

TRABAJO ORIGINAL

Trabajo de adscripción, correspondiente  
al 3er. año; Prof. Dr. MARAINI

Por el Doctor

**GUILLERMO IACAPRARO**

## **QUISTE HIDATICO RETROVESICAL EN EL HOMBRE. - SU ESTUDIO**

### INTRODUCCION

Los quistes hidáticos retrovesicales se presentan en el hombre en regla general con un cuadro sintomático neto y constante y en muchas ocasiones son causa de complicaciones muy graves.

Es por este motivo que merecen por su sintomatología especial un estudio particular y no debemos englobarlos con los quistes pelvianos de la mujer.

Habiendo tenido oportunidad de seguir personalmente 4 casos, 2 de ellos inéditos, hemos creído conveniente hacer un modesto trabajo de conjunto sobre esta localización de la hidatidosis, indiscutiblemente digna de toda atención, máxime teniendo en cuenta que después de la hidatidosis renal es la localización más frecuente que observamos nosotros dentro del campo de la Clínica Urológica.

Sobre hidatidosis pelviana existen numerosos trabajos, algunos de ellos de gran valor, y en los cuales se considera a estos quistes como nacidos en la pared vesical o en plena masa de tejido prostático.

Es indudable que la hidatidosis puede originarse en cualquier órgano, pero lo cierto es que, para afirmar su localización visceral es indispensable su demostración anatómica. Es por ello que deben ser considerado como retrovesicales la mayoría o todos los quistes que se atribuye su origen a vejiga o próstata.

Ya en 1687 Tyson relata un caso de quiste retrovesical que antes de abrirse en la vejiga, había comprimido los uréteres, provocando una dilatación del árbol urinario que transformaba los riñones en 2 sacos membranosos.

Sibille en 1755 relata el caso de un paciente que en el momento

de ser sondado por estar en retención completa, gritó acusando sensación de desgarró en la pelvis, al mismo tiempo notaba que se formaba en el periné, una tumoración grande que a los pocos días se ulceró dando salida a hidátides.

Hunter en 1793 y Richter en 1797, relatan casos interesantes de hidatidosis pelviana en el hombre, pero es recién Charcot en 1852 quien publica un interesante trabajo sobre los quistes de la pequeña pelvis llamando la atención sobre la frecuencia de esta localización y su sitio anatómico.

A reglón seguido se hacen numerosas publicaciones; Davaine en su clásico tratado reúne 19 observaciones, Neisser relata 35 casos en toda la estadística mundial.

Casi todos los trabajos de conjunto se refieren o bien a hidatidosis pelviana en la mujer o bien consideran ambos sexos.

Es por ello que mi intención única es ocuparme de los quistes hidáticos retrovesicales del hombre los cuales por su asiento anatómico y sintomatología justifican un cuadro clínico importante y preciso dentro de la patología urinaria.

Tuffier en un interesante trabajo sostiene que los quistes pelvianos en el hombre son todos retrovesicales y preconiza la vía hipogástrica para operarlos.

Interesantes trabajos son los de Lavigne, la tesis de Getten, de Monille, de Lhuillier y sobre todo, los importantes trabajos de Devé que es a quien debemos el estudio claro de la patogenia de estos quistes.

Los quistes hidáticos de la pelvis son frecuentes, Lavigne en orden de frecuencia los coloca después de los de hígado, pulmón y cerebro.

Esto se explica fácilmente si se tiene en cuenta que en la mayoría de las estadísticas se engloban ambos sexos y se consideran además, los quistes hidáticos de los huesos de la pelvis.

Si nos atenemos únicamente a los quistes retrovesicales del hombre, las observaciones son muy escasas.

Cranwell y Herrera Vegas los que más se han ocupado entre nosotros de la hidatidosis, en su trabajo del año 1901 sobre un total de 970 casos encuentran 35 que se refieren a quistes de la pequeña pelvis de la mujer y solamente 5 casos de quistes retrovesicales del hombre.

En 1907 Cranwell agrega a sus numerosas observaciones 4 casos más, y llama la atención de que cuando a los quistes pelvianos se agregan quistes abdominales múltiples se engloban dentro del término de hidatidosis peritoneal y no de hidatidosis pelviana.

La localización de estos quistes originó en un principio discusiones; Charcot sostenía que eran primitivos y se organizaban en el tejido celular, Davaine era de igual opinión, Legrand trata de probar que existen quistes hidáticos vesicales, Plantz-Mauxion en su tesis relata 3 casos de hidatidosis prostática.

Butrille encuentra en una autopsia un quiste multilocular transparente ubicado en el tejido prostático pero sin las características de un hidático.

Tillaux presenta un caso de quiste hidático de próstata en la Sociedad de Cirugía de París, que fué puesto en duda después de las lógicas reflexiones de Marchand y Perier.

Nicaise sobre 33 casos de hidatidosis pelviana del hombre deduce que si bien teóricamente es posible aceptar la localización prostática no se posee todavía observación que acepte una severa demostración y confirmación anatómica.

Por ello Cranwell en sus estadísticas considera y con justa razón a todos los quistes consignados como vesicales o prostáticos como retrovesicales.

Hoy día todos los autores están de acuerdo que los quistes de la pelvis en el hombre se desarrollan en el tejido celular subperitoneal del fondo de saco vesíco rectal, allí en su evolución adquieren adherencias con el recto y sobre todo con la vejiga y la próstata debiéndose a ello el error de considerarlos, originándose en estos órganos. Esto, no invalida que pueda existir un quiste hidático originado en la próstata o en la pared vesical, pero es tan excepcional su existencia que prácticamente conviene ignorarlo.

La finalidad del presente trabajo, es llamar la atención sobre la importancia que tiene en Urología la hidatidosis retrovesical.

Es a nosotros a quien muchas veces estos enfermos nos consultan por primera vez, dado que, como veremos en el curso de la exposición, la sintomatología urinaria predomina en ellos. Es por lo tanto mi intención hacer de este tema, un capítulo dentro de la Clínica Urológica; por la relativa frecuencia que el especialista puede

estar llamado atender un enfermo portador de un quiste hidático retrovesical.

#### RESUMEN PARASITOLÓGICO

A efectos de hacer clara la exposición creemos conveniente un breve resumen de la evolución del parásito.

El quiste hidático es producido por la tenia equinococo la que en su evolución necesita dos huéspedes: el intermediario y el definitivo.

El hombre es el huésped intermediario habitual lo mismo que el ganado vacuno; el perro es el huésped definitivo.

Este animal (perro) alberga en su intestino la tenia equinococo, pequeña, (4 a 6 milímetros), constituida por 4 anillos, el último de los cuales contiene los huevos, que llegados a su madurez caen al intestino.

Estos huevos contaminando el agua, verduras y pastos, son ingeridos por el hombre en el estómago del cual es disuelta la cutícula dejando en libertad un embrión exacanto (seis ganchos).

A través de las paredes del estómago o más frecuentemente del intestino, este embrión gana los capilares de la vena porta llegando al hígado donde se detienen pudiendo sin embargo, seguir por la circulación suprahepática y llegar como veremos a cualquier parte del organismo.

*Modificaciones del embrión exacanto.* — El embrión fijado en una víscera o tejido, aumenta de volumen, alcanza al tamaño de una cabeza de alfiler, y durante este crecimiento la irritación de los tejidos del órgano en el cual se aloja le constituyen una verdadera membrana de envoltura que lo aísla completamente, membrana cuya formación, como digo, es a expensas de tejidos del órgano (adventicia).

El embrión se modifica, pierde sus ganchos, su contenido sólido se ahueca en el centro y se transforma en una pequeña esfera de contenido líquido: la hidátide. Esta crece lentamente, su pared blanca como clara de huevo se compone de 2 capas, la externa espesa, refringente y amorfa llamada cutícula, la interna sumamente delgada llamada capa germinativa en cuya superficie interior la tapizan pequeños granos blancos que le dan aspecto granuloso.

Ambas capas íntimamente unidas se extraen siempre juntas. Llenando la hidátide hay un líquido claro, agua de roca, aséptico, de débil densidad (1.010) y con 7 ‰ de cloruro de sodio.

Tal llegada la hidátide a cierto desarrollo es un animal quístico sin cabeza: el acefalocisto de Laenec.

Este, a medida que crece, alberga en su interior gérmenes específicos, unos microscópicos (cápsulas prolíferas y escólex), otros macroscópicos (vesículas hijas).

Los primeros son los pequeños granos blancos que mencionamos en la cara interna de la germinativa, los cuales se desprenden fácilmente y se acumulan en la parte declive del quiste formando como una arenilla blanca.

Por lo tanto las cápsulas prolíferas nacen en la membrana germinativa como brotes huecos, se pediculizan y caen en el quiste, llevando en su interior de 1 a 50 escólex, éstos son verdaderas cabezas de tenia con ganchos y 4 ventosas.

Los escólex nunca nacen de la membrana germinativa, siempre en las cápsulas prolíferas, y cuando se rompe la pared de éstas, los escólex nadan en forma de finísimo polvo en el líquido hidático.

El quiste como dijimos también tiene en su interior, vesículas hijas o hidátides que nacen entre dos láminas de la cutícula probablemente a expensas de elementos germinativos erráticos.

Estas vesículas crecen, ganan la superficie interior del quiste y caen en su cavidad en la cual nadan; estando a su vez ellas constituidas igualmente por una cutícula espesa, tapizada por una membrana germinativa, y conteniendo cápsulas prolíferas, escólex y vesículas nietas.

Son, como luego veremos, los escólex los que liberados por la rotura de un quiste constituyen el origen de un hidático secundario.

Estos escolex al no encontrarse en su huésped definitivo, en lugar de generar una tenia, sufren por evolución particular de elementos protoplasmáticos, transformaciones tales que lo hacen aparecer como embrión exacanto y nuevamente se genera un quiste para continuar viviendo en el huésped intermediario (hombre).

