

Hospital Rawson; Servicio de Urología,  
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por el Doctor  
ARMANDO TRABUCCO

## QUISTE DE VESICULAS SEMINALES

EL presente caso trata de una de las afecciones más raras que pueden sobrevenir en el aparato genital.

### HISTORIA CLÍNICA

En el mes de octubre de 1933, se presentó ante nosotros N. N., enviado por el Dr. Camilo Cichero, presentando una inflamación aguda del epididimo derecho. Relata el enfermo que la noche antes estando en una sala de espectáculos, de golpe y sin mediar ningún traumatismo, comenzó a sentir molestias y dolores en el cordón como en el testículo derecho; estos dolores fueron aumentando rápidamente y de tal manera que lo obligaron a retirarse a su domicilio antes de finalizar el acto; dice el enfermo que estos dolores se irradiaban hacia la parte interna de la pierna derecha.

*Estado actual.* — Del examen somático hecho con especialidad sobre el aparato genital me fué posible constatar, aparte de la franca inflamación del cordón y del epididimo derecho que estaba grande, tumefacto y muy doloroso, una pequeña gota de pus amarillento que asomaba espontáneamente por el meato uretral. La prueba de los dos vasos nos dió ligera turbidez en el primer vaso únicamente, el segundo claro.

La micción se hacía sin molestias ni ardores.

Interrogado el enfermo sobre un posible contagio, negó terminantemente su posibilidad, debido a que siempre se munía de las más seguras precauciones para sus coitos.

El examen bacteriológico de la pequeña porción de pus recogida de su uretra nos dió el siguiente resultado: Coloración de Gram. Se observan algunos estafilococos, numerosos colibacilos, glóbulos de pus. Se le instituye un tratamiento antiflogístico para el testículo y se tienen en observación con respecto a su uretritis.

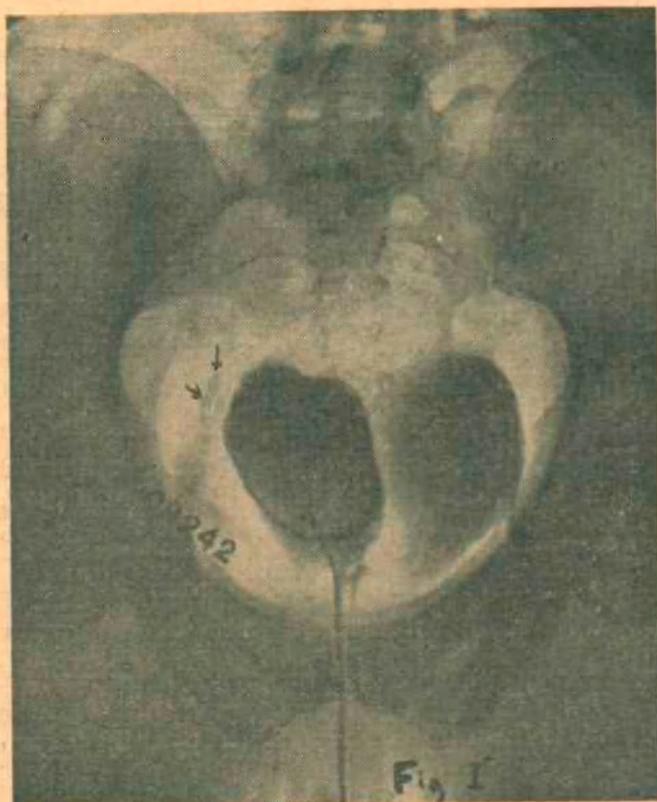
Dos días después vuelve a vernos por una epididimitis del lado izquierdo, con las mismas características de presentación que la del lado derecho.

En vista de esta segunda complicación resolvimos instituir tratamiento para la uretritis y le indicamos grandes lavajes con Rivanol 0,10 ‰, cediendo ésta rápidamente, lo mismo que las epididimitis.

Un mes más tarde N. N. de nuevo nos consulta por ciertos trastornos que

sentía al orinar; notaba que era necesario hacer una espera antes de poder conseguir iniciar la evacuación de la vejiga; también estaba especialmente alarmado por la falta de líquido de eyaculación. Comprobó que el semen eliminado era mucha menor cantidad que antes de sus trastornos. Este episodio no modificó ni el orgasmo venéreo, ni la libido ni la erección.

