

Entiendo que lo prudente hubiera sido comenzar con la urografía excretora, dado que si en el riñón poliquístico se agrega la infección, el pronóstico se agrava notablemente.

Sr. Contreras. — Debo aclarar que habitualmente no hacemos de entrada los exámenes endoscópicos sino cuando nos encontramos con problemas.

Creo que no he sido suficientemente categórico en puntualizar el estado en que nos llegó el enfermo.

Les aseguro que fue uno de los pocos pacientes en los que estuvimos de acuerdo en hacerle la endoscopia como primera medida. Además, no teníamos ningún elemento de juicio para adoptar una conducta más prudente.

Agradezco la contribución del doctor Steinberg, en todos sus conceptos.

En lo que no estamos de acuerdo es en la edad límite señalada, porque creo que éste es nuestro quinto paciente con una poliquistosis renal que ha pasado los 50 años.

Instituto Gral. San Martín
La Plata, Buenos Aires

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
Sociedad Arg. Urología, 22-7-71

TUMOR LATERO PRE-VESICAL

Por los Dres. N. J. VIGO, J. J. GATTI, A. R. PRAT y S. CARRIZO

Se presenta un caso de tumor prevesical que por su estudio histopatológico y localización constituye una rareza.

CASO CLÍNICO:

H. G., 18 años, soltero, H. C. 1804, oriundo de la zona urbana de Berazategui, nos consulta el 15/3/71 por dolor lumbar bilateral, sordo sin irradiación, continuo y de regular intensidad. Concomitantemente disuria, polaquiuria e hipertermia (39°C), manifestaciones todas que vienen evolucionando en forma insidiosa desde hace 2 días.

Nueve días atrás, presentó una uretritis supurada que cedió con Neo Combicilina 1.500, 1 ampolla I.M. c/12 hs. en total VI y Epiteiol C, 1 comprimido c/6 hs.

Al examen presenta puño percusión positiva bilateral y dolor a la palpación profunda en flanco derecho. Se indica Rx. simple de árbol urinario, U. E., recuento, fórmula, eritro, urea, glucemia, análisis de orina y recuento de Addis de 12 hs. Se medica con Estrepto-Quemisetina 1 ampolla I.M. c/12 hs. en total VI.

Los análisis de laboratorio de fecha 19/3 revelan una discreta anemia normocítica (hto. 38 %), 10.800 leucocitos y fórmula normal al igual que la urea y glucemia; la eritrosedimentación es de 110 en la primer hora y el recuento de Addis de 12 hs. informa 2.100.000 leucocitos y 5.000.000 de hematíes, resto de análisis s/p. El estudio radiográfico fecha 22/3 revela la vejiga bien lateralizada hacia la derecha, como si algo estuviera comprimiéndola desde su parte posterior izquierda. Al observar esto se efectúa tacto rectal, palpándose una tumoración lisa renitente y dolorosa, aparentemente no correspondiendo a zona prostática ni a zona retrovesical. Se indica internación, continuando con Estrepto-Quemisetina.

Se interna el 26/3 y su estado actual en ese momento es el siguiente:

lúcido, afebril, decúbito activo indiferente. Piel discretamente pálida, elástica, con escaso panículo adiposo. Ganglios no se palpan. Conjuntivas rosadas. Lengua húmeda, algo rojiza. Faringe congestiva. Cuello normal. Aparato respiratorio s/p., respiración 24/min. Aparato cardiovascular: se palpa choque de la punta en tercer espacio intercostal izquierdo, auscultación normal. T.A. 120/60, pulso 80/min., regular y rítmico. Abdomen blando, depresible, indoloro a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho, resto s/p. Aparato urogenital: uretra permeable, no retiene, pene y bolsas s/p.; riñones no se palpan; punto ureteral superior derecho doloroso al igual que la puño percusión de ese lado. Resto del examen clínico s/p.

El 29/3 se efectúa cistoscopia con Fabontal, confirmándose lo visto anteriormente en la Rx., es decir el rechazamiento hacia la derecha de la vejiga, cuyas paredes por otra parte son normales, el trigono se encuentra ligeramente congestivo al igual que el cuello en su vertiente izquierda que se halla desplazado hacia la derecha, por lo mismo el meato ureteral de ese lado también se encuentra desplazado. Aprovechando la anestesia general se practica tacto rectal bimanual, palpándose una masa sólida aunque no dura a través de la pared abdominal, localizada en fosa iliaca izquierda que pelotea. Se retira orina para citología exfoliativa, no observándose en la misma elementos celulares. Se indica uretrocistografía frente y ambas oblicuas con perineumovejiga; urocultivo cuali y cuantitativo y reacción de Casoni e Imaz, Lorenz y Ghedini.

El estudio radiográfico indicado se efectúa el 2/4 observándose en el mismo que la vejiga se encuentra comprimida por su cara anterior, lateralizada hacia la derecha y elevada, mientras que el aire penetra perfectamente bien ambos lados de la misma.

El urocultivo de fecha 3/4 informa estreptococos y estafilococos en número de 1.000 gérmenes/cc., sensible al Quotal y Rifadín. Se medica con este último a razón de 1 cápsula c/8 hs.

Las reacciones para quiste hidatídico de fecha 7/7 son negativas. Se indica laparotomía exploradora.