#### P A T O G E N I A

¿Es primitivo o es secundario un quiste hidático retrovesical? En lo que respecta a la patogenia, al decir retro vesical queremos

significar quiste pelviano, y sin abundar en consideraciones de orden histórico apresurémonos a decir que hoy día se aceptan como secundarios la gran mayoría de los quistes situados en la cavidad pelviana.

Esta deducción está plenamente demostrada y es a Devé a quien debemos la gran mayoría de los estudios serios realizados.

El origen secundario de estos quistes se basa en tres clases de argumentos: Clínicos, Anátomo patológicos y experimentales:

1º *Argumentos Clínicos.* — Son indudablemente de valor y entre ellos podemos considerar:

- a) El antecedente que existe muchas veces de la rotura espontánea o traumática de un quiste hidático de hígado precediendo en un tiempo más o menos largo a la aparición de síntomas urinarios o intestinales provocados por el desarrollo en la pelvis de un tumor de naturaleza quística.
- b) La coexistencia de un tumor pelviano quístico confirmado por la palpación hipogástrica y el tacto rectal, con otros tumores de iguales características de evolución silenciosa y que pueden palparse en distintas partes del abdomen.

2º *Argumentos Anátomo Patológicos.* — Muchas veces los quistes hidáticos de la pelvis, situados bajo la serosa son varios, están asociados a otros quistes peritoneales, localizados en el epiplón, fosa ilíaca, etc. Por otra parte es frecuente observar lesiones de peritonitis crónica (bridas, adherencias, sinfisis parciales) elementos anatómicos que indican un viejo proceso de inflamación peritoneal provocado por la rotura de un quiste.

3º *Argumentos experimentales.* — Si no fueran de suficiente valor los elementos anteriormente enunciadados, los brillantes estudios experimentales de Devé serían ellos por sí solo suficientes para sentar categóricamente la teoría secundaria de la gran mayoría de los quistes pelvianos.

Repetimos que es Devé quien más se ha ocupado de esto y es por ello que sus reflexiones son de mucho valor.

Realiza él, la inoculación en el peritoneo del conejo de elementos hidáticos (vesículas, cápsulas prolíferas, escolex), y observa que



estos elementos se desarrollan; pudiendo constatarse al cabo de algunas semanas que se hallan enquistados y tapizados por la serosa peritoneal.

Trabajos realizados por Lebedeff y Andreef en 1889, de Stadnitzky en 1890, y de Alexinsky informan ellos también que la inoculación va seguida de enquistamiento de los elementos hidáticos ubicándose en su gran mayoría en la pelvis. Excepcionalmente los elementos se desarrollan libremente en el peritoneo.

A este respecto Devé cita un caso experimental propio en el cual observó después de 2 años de inocular líquido hidático en el peritoneo de un conejo, la evolución junto con quistes del epiplón de localización subserosa, un voluminoso quiste del tamaño de una naranja, libre y de completa movilidad dentro de la cavidad abdominal sin que el peritoneo tuviera lesión inflamatoria alguna. Admitido ya el origen secundario de la mayoría de los quistes, cuales son los elementos hidáticos capaces de engendrarlos? En esto, nada tiene que hacer el embrión exacanto, únicamente lo producen las hidátides, las caápsulas prolíferas y los escolex, todos ellos elementos específicos contenidos en un quiste fértil y diseminados por su ruptura.

En un principio el rol único del injerto era atribuido a las hidátides y así lo sostenían en la Sociedad de Cirugía de París en 1900 Tuffier, Michaux, Routier Ricard y otros. Devé ha demostrado el importante papel que juegan los escolex, teniendo éstos a su cargo el rol principal en la hidatidosis secundaria.

Los quistes hidáticos de la pelvis, no deben necesariamente estar acompañados de numerosos quistes peritoneales, éstos pueden estar en escaso número y aún no existir.

Ello se explica sabiendo que una gran cantidad de gérmenes hidáticos se destruyen dentro de la cavidad peritoneal, destrucción que lógicamente depende de 2 factores: el coeficiente de resistencia especial de cada individuo, y el coeficiente de vitalidad propia de los gérmenes.

Lo dicho no significa que todos los quistes pelvianos sean secundarios, los quistes primitivos existen, ellos no pueden discutirse, lo que si está demostrado, son extremadamente raros.

Para considerarlo primitivo hay que tener la certeza anatómica,

es decir que una autopsia minuciosa establezca la ausencia de otro quiste en vísceras abdominales. Y esto lógicamente se supone muchas veces no se realiza.

La convicción de un cirujano sobre el origen primitivo descansa sobre elementos clínicos y operatorios, datos que en el caso particular de la hidátidosis son muy relativos.

Devé sostiene y con razón que en un acto quirúrgico la exploración minuciosa de los órganos abdominales es prácticamente irrealizable: para él es imposible saber mientras se opera si el hígado contiene o no un quiste. Relata al respecto, 3 casos en los cuales cirujanos distinguidos, no pudieron encontrar en el hígado quistes diagnosticados y que luego fueron hallados en la autopsia.

Existen sin embargo casos publicados en los cuales la observación anatómica sobre autopsia establece el asiento primitivo de un quiste retrovesical.

Así por ejemplo, los casos citados por Freund y Chadwick en 1874, el de Schatz, el de Butruille, Blan y Wiess, casos todos en los cuales la confirmación anatómica permitió asegurar su origen pelviano primitivo.

Un quiste hidático aparentemente primitivo ubicado en la pelvis, cuyos argumentos sean de orden clínico y quirúrgico, dada la extrema rareza de ellos no nos permite considerarlo categóricamente como tal, dado que por más minuciosa que sea la exploración hepática muchas veces es imposible visualizar una pequeña cicatriz único elemento testigo de un quiste hepático roto anteriormente.

*Y es por ello que muy atinadamente en uno de nuestros enfermos, si bien la clínica y la minuciosa exploración quirúrgica no nos permitió hallar restos hepáticos de un quiste, la evolución feliz del enfermo hizo que rotuláramos la observación como quiste voluminoso solitario de la pelvis, involucrando en ello el detalle ser único pero no prejuzgando su patogenia.*

Aceptada la existencia aunque rara de los quistes hidáticos retrovesicales primitivos: cuál es su patogenia?

Es indudable que debe considerarse al embrión exacanto como productor y por 4 vías puede llegar al tejido celular pelviano: 1° Vía rectal; 2° Vía vaginal (sin interés en nuestro caso); 3° Vía arterial; 4° Vía linfática. Prácticamente podemos afirmar hoy que única-



mente se considera admisible la vía arterial, el embrión exacanto que a través de los capilares no se fija en el hígado, continúa por los capilares de las venas suprahepáticas, llega a la vena cava superior, corazón derecho, al pulmón por la arteria pulmonar, atraviesa los capilares pulmonares para continuar por las venas pulmonares y llegar así al corazón izquierdo, y por su intermedio a la circulación aórtica, desde donde puede trasladarse a cualquier órgano o tejido.

Esta vía arterial es la que recorre el embrión exacanto cuando no se detiene en el hígado, y constituye la patogenia de la hidatidosis primitiva que Devé llama homotópica, en contraposición a la hidatidosis primitiva heterotópica tan brillantemente descripta por él.

En este caso el quiste no nace del embrión exacanto, originándose en la siguiente forma: a continuación de la ruptura de la pared adventicia de un quiste primitivo desarrollado en una víscera subserosa (el hígado generalmente) la vesícula hidática madre enucleada, cae intacta en el peritoneo, se enquista secundariamente, y desde entonces continúa su evolución en el nuevo sitio. De allí se explica que estos quistes así producidos, asienten en la parte más declive de la cavidad peritoneal: fondo de saco vesicorectal.

Resumiendo entonces, podemos decir que los quistes hidáticos retro vesicales se originan según uno de estos tres procesos patogénicos distintos:

- 1° Hidatidosis primitiva homotópica;
- 2° Hidatidosis primitiva heterotópica;
- 3° Hidatidosis secundaria.

Siendo esta última modalidad la que prácticamente rige todos los casos, detalle éste que es muy importante tener siempre presente dado que arraigado el concepto doctrinal de la etiología secundaria se perfecciona el concepto terapéutico exacto.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Charcot demostró el carácter primordial anátomo patológico de los quistes retro vesicales: su localización subperitoneal.

Sin embargo de esa demostración exacta obtuvo una deducción errónea, creyó él, que el quiste nacía en el tejido celular y en consecuencia que era primitivo.

Hoy se sabe que son secundarios, que los elementos que lo originan caen en el peritoneo por rotura de un quiste visceral generalmente hepático, en él se injertan y luego se recubren del endotelio peritoneal.

Cayendo al peritoneo los elementos originarios del quiste y ubicado éste en pleno desarrollo en el tejido celular subperitoneal, surge rápido la pregunta: ¿cómo pasan los elementos hidáticos a través de la hoja peritoneal?

Es precisamente esta pregunta la que fué durante mucho tiempo el obstáculo insalvable para admitir la hidatidosis secundaria.

Si los quistes se encuentran fuera del peritoneo mal pueden ellos provenir de una diseminación intraabdominal.

Los pacientes trabajos de Bobrow, Alexinsky, Riemann y Garre ratificados por los interesantes estudios de Devé han dilucidado y aclarado tan interesante cuestión.

Las vesículas prolíferas y los escolex inoculados en el peritoneo dan nacimiento a quistes hidáticos extraperitoneales; es decir un germen hidático depositado en el peritoneo es rápidamente englobado por el tejido celular de nueva formación y recubierto por el endotelio de la serosa.

La migración aparente a través de la serosa de los elementos hidáticos se realiza por igual mecanismo al estudiado por Marchand para los cuerpos extraños caídos en el peritoneo y que se puede resumir en 2 etapas: 1º, englobamiento fibrinoso del cuerpo extraño o parásito: 2º, endotelización secundaria de la superficie de ese conjunto en vías de organización. El cuerpo extraño (o el parásito en este caso particular) provoca por irritación del endotelio un exudado fibrinoso que es rápidamente invadido por leucocitos, las células endoteliales con las cuales el cuerpo extraño está en contacto no tardan en desaparecer. El cuerpo extraño o parásito, englobado en medio de células migratrices forma parte de la pared peritoneal, bien pronto un nuevo endotelio se genera en la superficie de ese conjunto y así el quiste o cuerpo extraño es en apariencia "trasladado" al tejido celular subperitoneal.

