al intentar hacer la cistoscopia dicha maniobra fracasa en dos oportunidades debido a la imposibilidad de pasar el cistoscopio; en esta forma comprobamos este signo descrito por Iacapraro y recordado en la publicación de Mathis de 1968, en nuestra Sociedad. Dicho signo evidenciaba que era posible pasar una sonda blanda que se adaptaba a las acodaduras de la uretra provocada por el quiste y resultaba imposible colocar un instrumento rígido como el cistoscopio. La reacción de Casoni era positiva.

Con el diagnóstico presuntivo de quiste hidatídico intervésico-rectal se opera: incisión mediana infraumbilical; es abierto el peritoneo hallándose el fondo de saco de Douglas ocupado por una formación tumoral, redondeada, lisa y renitente, de 10 x 10 cm.

Ya confirmada su estructura quística se prepara el campo protegiendo el intestino y la cavidad peritoneal. Al fracasar, por resultar impracticable, la exéresis del quiste, se decide la apertura del mismo seccionando previamente su cubierta peritoneal, pues el quiste se hallaba autoextraperitonizado.

Una vez drenado se marzupializa a piel mediante tubo de drenaje el cual se deja 15 días. En el resto de la cavidad abdominal no se comprueban otros quistes. Se explora vejiga no hallándose patología circvicouretral. Alta a los 20 días orinando normalmente.

Es visto nuevamente a los 5 años, en 1970, otra vez en retención aguda de orina. Se coloca de nuevo sonda permanente. Ahora el tacto rectal brinda la palpación de una próstata muy aumentada de tamaño, de superficie irregular y consistencia casi pétreo. Ante la sospecha de que se trate de una neoplasia de próstata se hace punción biopsia perineal. Al introducir la aguja de punción se ve salir, con sorpresa, líquido como agua cristalina, cuyo posterior examen demostró la existencia de ganchos y escólices. Pocos días después se produce la salida por el recto de abundante líquido con eliminación de vesículas hidatídicas, mejorando notablemente las molestias del enfermo.