Se opera el 12/4. Protocolo operatorio: Cirujano: Dr. Vigo; Ayudantes: Dres. Contreras y Prat; Anestesia: general. Se efectúa incisión en palo de hockey en fosa iliaca izquierda, ampliada hacia la derecha, seccionando los músculos rectos anteriores y las vainas correspondientes; se abre peritoneo no observándose ninguna anormalidad, mientras que se observa y se palpa una tumoración semi sólida, del tamaño de una naranja, látero prevesical izquierda, íntimamente adherida al pubis. Por fuera de peritoneo se disecciona el tumor capsulado cuyo pedículo de consistencia cartilaginosa implantado en pubis es imposible reseccionar por completo. Se cierra por planos reconstituyendo los rectos con su vaina y dejando drenaje en tubo de goma del espacio prevesical.

Se indica Penicilina 1.000.000 de U. c/8 hs. y Estreptomycin 1/2 gr. c/12 hs. Suero fisioglucosado vitaminado 1.500 c.c. y Novalgina si hay dolor. A posteriori de la operación se abre el tumor, encontrándose en su interior abundante líquido sanguinolento, la superficie interna presenta láminas brillantes, nacaradas, de color blanco. El material excluido se envía a Anatomía Patológica.

13/4: post operatorio normal. El 14/4 se retira el drenaje prevesical y continúa con antibióticos.

El 18/4 nos envían el diagnóstico histopatológico siguiente informado por el Dr. R. Laquens: material constituido por tejido de granulacion inespecifico con abundantes depósitos de colesterol. De acuerdo a esto se solicita colesterolemia la que es del orden de los 130 mgrs. %. Es dado de alta a los 10 días de operado con la herida quirúrgica perfectamente cicatrizada.

A los 45 días de operado se le efectúa U.E. de control el que es perfectamente normal.

Con fecha 1/7 se le efectúa electroforesis sérica cuyo resultado es el siguiente: Proteínas totales 90 gr/.000; Albúmina 41,40; Globulinas alfa 1, 4,15; alfa 2, 8,16; Beta 9,40 y Gamma 15,89 gr./1.000.

El proceso del cual nos ocupamos es un Colesteatoma, tumor poco común en las vías urinarias, no obstante existen descripciones del mismo en diversos sectores de la economía, tales como la base del encéfalo, el conducto raquídeo donde por lo general se continúa con las meninges, el conducto auditivo externo, la pleura, etc. Son formaciones de tipo tumoral, de estructura foliada constituida por laminillas o escamas blancas, nacaradas. Histológicamente están formadas por células epiteliales queratinizadas, a menudo dispuestas en capas concéntricas; alrededor de estas masas hay una cubierta de tejido conjuntivo.

En los relatos publicados sobre el tema tanto por autores nacionales como extranjeros, la interpretación que se da sobre el origen del Colesteatoma es diversa. Baruffaldi y Candiani creen en la influencia de factores locales que favorecerían el depósito de colesterol. Teoría que se apoya en parte en la cronicidad de la evolución de las lesiones, generalmente traumáticas que coexisten con el depósito colesterósico; es así como De Marco y Ceccamea describen en 1962 un caso de paquivaginitis colesterósica y suponen que la serosa inflamada sería más permeable al colesterol, vehiculizado por los elementos sanguíneos, leucocitos y hematíes. Pagliere, Scorticati y Soldano entre nosotros, publican la observación de un paciente que al ser operado de una epididimitis crónica bilateral con hidrocele, uno de ellos resultó ser colesterósico, es decir en el líquido del mismo había depósito de cristales de colesterol. Otros autores interpretan la patogenia como un trastorno metabólico general, Guido y colaboradores citan como más aceptable la opinión de Desbordes y otros, según la cual en los antiguos exudados se invierte la relación albúmina globulina por transformación progresiva de la primera en esta última y esta inversión sería la causa de la precipitación de colesterol.

Por nuestra parte nos limitamos a traer a la consideración de los consocios esta forma de tumor prevesical que creemos poco frecuente, sin antecedentes traumáticos, inflamatorios crónicos o alteraciones metabólicas de ninguna naturaleza.

BIBLIOGRAFIA

- Baruffaldi, O. y Candiani, G.: Riv. Anat. Pat. Oncol., 4, 1131, 1951.
 De Marco, S. y Ceccamea, A.: Sulla pachivaginitis colesterinica. Policlinico Sez. Prat., 69, 120-129, 1967.
 Guido, J. J.; Gennaro, O.; Lloveras, J. y Bessaso, H. O.: Pleuresia colesterinica. Rev. Asoc. Méd. Arg., 81, 115-121, 1967.
 Pagliere, H.; Scorticati, C. y Soldano, E.: Hidrocele colesterósico. Rev. Arg. de Urología y Nefrología, vol. XXXVI, p. 74-75, 1967.

DISCUSION

Dr. Delporte. — Yo diría que los tumores paravesicales son bastante infrecuentes.

Pero últimamente, a fines del año pasado tuvimos oportunidad de ver un paciente con un enorme tumor paravesical ubicado en fosa ilíaca derecha. Era un hombre de 60 a 65 años que llegó a la consulta porque había empezado a desde pocos días atrás discretos trastornos de próstata. Al examen se encontró una tumoración que parecía un globo vesical. Se comprobó que en vejiga no