Al principio el quiste adhiere apenas a este tejido celular, un plano de clivaje los separa, pero luego la actividad fibroblástica del tejido de enquistamiento lo fija fuertemente, más tarde la progresiva

compresión excéntrica ejercida por la vesícula hidática al crecer sobre las vísceras aprisionadas en la pequeña cavidad ósea pelviana especialmente vejiga y recto, hace que sean fuertemente comprimidas y luego adelgazada la pared de estos órganos llegan a esclerosarse y a la necrosis, abriéndose el quiste en la cavidad vesical o rectal, todo esto sin intervención de ningún proceso infeccioso.

Tres hechos importantes se deducen:

- 1º La decorticación de los quistes es prácticamente irrealizable por su gran adherencia a los órganos vecinos.
- 2º El quiste pelviano es extravisceral, previa evacuación, los órganos por él comprimidos (vejiga, recto y uréteres) ocupan nuevamente su posición y sus funciones.
- 3º Salvo en el último período el quiste hidático se halla poco expuesto a la infección, salvo en los casos en los cuales la dehiscencia de la mucosa de órganos vecinos puede favorecerla. Detalle este de gran valor para la terapéutica dado que puede el quiste una vez abierto suturarse y reducir su saco adventicio sin dejar drenaje.

El contenido de un quiste retro vesical y en esto la localización no interesa puede estar:

- a) en franca involución, muerto, la adventicia engrosada, infiltrada de sales;
- b) puede ser un quiste fértil, en actividad, univesicular. En este caso la extirpación correcta de la vesícula madre suprime todos los elementos parasitarios;
- c) puede tratarse de un quiste multivesicular; y por último puede el quiste estar abierto o fisurado en la vejiga o en el recto y en consecuencia supurado.

#### SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas funcionales producidos por los quistes retrovesicales puede decirse que en la mayoría de los casos están en relación directa con el tamaño de los mismos.

Cuando el quiste es pequeño los síntomas son muy vagos, prácticamente nulos.

Cuando el quiste adquiere cierto volumen los trastornos urinarios son los primeros en manifestarse y en general dominan el cuadro.

La sintomatología de estos quistes fácilmente se explica, aumentando su volumen, contraen relaciones íntimas con los órganos pelvianos, especialmente recto y vejiga, relaciones que al principio de simple contacto se hacen luego más íntimas, adhiriéndose a ellos, comprimiéndolos y abriéndose en su cavidad, todo ello favorecido y provocado por lo inextensible del continente en que se alojan: marco óseo pelviano.

La compresión rectal se manifiesta por constipación pertinaz, deposiciones en forma de cinta, debiendo llamarse la atención que nunca se registren accidentes de oclusión aguda.

Aunque en casos muy raros, la compresión rectal puede llegar a la perforación, en esos casos el contenido hidático se elimina con las deposiciones, y la infección de la bolsa quística es siempre la consecuencia inmediata.

La dificultad para expulsar las materias fecales, en otras palabras, la disquesia puede a veces ser muy grande tal nuestra cuarta observación; el enfermo muchas veces quedaba completamente agotado por los esfuerzos intensos que requería el acto defecatorio. Pero no es la sintomatología intestinal la que predomina, de las 9 observaciones de Oraison y Nicaise solamente en 3 de ellas hacen alusión a los fenómenos de constipación y presentándose éstos en forma muy discreta.

Los síntomas urinarios son los que más frecuentemente se observan, y son los que en general llaman la atención: casi todas las observaciones publicadas confirman esta aseveración.

Fenómenos disúricos intensos, polaquiuria diurna y nocturna, fenómenos de retención incompleta, y accidentes de retención completa he aquí los síntomas urinarios por los cuales el enfermo viene a consultarnos, ajeno casi siempre a la causa real de sus molestias.

La ubicación del quiste, su tamaño, su desarrollo hacia el periné o la cavidad abdominal, hace que los fenómenos de compresión sobre vejiga, se hagan a veces sobre la región cervical y la uretra prostática, o sobre el cuerpo mismo de ella.

Si ocurre lo primero, que es lo más frecuente de observar, ten-

dremos realizado el cuadro de un prostático: los trastornos de disuria inicial primero y la retención después son los síntomas que más molestan al enfermo. Mientras que la polaquiuria muchas veces intensa es el síntoma dominante desde un principio cuando en general la compresión se hace sobre el cuerpo mismo de la vejiga. En términos generales podemos afirmar que el síntoma urinario dominante es la retención crónica incompleta a veces y en otros casos los accesos de retención completa.

Después de la retención el síntoma más frecuente es la disuria, siendo la polaquiuria y el dolor menos frecuentemente observados.

Jend relata 25 casos, en todos ellos domina la retención, Gochez y Mariel relatan un caso operado por vía transvesical y en el cual la retención completa fué el único síntoma.

Bonneau relata casos de hidatidosis retrovesical, en los cuales la retención completa era el síntoma dominante.

Entre nosotros Montes y García relatan el caso de un enfermo en el que varios accesos de retención completa fueron el síntoma casi exclusivo de un quiste hidático retrovesical.

Nosotros, de nuestros 4 casos observamos fenómenos urinarios en dos de ellos (Obs. 3 y 4), consistente en disuria intensa, retención y hematuria terminal en uno, disuria y accidentes repetidos de retención completa en el otro.

Es por lo tanto la retención y entre las distintas variedades de la misma, la retención completa la más frecuentemente observada y la de valor diagnóstico más importante.

La disuria siempre o casi siempre acompaña a la retención, a veces la precede en el orden cronológico de los síntomas y muchas veces se presenta aisladamente; Ortiz y García relatan un caso de quiste hidático yuxtavesical abierto espontáneamente en la vejiga, y en el cual la disuria intensa y la polaquiuria nocturna fueron los síntomas llamativos.

El dolor vesical aunque no frecuente suele observarse, a veces durante o al final de la micción, muchas veces en los intervalos de las mismas, localizado a nivel del hipogástrico y que se propaga generalmente hacia la región sacra.

Como ya hemos visto las íntimas relaciones que guarda la adventicia quística con los uréteres en su trayecto pelviano y en su

desembocadura vesical, la compresión de los mismos que es su consecuencia, provocando dilatación retrógrada uréteropielocalicial, agregan a veces a la sintomatología urinaria baja, trastornos urinarios altos que empezando por el dolor, consecuencia de la dilatación, se agrega luego la fiebre, consecuencia de la infección terminando el enfermo con el cuadro de la insuficiencia renal.

La dilatación ureteropélvica no se produce siempre por compresión directa del uréter.

Es lógico suponer que la compresión cervical provocando primero retención vesical trae luego como consecuencia inmediata la dilatación del árbol urinario, que fatalmente luego se infecta sea por vía hematógena, sea por vía ureteral: provocando en este último caso un sondaje séptico la infección vesical primero y la ureteropielitis ascendente después.

Los quistes hidáticos de los órganos abdominales se desarrollan en general y adquieren gran volumen sin ocasionar trastorno alguno, pero como ya hemos relatado no sucede igual cosa con los quistes retrovesicales puesto que ubicados dentro del marco óseo de la pelvis producen rápidamente compresión de los órganos vecinos. Los casos de quistes pelvianos que evolucionan largo tiempo sin ocasionar trastorno alguno son excepcionales, pero, sin embargo, existen observaciones al respecto: Hern cita el caso de un hombre que muere por ruptura de un quiste hidático retrovesical cayendo del caballo, no habiendo nunca el enfermo acusado molestia alguna.

Viti cita un caso de quiste hidático de 45 años de evolución, sin que jamás provocara fenómenos vesicales o rectales.

Con el profesor Tobías presentamos un caso de quiste hidático voluminoso del Douglas, sin que el enfermo presentara trastorno urinario alguno, ni trastornos de orden intestinal.

Estas reflexiones tienen por finalidad demostrar que si bien es cierto que los síntomas urinarios predominan o casi siempre se observan, a veces pese al desarrollo voluminoso del quiste, éstos no dan síntomas alguno y su hallazgo se realiza en un examen accidental del abdomen, como acontece en este caso por nosotros relatado (Observación N<sup>o</sup> 1).

#### DIAGNÓSTICO

A los efectos del diagnóstico, consideremos como puede presentarse ante nosotros un enfermo portador de un quiste retrovesical.



En un principio, durante meses, el paciente nota pequeñas molestias a nivel de la región hipogástrica, polaquiuria, sensación de pesadez en el periné, constipación.

Con alternativas de mejoría y empeoramiento, los síntomas se hacen luego más intensos y permanentes, la constipación se hace tenaz, la micción más dificultosa, hasta que un buen día una retención completa de orina nos hace examinar al enfermo. En este momento se nota en la región hipogástrica un tumor liso, renitente, poco o nada doloroso, enclavado en la pelvis, chico a veces, en otras ocasiones alcanzando casi hasta el ombligo, ubicado en la línea media o ligeramente lateralizado a derecha o izquierda. Con todas las características de una vejiga en retención realizamos un sondaje, éste siempre o casi siempre es difícil, a veces imposible y elemento característico: la entrada de la sonda a la vejiga es precedida por un franco obstáculo a nivel de la región prostática. Vacía la vejiga se constata que el tumor líquido persiste con iguales características de volumen, consistencia y ubicación. El tacto rectal denota a nivel de la región prostática o encima de ella un tumor liso, renitente, indoloro, que impide muchas veces insinuarse entre el y la concavidad del sacro, dando esto la idea de la gran compresión rectal que ejerce. (En nuestra cuarta observación tal cosa ocurría, y con mucha dificultad podíamos insinuarnos detrás del tumor, tan descendido estaba y tan grande era la compresión que ejercía sobre el recto).

El tumor que se tacta es siempre fijo, se extiende en general de isquión a isquión imposible en consecuencia de delimitar en sus costados, mucho menos aún en la parte superior. Las características del tumor que tactamos, su presunción de que es el mismo que se palpa, dado que la palpación combinada lo confirma, y el hecho de que esté vacía la vejiga nos pone sobre el terreno del diagnóstico diferencial.

Llegado a este punto se me ocurren las siguientes reflexiones:

Puede el tumor que se tacta ser grande o chico, el error a que nos puede inducir lógicamente difiere en un caso o en otro.

De cualquier manera, por las características enunciadas, la primer cosa en que se debe pensar y en base a ello el error pocas veces ocurre es que estamos en presencia de un tumor líquido.

En él, suponemos en términos generales una membrana o

pseudo membrana y un contenido líquido sea éste de consistencia X.

De acuerdo a esto estamos en presencia de un quiste verdadero o de un pseudo quiste.

Entre estos últimos podemos considerar 2 categorías: 1º, o se trata de una cavidad conteniendo líquido y con pared; 2º, es un tumor sólido simulando por su superficie y consistencia un quiste.

Siempre presente la localización que tratamos, es decir, retrovesical, ¿cuáles son los pseudo quistes del primer grupo que pueden inducirnos a error? 1º, un enorme divertículo vesical situado en la pared posterior o en el bajo fondo; 2º, una hidronefrosis gigante en un riñón ectópico pelviano.

Y dentro del segundo grupo, es decir, tumor sólido que por sus características simula un quiste, tenemos: 1º Sarcoma de la próstata; 2º Celulitis gomosa pelviana; 3º Adenoma prostático tipo glandular puro.

El divertículo de vejiga llama en general la atención por la característica micción en 2 tiempos; el examen cistoscópico y la cistoradiografía aclara rápidamente el diagnóstico.

La hidronefrosis en un riñón en ectopia pelviana puede llevarnos a error, dado que el tumor presenta las mismas características: el examen pielográfico hace el diagnóstico, por otra parte es extremadamente raro.

El sarcoma de próstata es precisamente el que puede inducirnos a error. A veces por palpación y tacto la superficie del tumor se constata irregular, con nódulos y de consistencia firme, pero en otras ocasiones y sobre todo en el tipo globocelular, el tumor es liso, poco o nada doloroso y francamente renitente.

Clermont cita un caso en el que previa laparotomía practicó una punción del tumor, tan convencido estaba que se trataba de un quiste, resultando ser un sarcoma de próstata.

En estos casos más que el diagnóstico semiológico, tiene valor predominante el tiempo de evolución y el estado general.

El sarcoma de evolución rápida, caquectiza casi de inmediato al enfermo, no así el quiste de evolución lenta y siempre conservando el paciente muy buen estado general.

Cuando el quiste es muy chico y se encuentra cerca de la próstata, tratándose de un viejo, puede prestarse a confusión con un

adenoma grande, glandular puro, a veces de consistencia muy blanda y otras veces casi renitente.

En estos casos la uretrocistoscopia hace de inmediato el diagnóstico.

La celulitis gomosa es muy rara, de evolución especial en un enfermo con antecedentes claros de especificidad, confirmados por las reacciones biológicas, todo ello hace que la confusión con un quiste sea más bien teórica.

Descartado los pseudo quiste, nos queda ahora el diagnóstico etiológico del quiste y su ubicación.

El diagnóstico etiológico es fácil en esta localización dado que el hidático es el más frecuente, por otra parte, el examen de sangre y las reacciones biológicas específicas. Ghedini, Imaz Lorentz, e intradermorreacción de Cassoni confirman el origen parasitario.

Respecto a la ubicación del quiste, únicamente debemos hacer referencia a los quistes hidáticos de la próstata.

Estos últimos son extraordinariamente raros, únicamente pueden aceptarse por la confirmación anatómica de la autopsia, en la gran mayoría de los casos, como sostiene Devé, nacen en el tejido celular, invaden en su crecimiento la región prostática, ocupan el asiento de la glándula; son en otras palabras, quistes de la próstata desde el punto de vista topográfico y quirúrgico pero no como asiento etiológico.

Zerbini y Olivas publican recientemente, entre nosotros, un caso de quiste hidático de la próstata. Creo yo, de acuerdo a lo expuesto, que puede considerarse topográficamente ubicado en la región de la glándula, pero no asegurar su origen en la próstata misma.

Hemos considerado hasta ahora el diagnóstico de un quiste cerrado que es como frecuentemente se observa, cuando se abre en la cavidad vesical o rectal, la expulsión de vesículas hace por sí solo el diagnóstico.

Intencionalmente he dejado para el final el comentario del diagnóstico radiográfico.

Todos conocemos las características de un quiste hidático en la placa radiográfica. Más aún, si el quiste se abre en la vejiga o en el recto, la cistoradiografía y el enema opaco permitirán visualizar la bolsa quística en comunicación con las cavidades citadas.

PRONÓSTICO

El pronóstico del quiste hidático rectovesical depende sobre todo de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento.

Lógicamente debemos suponer, que la gravedad de la afección aumenta cuando aparecen complicaciones sean éstas de orden mecánico o infeccioso.

El recto, rechazado y comprimido contra el sacro, es el que ocasiona la constipación pertinaz, que sí bien es cierto rara vez llega a la oclusión aguda a veces, sin embargo, origina un bolo fecal (en la tesis de Ocampo se cita un caso).

Pero es indudable que la compresión que ejerce el quiste sobre el árbol urinario (vejiga y uréteres) es la que en realidad provoca trastornos graves, siendo ella la causa de la pielonefritis ascendente cuya patogenia es idéntica a la estudiada por Legueu en el puerperio.

Los uréteres englobados en la pared adventicia del quiste y comprimidos contra la pared ósea de la pelvis se dilatan, pelvis y cálices sufren igual proceso, se produce una hidronefrosis y ya el terreno se halla preparado para la infección.

El enfermo necesita sondajes repetidos por su retención, y aquí como en los prostáticos la infección vesical fatalmente es su consecuencia: el camino para la pielonefritis ascendente está ya preparado.

Otras veces sin embargo, la infección renoureteral es primitiva, se realiza por vía sanguínea, favorecida por los trastornos intestinales de constipación.

Podríamos así decir que la dilatación uréteropielica es una complicación constante de los quistes que han adquirido el tamaño de una cabeza de feto, y cuando esta dilatación no se produce, se debe únicamente a que en su desarrollo el quiste remonta hacia el abdomen, sin ocasionar compresión en los órganos pelvianos.

Es por esto que los efectos producidos por el quiste en el árbol urinario alto y bajo y que consisten primero en fenómenos mecánicos de dilatación y luego procesos ascendentes y descendentes sépticos hacen a veces el pronóstico sombrío y hay enfermos que sucumben a procesos de infección urinaria pese a la intervención.

Lógicamente nos debemos imaginar también, que el pronóstico

se hace sombrío cuando el quiste se ha fistulizado en recto o en vejiga, ya que en estos casos la infección de la bolsa impide el tratamiento quirúrgico radical con todos los inconvenientes que ello ocasiona.

Cranwell recoge en su trabajo 56 observaciones de toda la literatura mundial referentes a quiste hidático retrovesical en el hombre y obtiene un 50 % de mortalidad que se deduce de lo siguiente: 25 casos curados, 25 fallecidos y 6 casos dudosos.

Es indudable que las estadísticas son siempre acreedoras de críticas, porque en ellas se involucran casos muy antiguos tratados por punción, procedimiento que siempre debe ser rechazado, ya que hace mucho menos aleatorio el pronóstico, por la infección de la bolsa, y la diseminación hidática.

El pronóstico siempre se mejora si se pueden operar los enfermos antes que se instale la pielonefritis, cosa fácil de conseguir con diagnósticos precoces.

Y bien, tenemos que tener presente que el diagnóstico en nuestro país es en general fácil, pues siendo la hidátidosis una afección relativamente frecuente la debemos tener presente en los casos que se discute la etiología de un tumor líquido.

Como luego veremos, si nos atenemos a nuestros resultados, que bien es cierto se refieren a un corto número de casos, el pronóstico sería muy bueno, dado que sobre 4 enfermos diagnosticados y operados obtuvimos la curación en todos ellos, lo que nos daría 0 % de mortalidad. Repito que este porcentaje tiene el valor relativo que se deduce del reducido número de casos.

#### TRATAMIENTO

Si la hidátidosis de la cavidad abdominal no ocasiona precozmente accidentes, y estos sólo se producen cuando el quiste ha adquirido gran volumen, circunstancia que es favorecida por la laxitud de las paredes abdominales, y el desplazamiento fácil de los órganos, no sucede lo mismo cuando el quiste se desarrolla en la cavidad de la pequeña pelvis: lo inextensible de las paredes dando un punto de apoyo al tumor y también oponiéndose al desplazamiento de los órganos, determina la compresión de los mismos (especialmente recto, uréter y vejiga) y consecutivamente accidentes que pueden ser gravísimos.

Dicho esto deducimos, que hecho el diagnóstico de un hidático pelviano en nuestro caso retrovesical, debemos de inmediato tratarlo y para ello el único procedimiento es el quirúrgico.

Desde un punto de vista general y para hacer más clara la exposición podemos dividir los quistes hidáticos, retrovesicales en complicados y no complicados. Por quiste complicado se entiende aquel que abierto, o mejor dicho, en comunicación con la cavidad rectal o vesical se halla por consiguiente supurado.

Quistes no complicados son aquellos que estando sus paredes intactas producen únicamente trastornos por la compresión que ejercen, pero siendo su contenido aséptico.

Podríamos llamar también a los quistes complicados, abiertos o fistulizados, y cerrados a los quistes no complicados o asépticos. *Quistes no complicados* (asépticos o cerrados).

El quiste retrovesical en este caso puede ser abordado por dos vías: vía alta a abdominal y vía baja o perineal.

A su vez por la vía abdominal podemos llegar al quiste según dos caminos: o bien en forma transperitoneal (laparotomía subumbilical) o extraperitoneal (vía hipogástrica o supra pubiana).

Cada una de estas vías tiene sus partidarios y detractores, encontrando a cada una de ellas ventajas e inconvenientes.

La vía peritoneal es aconsejada por muchos y tiene entre ellos como principal defensor a Devé.

Abordar el quiste por vía peritoneal tiene para Devé las siguientes ventajas:

- 1º Permite juzgar con grandes probabilidades el origen primitivo o secundario del quiste retrovesical ;dado que permite una exploración minuciosa del abdomen y especialmente del hígado:
- 2º Permite apreciar el número, tamaño y sitio exacto del tumor:
- 3º Se realiza siempre la ablación radical y completa:
- 4º Se practica una operación regular, aséptica, se suprime el drenaje y en consecuencia se consigue el cierre inmediato.

Esta vía tiene para algunos, inconvenientes y entre los argumentos en contra, se dice: 1º La necesidad de utilizar anestesia general; 2º El peligro a la infección peritoneal: a la peritonitis; 3º Que



expone a la inoculación parasitaria y a la recidiva post-operatoria.

Estas críticas pueden, según Devé, y con razón, ser invalidadas: 1º La anestesia general puede ser reemplazada por la sacra o por la raquídea: 2º El peligro a la peritonitis es teórico ya que se interviene un proceso esencialmente aséptico.

El peligro a la inoculación hidática y la recidiva post-operatoria no tiene porqué existir dado que el "formolage" previo del quiste, practicado con solución de formol al 2 % lo evita. Por otra parte la inoculación hidatídica de producirse lo mismo acontece en la cavidad peritoneal que en los tejidos anfractuosos a través de un decolamiento perivesical o a través de una talla perineal.

El "formolage" previo, procedimiento propuesto por Devé en Febrero del año 1905 es hoy aceptado por casi todos los cirujanos y con ello no se observan recidivas operatorias.

El "formolage" debe realizarse antes de toda tentativa de decorticación del quiste y antes de todo intento de liberación de adherencias, aunque estas sean aparentemente fácil de destruir.

En 2 circunstancias puede fracasar el "formolage": contenido quístico multivesicular y vesículas hijas exógenas. En ambos casos puede subsanarse fácilmente el riesgo al injerto; para lo primero proteger bien el peritoneo con compresas (como cuando se abre una colección supurada) evacuar bien el quiste y hacer "limpieza" cuidadosa de la bolsa vacía con tapones de gasa embebidas en solución concentrada de formol (5 %). Las vesículas hijas exógenas, con examinar bien su existencia antes de suturar la adventicia fácilmente se consigue su extirpación.

Si a pesar de tener toda clase de precauciones ocurriera una inoculación operatoria, el lavaje del campo quirúrgico con éter asegura la destrucción del parásito.

Es Devé quien en 1914 demuestra la acción parasiticida del éter y es por ello desde entonces la eterización después de una disseminación hidática operatoria un punto importante de profilaxis de la hidátidosis secundaria y un precioso complemento del "formolage" previo.

Lhuillier es también un gran partidario de la vía alta peritoneal y sostiene que ella sola permite el completo examen de la pelvis, facilita el libre acceso al tumor, y representa un centro de

exploración de la cavidad peritoneal la cual constituye el campo de evolución de la hidatidosis.

Si el hidático retrovesical fuese primitivo, la vía perineal sería la de elección y siendo casi siempre secundario debemos preferir la laparotomía.

La vía extraperitoneal o hipogástrica (paravesical) es reconocida por muchos; Hartmann, Delbet, Esopos, Nicaise y otros creen que debe ser la vía de elección en la gran mayoría de los casos. En favor de esta vía se argumenta la indemnidad del peritoneo, la supresión del riesgo del injerto peritoneal operatorio, y por otra parte por el hecho que la infección de la bolsa periquística a posteriori de la intervención permite el drenaje sin mayores riesgos.

Llanos, en el caso que presenta a la Sociedad de Cirugía aborda el quiste por vía hipogástrica, lo sutura en 2 planos sin drenaje debiendo a los pocos días drenarlo por infección de la bolsa, cosa que realiza fácilmente curando el enfermo a los 2 meses.

La vía baja o perineal es aceptada por muchos, Gascansky, Furstenberg, Etchepare, Beutly, Tedenot y otros, la consideran como la vía de elección.

En favor de este criterio sostienen lo siguiente

- 1º Estar al abrigo de la inoculación parasitaria; especialmente si el quiste es multivesicular;
- 2º Facilita el drenaje;
- 3º Permite abordar el quiste en forma directa, donde él se "superficializa" más; Fiolle en este sentido dice, que la incisión debe hacerse donde el quiste hace más saliencia.

Las críticas que se hacen a esta vía, son las siguientes:

- 1º Vía ciega, restringe en consecuencia el campo operatorio;
- 2º No permite conocer la situación exacta del quiste operado ni reconocer la presencia de bolsas vecinas;
- 3º Siendo aséptico, facilitar el drenaje lejos de ser una ventaja constituye un inconveniente.

La vía sacra, la transrectal y la transvesical prácticamente no se utilizan para los casos que tratamos, es decir, quistes cerrados, asépticos, no pueden ser en ningún caso aconsejadas por ello ni siquiera las referimos.

Resumiendo: propongo la siguiente sinópsis práctica de la vía por la cual puede abordarse un quiste cerrado:

Quistes no complicados (asépticos o cerrados)	Via alta (abdominal)	1º. Laparotomía sub-umbilical (Via intraperitoneal)	Paravesical Transvesical (sin aplicación práctica)
		2º. Hipogástrica a suprapúbica (extraperitoneal)	
	Via baja	1º. Perineal (Prerrectal)	Ambas sin aplicación en ningún caso.
		2º. Transrectal	
		3º. Sacra	

¿Una vez abordado el quiste, como se lo trata? 4 procedimientos pueden utilizarse: 1º, la enucleación; 2º la decorticación o extirpación; 3º, marsupialización con drenaje; 4º, reducción sin drenaje.

Enucleación consiste en sacar la vesícula madre intacta previa sección del saco fibroso realizada con sumo cuidado. Peyrot la utilizó en quistes pelvianos, entre nosotros Posadas la propuso y realizó en quistes de hígado de pequeño volumen.

Gregoire, Picque y otros tienen casos de quistes enucleados. Es un procedimiento peligroso que expone a la "explosión" de la vesícula hidática desnuda, es casi una bomba de agua a tensión.

La decorticación o extirpación es igualmente peligrosa e inútil. Consiste en sacar el quiste por fuera de la adventicia, como bien dice Veau como si se extirpara en block un tumor. En general es una intervención peligrosa, que provoca mucha hemorragia; así lo sostienen entre otros Passeron, y Tribondeau, y por ello prácticamente no se realiza. Bonneau cita un caso en el cual durante la intervención abrió el recto, Albarrán en uno similar durante la decorticación abrió la vejiga y peritoneo, y en un caso, Mayer vió fallecer su enfermo de peritonitis a las 24 horas de operado por perforación de pared anterior de recto.

La marsupialización y drenaje tiene muchos partidarios. En este procedimiento, practicado el "formolage" previo, se completa luego el vaciamiento del quiste y se abre para extraer la membrana

madre y las vesículas, y luego se sutura la pared adventicia a la pared abdominal o perineal dejando drenaje en forma transitoria.

La reducción sin drenaje es para la mayoría y entre ellos para Devé el procedimiento de elección. Previo "formolage" evacuación del quiste, con su membrana madre, se sutura la adventicia sin dejar drenaje.

Lejars, Quenú, Sieur, Routier, Launay y mucho otros sostienen que dejar la membrana fibrosa como es la quística y suturada no constituya ningún inconveniente. La secreción serosa que puede eventualmente producirse en el saco suturado no es comparable al derrame sero hemorrágico provocado por la decorticación del saco que trae además la desperitonización parcial de la pelvis.

*Quistes complicados* (Sépticos o fistulizados).

La conducta terapéutica de los quistes retro vesicales infectados, difiere en mucho a los del grupo anterior.

Puede el quiste estar infectado por vía hematógena y encontrarse en este caso cerrado (lo que es excepcionalmente raro), o bien puede ser séptico previa abertura en la cavidad rectal o vesical.

Un quiste supurado como lógicamente se comprende debe de inmediato ser drenado, y en este caso las distintas vías extraperitoneales tienen su indicación.

Cuando el quiste se halla muy descendido en la cavidad pelviana próximo al diafragma urogenital la talla perineal es de elección, igualmente si el quiste está abierto en el recto, en este caso conviene agrandar la comunicación para mejor drenaje y practicar una contra abertura perineal.

Más interesante para nosotros, sin duda alguna, son los quistes abiertos en vejiga.

La curación espontánea en estos casos por más chico que sea el quiste es rarísima y con ella no podemos contar.

En términos generales podemos decir que siempre hay que abordar al quiste por vía hipogástrica transvesical.

Esta vía es preconizada por Furstenberg en 1901, Trofimoff en 1911, Guyot en 1912, Bonneau y entre nosotros por N. Posadas en 1923.

Cuando la bolsa es pequeña, es preferible el simple drenaje de

ella a través de la vejiga, si es muy grande Guyot prefiere realizar siempre una *contra abertura perineal*.

Beutly Squier es partidario en ciertos casos previa cistostomía cerrar el orificio de la bolsa quística y drenarla por vía perineal.

Bonneau cita un caso de quiste retrovesical abierto en el bajo fondo en el cual previa amplia cistostomía, observa un orificio próximo al cuello que lleva a una cavidad del tamaño de una naranja, llena de pus y de vesículas hidáticas, reconoce los uréteres cateterizándolos, agranda el orificio del quiste y después de intervención muy laboriosa consigue extirparlo separando la membrana y dejando únicamente el saco adventicio. Deja drenaje de la bolsa fibrosa y de la vejiga y consigue la curación a los 2 meses.

Entre nosotros Nin Posadas presenta un caso de quiste abierto en vejiga, operado con franco éxito por vía transvesical.

De todo esto deducimos que en presencia de un quiste fistulizado sea en recto o en vejiga especialmente: el único tratamiento racional es el amplio drenaje del mismo, constituyendo toda tentativa de extirpación una intervención temeraria que debe rechazarse siempre.

#### COMENTARIO DE NUESTRAS OBSERVACIONES

De nuestros casos personales podríamos sacar conclusiones de interés.

Todos ellos se refieren a enfermos estudiados en el Servicio del Profesor Maraini, 2 en el Hospital Nacional de Clínica Sala XII, 2 en el Hospital Rawson Pabellón V Sala I.

En nuestras observaciones los síntomas urinarios han predominado en 2 de ellas (Obs. N<sup>o</sup> 3 y 4), disuria intensa en una, disuria y retención completa en la otra.

En los otros 2 enfermos, hecho interesante, el quiste ha evolucionado sin provocar mayores molestias, y en la observación N<sup>o</sup> 1 por ejemplo: el paciente nos consulta por un hidrocele pequeño y el quiste fué un simple hallazgo del examen al efectuar la palpación abdominal.

En todos nuestros enfermos pudo realizarse el diagnóstico con facilidad, dadas las características semiológicas del tumor. Además la cistoscopia demostró en todos los casos (menos en la Observ.

Nº 4 que no se pudo practicar), una vejiga sana, francamente deformada y rechazada contra el pubis, por un tumor ubicado detrás de ella, que no alteraba los caracteres de la misma, hecho que nunca se observa en los tumores malignos y lesiones inflamatorias yuxta y paravesicales que han adquirido cierto desarrollo.

Hecho observado en todos los casos, es la gran dificultad al paso del cistoscopio a nivel de la uretra prostática. El sondaje se realiza con cierta facilidad pero el cistoscopio en todos nuestros enfermos nos ha dado gran trabajo su introducción. Debemos descender mucho el pabellón del mismo hasta ponerlo casi vertical, deprimir al mismo tiempo el pene a nivel del ligamento suspensor, y ayudarnos con el tacto rectal.

En nuestra Obs. Nº 1 la cistoscopia se realizó después de múltiples tentativas, y en la Obs. Nº 4 el examen cistoscópico no se pudo hacer: nos fué imposible franquear la uretra prostática.

Esto lógicamente se explica, teniendo presente que por la ubicación del tumor la vejiga se proyecta fuertemente contra el púbis.

Las reacciones biológicas sirvieron para ratificar nuestra presunción diagnóstica: en las observaciones Nros. 1, 2 y 3 la reacción de Cassoni fué positiva, sin embargo hecho curioso que cito sin comentario, en nuestro enfermo Nº 4 todas las reacciones fueron negativas: se trataba sin embargo de un quiste hidático grande no infectado.

El tratamiento y la vía elegida ha variado en todos nuestros enfermos, a pesar de ello si juzgamos por los resultados, tendríamos que declarar que todos son buenos, dado que hemos conseguido en ellos la curación radical.

El enfermo Nº 1 fué operado por el Prof. Solé. Por vía abdominal se realizó la intervención, sutura y reducción del quiste: la supuración de la bolsa obligó a reoperarlo, extirpándolo (decorticación); curando el enfermo.

En nuestro segundo enfermo por vía extraperitoneal se aborda al quiste, se realiza marsupialización y drenaje, se obtiene la curación.

En el enfermo Nº 3 por vía peritoneal se practica marsupialización y drenaje, se obtiene igualmente la curación, y en la observación Nº 4 dado el gran descenso del quiste nos decidimos abor-



darlo por vía perineal, reconocemos al tumor inmediatamente por encima de la aponeurosis perineal media, y practicamos marsupialización y drenaje, post operatorio normal y curación. En todos los casos se practicó el "formolage" previo.

Este es el breve comentario que creo corresponde de los enfermos observados y seguidos por nosotros mismos, el número es escaso, sin embargo hay que tener presente la poca frecuencia de esta localización y el interés que significa pensar en su posible existencia, dado que en nuestro país la hidatidosis es una afección común.

He querido citar en este comentario los casos personales, es decir los enfermos estudiados y seguidos por nosotros, para que nos sea permitido hacer reflexiones, producto de nuestra propia observación.

#### CONCLUSIONES

1º — El quiste hidático retrovesical en el hombre es casi siempre secundario.

2º — En su evolución predominan en forma tal los trastornos urinarios, que justifican ampliamente su estudio en urología. Merecen por lo tanto un relato especial.

3º — De los síntomas urinarios los que llaman la atención por su frecuencia e intensidad son la disuria, y la retención completa, le sigue en importancia la polaquiuria; la hematuria terminal y el dolor vesical se observan rara vez.

4º — La compresión vesicoureteral dada su gran frecuencia y su consecuencia (dilatación alta del árbol urinario y pielonefritis) hacen el pronóstico a veces sombrío y exigen diagnóstico y tratamiento precoz.

5º — El tratamiento siempre es quirúrgico. La finalidad del mismo varía según sea el quiste complicado o no.

6º — De acuerdo a nuestros resultados el pronóstico sería muy bueno. Los cuatro enfermos tratados curaron.

7º — Y como concepto final diremos:

*En presencia de un enfermo joven o viejo que viene del campo con buen estado general, que nos consulta por padecer trastornos urinarios y rectales, en especial disuria, retención y disquesia, que*

en el hipogastrio persiste a la simple inspección o a la palpación. previo sondaje, un tumor con las características de una vejiga en retención completa: que por tacto se nota ocupado el Douglas por un tumor liso renitente e indoloro. pensar siempre en un quiste hídrico retrovesical. En la gran mayoría de los casos nuestra presunción diagnóstica se confirmará. Una intradermorreacción de Cassoni positiva habrá ratificado el diagnóstico y nos pondrá de inmediato en el terreno del tratamiento.

#### HISTORIAS CLINICAS

Inédita, en colaboración con el con el Prof. J. Tobias.

Observación N° 1: S. L., 41 años de edad procedente de General Madariaga (Bs. As.).

*Antecedentes familiares y personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Hace tres años, veinte días después de una caída de caballo aparece un hidrocele izquierdo que obliga a punciones repetidas.

Con el deseo de operarse nos consulta y es en esas condiciones que con independencia de su hidrocele comprobamos un tumor hipogástrico.

Buen peso. Buen apetito. Nunca fiebre. Sudores ni escalofrío.

Nunca trastornos hepáticos ni abdominales. Jamás urticaria. Orina normalmente. No hay trastornos en la micción ni en la defecación.

*Estado actual.* — *Abdomen.* En el hipogastrio se palpa un tumor que no deforma la región, ligeramente lateralizado a la derecha, que sobrepasa 4 traveses de dedo por encima del pubis. De localización mediana llega hasta la parte media de la línea umbilico pubiana, a izquierda no sobrepasa el borde externo del recto, a la derecha alcanza la arcada de Poupart. Tumor renitente, regular, redondeado, liso, indoloro, se moviliza lateralmente no así en sentido vertical. Mate a la percusión en su porción central, sonoro en la periferia.

Orinas: Prueba de los vasos, cristalina.

Micción diurna normal, polaquiuria nocturna una o dos veces (segunda mitad de la noche). No hay retardo en la micción. Buen chorro y proyección.

Exploración uretral: Normal.

Exploración vesical: Sonda "a bequille" N° 18 ofrece dificultad su paso a nivel de la región prostática que se halla francamente desviada.

Capacidad vesical 300 gr. No hay retención.

A la palpación vesical combinada con tacto rectal, se reconoce la próstata con caracteres normales. Por encima de ella la región interdeferencial y trigonal se encuentra borrada por la presencia de un tumor que impide el paso del dedo entre él y la concavidad del sacro. Tumor liso de límites precisos lateralmente, alcanzando las tuberosidades isquiáticas, no se dilimita el borde superior.

Tumor renitente, regular e indoloro.

El tacto y la palpación combinada establecen que el tamaño del tumor es aproximadamente de una cabeza de feto.

*Cistoscopia.* — Varias tentativas resultan infructuosas para la introducción del cistoscopio, motivado esto por la gran desviación de la uretra prostática.

Llevando el pabellón del cistoscopio muy abajo, haciendo presión sostenida y con ayuda del tacto rectal, conseguimos introducirlo en vejiga, dando la sensación por la maniobra descrita que la vejiga estuviera fuertemente proyectada contra el púbis.

• A la cistoscopia la vejiga presenta caracteres normales.

Llama la atención la alteración de la morfología vesical a expensas sobre todo de la región trigonal, del bajo fondo vesical y pared lateral derecha, a nivel de las cuales la vejiga es propulsada por una producción externa que hace la imagen vesical a su nivel completamente "bombé", pero descubre la disposición normal de los elementos vesicales. Meato ureteral derecho ubicado a las 10 en el sentido de las agujas del reloj y el izquierdo a las 6.

La rotación del cistoscopio en la vejiga es imposible, por lo cual el examen del cuello es deficiente.

Hidrocele izquierdo: Núcleos de epididimitis crónica en cola y cuerpo del epididimo izquierdo.

Resto del aparato urinario normal.

Reacción de Imaz Lorentz: Negativa.

Intradermorreacción de Cassoni: Positiva débil.

Citológico de sangre:

Glóbulos rojos	4.200.000
Glóbulos blancos	7.700
Granulocitos neutrófilos	41 %
Eosinófilos	9 %
Basófilos	0.50 %
Linfocitos	41 %
Monocitos	8.50 %

*Operación.* — (Prof. Solé). En una primera intervención que se realiza por vía abdominal se hace sutura y reducción del quiste sin drenaje. A los pocos meses es reoperado por haberse coleccionado más de 1 litro de pus, y entonces pese a la intervención muy laboriosa, se realiza la extirpación del quiste, curando el enfermo al poco tiempo.

Observación N<sup>o</sup> 2: C. O. 31 años, procedente de Coronel Pringles.

Ingresa en la Sala XII del Hospital Nacional de Clínicas, Servicio Prof. Maraini, el 12 de abril de 1927.

*Antecedentes personales y familiares.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Se inicia hace 3 años con dolores intermitentes localizados a nivel del trayecto ureteral inferior izquierdo. Hace 15 días, andando

a caballo siente una puntada en el mismo sitio muy interior que lo obliga a dejar el caballo. Buen apetito. Nunca fiebre ni escalofríos. Micción y defecación normal.

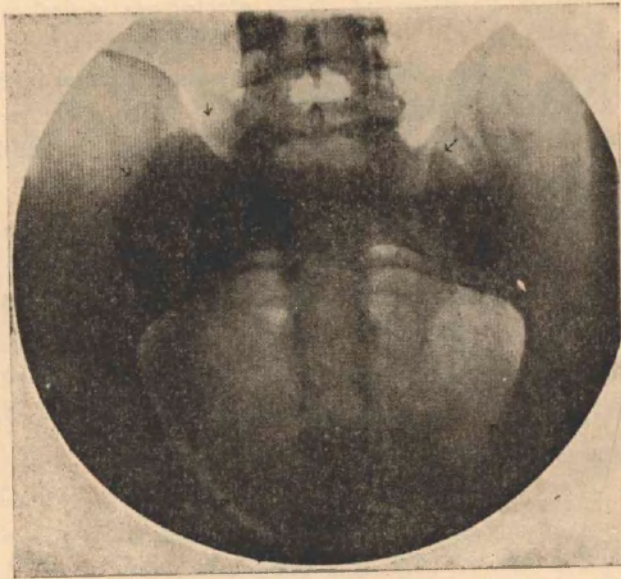
*Estado actual.* — Orinas cristalinas.

Micción: Diurna, normal. No hay polaquiuria nocturna.

Exploración uretral: Explorador N° 18, nada de particular.

Exploración vesical: Capacidad 450 gr. Poco sensible al contacto y a la distensión. No hay retención.

Tacto: Por encima de la próstata que se palpa comprimida y rechazada ha-



Observación N° 2. Radiografía simple.  
Voluminoso quiste hidático ocupando  
toda la cavidad pelviana.

cía abajo se encuentra un tumor liso, redondeado, renitente, indoloro, imposible de delimitar hacia arriba y que por palpación combinada llega a 4 traveses del borde superior pubiano.

Resto aparato urinario: Nada de particular.

Azohemia: 0.49 ‰.

Constante ureo-secretoria de Ambard 0.083.

P. S. P. 66 ‰.

Intradermorreacción de Cassoni: Positiva franca.

*Radiografía simple.* — Muestra una imagen tumoral redondeada, de opacidad uniforme que ocupa la cavidad pelviana y llega hacia arriba hasta la 4ª vértebra lumbar.

*Operación.* — Anestesia general éter. Incisión lateral de Judd. Vía extraperitoneal. Formolización previa. Marsupialización y drenaje.



Enfermo que evoluciona normalmente en un principio, hace al mes de operado retención séptica en la bolsa quística que obliga abrirla y drenarla nuevamente. Finalmente, se da de alta curado.

Observación N° 3: F. P. de 41 años, procedente de Quilmes, ingresa al Servicio del Prof. Maraini en el Hospital Nacional de Clínica, Sala XII, el 16 de octubre de 1928.

*Antecedentes familiares y personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Desde hace 2 años siente molestias dolorosas en el hipogastrio acompañadas de dificultad para la defecación. Hace 2 meses comienza a sentir franca dificultad para orinar, disuria que cada vez se hace más intensa.

En 5 o 6 ocasiones durante los últimos 2 meses nota hematuria terminal. Siente además intensos dolores en ambos miembros inferiores que le impiden poder conciliar el sueño.

*Estado actual.* — Enfermo en buen estado de nutrición.

*Facies normal.* — Aparato circulatorio y respiratorio normal. Hígado y bazo normal.

Micción: Polaquiuria nocturna 4 o 5 veces. Intensa disuria durante toda la micción, chorro disminuido de proyección y calibre.

Inspección de la esfera génitourinaria: En el hipogastrio se observa un levantamiento que a la palpación da la sensación de un tumor liso, indoloro, francamente renitente.

Exploración de uretra: Nada de particular. Explorador N° 24 libre.

Exploración de vejiga: Capacidad 250 gr. No hay retención.

*Cistoscopia.* — Mucosa vesical sana. Muy deformada la cavidad vesical exige la colocación del cistoscopio casi verticalmente para poder examinarla. El levantamiento del suelo vesical es tan considerable que en ninguna porción se consigue separarlo de la lente por lo que es imposible su observación.

En la pared vesical anterior existe una impresión de sínfisis pubiana muy marcada. Tacto: próstata pequeña y normal. Por encima de ella el dedo se desvía hacia el sacro, rechazado por un levantamiento marcado de superficie lisa, indoloro y francamente renitente.

La palpación combinada con el tacto permite comprobar que es el mismo tumor líquido palpable en el hipogástrico.

Azohemia 0.56 gr. %.

Examen de sangre:

Glóbulos rojos	4 250.000
"    blancos	9.375
Granulocitos neutrófilos	56.33 %
"    eosinófilos	9.33 %
"    basófilos	0. %
Monocitos	2 %
Linfocitos	32.23 %

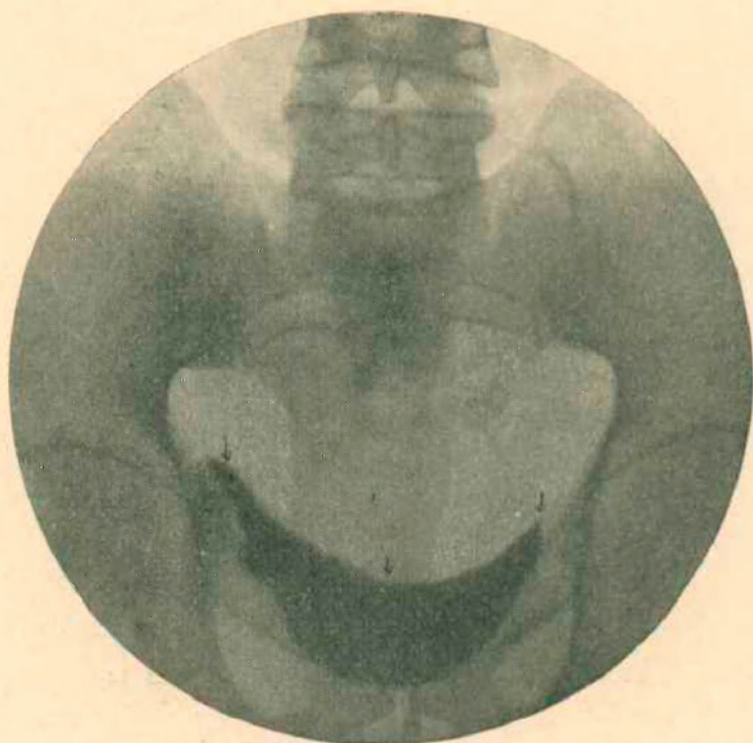
R. Wasserman: Positiva débil.

R. de Cassoni: Positiva franca.

R. de Ghedini: Positiva franca.

*Cistografía.* — La radiografía vesical con substancia opaca muestra una gran deformación de la misma, dando la impresión clara de un tumor que la comprime, deprimiéndola y formando en conjunto una media luna de concavidad superior.

*Operación.* — Anestesia general con éter. Incisión mediana suprapubiana.



Observación N<sup>o</sup> 3. Cistografía.  
Pronunciada compresión vesical provo-  
cada por un quiste hidático.

Como el peritoneo se desprende con dificultad, se aborda al quiste por vía peritoneal. "Formolage" previo y aspiración con el aparato del Prof. Finochietto. Marsupialización y drenaje. Post-operatorio normal. Curación.

Observación N<sup>o</sup> 4: C. M. de 28 años, procedente de esta Capital, nos consulta en el Consultorio Externo de la Sala del Prof. Maraini en el Hospita Rawson en julio de 1934.

*Antecedentes personales y familiares.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Hace aproximadamente 6 o 7 meses comienza a sentir fuertes dolores en la primera izquierda con sensación de adormecimiento.

Al poco tiempo nota gran dificultad a la micción que se realiza con chorro fino en espiral y sin proyección. Tenesmo vesical y polaquiuria cada 30 minutos de día, 4 o 5 micciones en la noche.

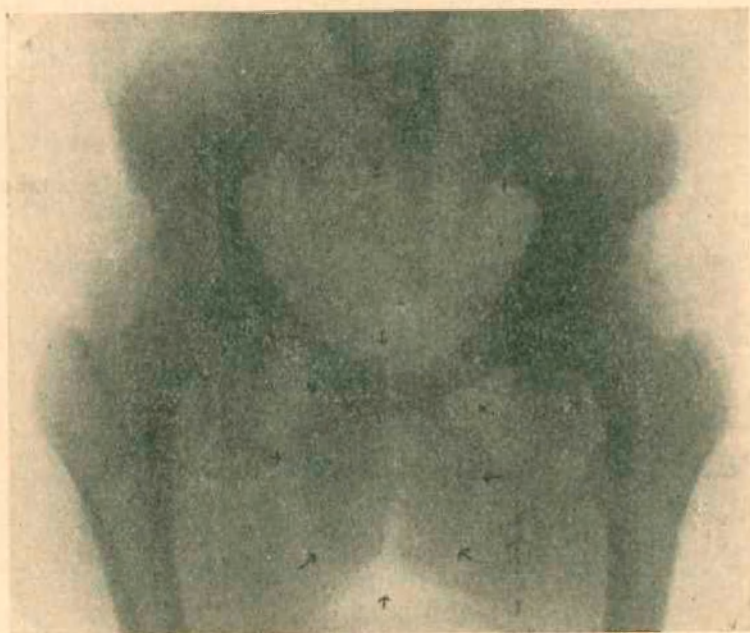


En un mes sufre 4 accidente de retención completa que obligan a sondearlo. El acto defecatorio lo realiza con gran dificultad, siendo la deposición en forma de "cinta".

Visto en el campo por un facultativo. diagnostica estrechez uretral y prostatitis. aconsejando el tratamiento respectivo. En esas condiciones el enfermo nos consulta.

*Estado actual.* — Buen estado general. Apetito conservado. No hay fiebre ni escalofríos.

Micción: Frecuente de día y de noche se realiza cada 1 o 2 horas.



Observación N° 4. Radiografía simple.  
Quiste diático pelviano en franco contac-  
to con el periné.

Disuria intensa durante toda la micción: chorro fino y deformado.

Inspección de la esfera genitourinaria: Nada de particular.

Exploración uretral: El explorador N° 18 franquea con facilidad la uretra anterior no así la posterior que se halla visiblemente desviada y comprimida.

Exploración vesical: Capacidad vesical 300 gr. Retención 50 gr. La cistoscopia no se realiza por resultar imposible el paso del cistoscopio.

Tacto: Próstata rechazada hacia la derecha y con caracteres normales. Se constata por encima de ella la presencia de un tumor que impide introducir el dedo entre él y la concavidad del sacro: tumor lateralizado a la izquierda, liso, poco doloroso, imposible de limitar, francamente renitente. Hacia abajo descendiendo mucho, llegando casi al diafragma: urogenital hacia arriba por palpación combinada, se consigue ubicarlo en el "fondo" de la fosa iliaca izquierda.

Azohemia 0 44 %.

Reacción de Imaz Lorentz: Negativa.

Reacción de Cassoni: Negativa (realizada en 2 ocasiones).

Examen de sangre: Eosinofilia 1 %.

*Radiografía simple.* — Se constata en la parte baja y central de la región pelviana un tumor ovoide, casi redondo, del tamaño de un melón chico, que hacia abajo da la impresión de "apoyarse" en el perine y hacia arriba apenas sobrepasa el borde superior del pubis.

Cistografía anteroposterior con yoduro de sodio al 5 %; vejiga de contorno normal, no se observa ninguna modificación en ella.

*Operación.* — Anestesia general con éter. Talla perineal. Separados los músculos del diafragma urogenital, se reconoce la pared de un tumor líquido.

La punción denota líquido "cristal de roca".

Formolización previa, abertura, se quita la membrana madre y abundantes vesículas hijas. Formolización prolija con gasas embebidas en formol al 10 %.

Marsupialización y drenaje. Post-operatorio normal.

Micción y defecación perfecta: Alta, curado a los 2 meses.

#### BIBLIOGRAFIA

ALBARRAN. — *Tumeurs de la vessie.*

BARTHEZ. — *Emission d'hydatides avec les urines.* — Bull. Soc. Anat. 1836. Pág. 172.

BEUTLEY SQUIER. — *Kystes a echinocoques recto vesical.* — Annals of Surgery, 1914. Pág. 396.

BONNEAU R. — *Kyste hydatique du bas-fond de la vessie.* — Congrès Français d'Urologie, 1922. Pág. 338.

BRUN. — *Kyste du bassin ouvert dans le canal intestinal et dans la vessie.* — Th. Paris, 1834.

BUTRUILLÉ. — *Kyste multiloculaire de la prostate.* — Bull. Soc. Anat. 1878.

COCHIEZ L. e MARTEL G. — *Quiste hidático retrovesical operado por vía trans-vesical.* — Journal d'Urologie, 1926, II Sem. Pág. 139.

CRANWELL D. — *Les kystes hydatiques retrovesicaux chez l'homme.* — Revue de Gynecologie, 1907.

CHARCOT. — *Memoire sur les kystes hydatiques du petit bassin.* — Mem. de la Soc. de Biologie, 1852.

DAVAINE. — *Traité des entozoaires de l'homme et des animaux.* — Paris, 1877.

DE LAVIGNE. — *Kystes hydatiques du petit bassin.* — Th. Bordeaux, 1893.

DEVÉ M. — *De l'echinococose secondaire.* — Th. Paris, 1901.

DEVÉ M. — *Kystes hydatiques du bassin.* — Revue de chirurgie, 1924.

DEVÉ M. — *Des greffes hydatiques post-operatoires.* — Revue de chirurgie, 1902.

- DEVÉ M. — *Grefte hydaique et ether* Soc de Biologie. — 1914.
- DUERING E GISCARD. — *Quiste hidático retrovesical primitivo en el hombre.* — Journal d'Urologie. 1931. I Semestre. pág. 482.
- DURRIEUX. — *Kystes hydaiques de la prostate.* — Congrès d'Urologie. Paris. 1904. - Oct.
- FAIRBANK. — *Retention of urine from a hydatic cyst in the pelvis* Trans. --- Clin. Soc. London, t. XXIII. 1890.
- EIOILLE. — *Kyste hydaique retro-vesical operé par la voie sacro-coccy perineale.* — Soc. de Chirurg., 1923.
- FURSTENBERG. — *Kystes hydaiques paravesicaux.* — Annales des maladies des org. genit. urin., 1910. pág. 1160.
- GETTEN. — *Kystes hydaiques retro-vesicaux.* --- These. Paris. 1898.
- GUYON. — *Annales des maladies des organes génito urinaires.* — 1905. Vol. I.
- HERRERA VEGAS Y CRANWELL. — *Los kistes hidáticos en la República Argentina.* — Bs. As., 1901.
- HARTMANN. — *Kystes hidaiques pelviens et retention d'urine.* --- Annales des maladies des org. genit. urin., 1904. pág. 605.
- JENDY. — *Contribution a l'étude du kyste hydaique rétro-vésical chez l'homme.* — Thèse. Paris. 1913.
- KAVENSKY. — *Kuste echinococcique autour de la prostate.* — Annales des Maladies des org. genit. urin., 1905. pág. 675.
- LAVIGNE. — *Etude des Kys Hydai du petit bassin.* — Thèse Bordeaux. 1893.
- LEGUEU. — *Rapport presente au Congrès national de Gynécologie d' Obstetrique et de Pédiatrie de Rouen.* — 1904. Avril.
- LEHULLIER. — *Dé la rétention d'urine dans les kistes hydaiques du petit bassin.* — Thèse. Paris. 1903.
- LLANOS M. — *Quiste hidático retrovesical en el hombre.* --- Revista de Cirugía. Año 1932. pág. 504.
- MASMEJEAN. --- *Contribution a l'étude des kistes hydaiques retro-vesicaux chez l'homme.* — Thèse de Montpellier. Janv., 1905.
- MOUILLE. — *Kystes hydaiques retro-vesicaux chez l'homme.* — Thèse. Paris. 1899.
- MONTES Y GARCÍA. — *Quiste hidático retro-vesical. Retención completa.* --- Soc. Urologia. 1929. t. 2. pág. 371.
- NICAISE. — *Emission d'hydaiques par les voies urinaires.* — Assoc. Franc. d'Urol., 1920. pág. 585.
- NICAISE ET ORAISON. — *Kystes hydaiques de la prostate.* — Encyclopedie Française d'urologie. 1923. IVI. pág. 409.
- NIN POSADAS. — *Quiste hidático retro vesical operado por la via transversal.* --- La Semana Médica. 1923. pág. 530.

- ORTIZ H. Y GARCÍA. — *Quiste yuxtavesical abierto espontáneamente en la vejiga.* Rev. Méd. Lat. Americ., 1933, pág. 529.
- PLAUTY-MAUSCIÓN. — *Des kystes de la prostate.* — Thèse. París. 1878.
- SAXAHAUSKY. — *Kyste hydatique retro-vesical.* — Ann. des maladies des org. gen. urin., 1901, pág. 190.
- TILLAUX. — *Kyste hydatique de la prostate.* — Bull et Mem. Soc. Chirurg., 1883.
- TILLAUX ET LEGRAND. — *Kyste hydatique du muscle vesical.* — Bull et Mem. Soc. Chirurg., 1895.
- TOBIÁS J. IACAPRARO GUILLERMO. — *Voluminoso quiste hidático pelviano solitario en el hombre.* — Anales del Ateneo de Clínica Médica. 1933, pág. 75.
- TUFFIER. — *De l'incision sus pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région retro-vesical.* — Congrès Français de Chirurgie. 1891.
- WALTHER. — *Kyste hydatique sus prostatique.* — Bulletin de la Société Anatomique. 1886, pág. 749.
- ZERBINI C. Y OLIVA F. — *Quiste hidático de la próstata.* — La Semana Médica. 1934, pág. 1874.

# Sociedad Argentina de Urología

---

## COMISION DIRECTIVA, 1935

<i>Presidente</i> . . .	Dr. BERNARDINO MARAINI
<i>Vic -Presidente</i> . . .	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Secretario</i> . . .	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesorero</i> . . . . .	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

---

3ª. Sesión científica — 27 de Junio de 1935.

Trabajos científicos presentados:

**R. de Surra Canard y J. San Miguel:**

"Herida poco frecuente de la vejiga".

**Juan Salieras:**

"Tumor del cáliz superior del riñón izquierdo".- Diagnóstico pielográfico".

**Ubaldo Isnardi:**

"Adenoma de próstata pediculado en la uretra posterior".

**Gerardo Vilar y Anibal Rebello:**

"Volvulus doble de los testículos".

**Héctor Berri:**

"Procesos reno-ureterales en falsos apendiculares".

**A. Von der Becke y José C. Delorme:**

"La anestesia con protóxido de nitrógeno en cirugía génito-urinaria".

ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:* Von der Becke, Castaño, Cacciatore, Galvez, García, Iacapraro, Isnardi, Maraini, Montes, Rebaudi, Salleras, Schiappapietra, Surra Canard y Vilar.

*Socios Adherentes:* Albornoz, Berri, Cartelli, Comotto, Garate y Grimberg.