Practicamos en ese momento un segundo examen sobre su aparato genital, como no lo hicimos anteriormente debido a la agudez del caso, y así pudimos comprobar que tenía orinas claras y limpias. A la inspección se mostraban los genitales externos



sin anormalidad. La palpación de los testículos permitía comprobar dos núcleos indurados, uno en cada lado, situados en cola de epididimo.

El tacto rectal nos permitió sentir una próstata normal pero por arriba de ella, en el lugar de la vesícula seminal derecha, había una gran tumoración dolorosa, palpable únicamente en su polo inferior, de consistencia elástica, renitente. La palpación bimanual, con la mano izquierda en el hipogastrio permitía apreciar el tamaño de esta tumoración, pudiéndosele comparar al de un pequeño huevo de avestruz. Estaba situada a la derecha de la línea media.

Vesícula seminal izquierda aplicada contra la pared interna de esta tumoración.  
Citoscopia. Usamos el Panendoscopio de McCarthy.

Cateterismo fácil hasta uretra posterior. Desde allí nos fué completamente imposible introducirlo en vejiga; en vista de eso y por la calidad del aparato, pensamos tratar de conseguir nuestro fin bajo el control de la vista, pero, al sacar el mandril del citoscopio, ante nuestra sorpresa, y la de los que nos ro-

deaban, salió un líquido a presión de color amarillo marrón, de aspecto muy turbio, de olor ligeramente alcalino y pegajoso al tacto. El análisis químico de este líquido permitió comprobar la presencia de mucina únicamente. No había elementos organizados de ninguna especie. La cantidad de líquido evacuado fué aproximadamente de 300 gramos.

Una vez vaciada esta cavidad nos fué fácil introducir el endoscopio en vejiga, la cual dejaba ver su mucosa en estado normal; el cuello de la vejiga tenía su labio inferior ligeramente tumefacto; la uretra posterior era irregular con



paredes rojizas y edematosas, verumontanum aframbuesado; entre éste y el cuello vesical se abría una boca del tamaño de un grano de pimienta con bordes irregulares, que se dejaba cateterizar fácilmente permitiendo la introducción de una sonda ureteral íntegramente.

*Radiografías.* — La radiografía simple de la vejiga no dió nada de anormal.

La radiografía con una sonda ureteral opaca, introducida en la boca, vista en uretra posterior, nos permitió ver a esta sonda arrollada dentro de una cavidad en la pequeña pelvis colocada lateralmente a la derecha de la línea media.

La radiografía con substancia opaca, siguiendo la siguiente técnica: cateterismo de la cavidad con una sonda ureteral N<sup>o</sup> 10; relleno de esta cavidad con 350 grs. de Ioduro de Sodio al 7 %, y para hacer contraste hicimos un cateterismo de la vejiga con el fin de introducir en ella especialmente 500 grs. de aire para contrastar la imagen dada por el Ioduro. La figura I, que es una radiografía sacada con rayo normal anteroposterior, nos permite apreciar una gran sombra

que contiene en su interior la sonda opaca arrollada sobre sí misma y una de cuyas vueltas está en íntima relación con sus bordes. Esta sombra es de forma ovoide con un polo inferior regular y otro superior que tiene dos lobulaciones con bordes bastante nítidos. Este ovoide está orientado de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro. Su borde interno, bien nítido está en contacto con la línea media en su parte inferior. Su borde externo, también nítido, situado a tres traveses de dedo por fuera del interno. En el borde externo, a la altura de su unión con el polo superior, podemos notar claramente una sombra lineal que describe una concavidad hacia arriba y luego desciende hasta la altura de su salida para volver a describir otra concavidad hacia arriba más alta que la anterior y volver a descender nuevamente, paralela a la rama ascendente hasta perderse en la línea innominada.

En esta radiografía hay otra sombra situada a la izquierda de la anterior y separada de ella por una zona clara. Tiene forma ovoide, su borde externo es nítido y su borde interno difuso.

Para completar el estudio radiográfico hemos sacado otra prueba usando el ángulo de incidencia oblicuo anterior izquierdo (Fig. 2). Podemos ver que la sombra ovoidea de que hemos hablado anteriormente y que tenía la sonda opaca adentro, conserva sus características generales, observándose su perfil perfectamente nítido con una pequeña elevación en la parte media del borde superior. Es de notar que la vejiga llenada con aire se encuentra situada por encima de esta imagen.

La otra sombra que se ve es la que figuraba a la izquierda en la radiografía con rayo normal; puede comprobarse que se halla dentro de la claridad vesical y que sus bordes anterior y superior están esfumados.

La evolución inmediata de este caso fué muy buena. Cesaron completamente sus trastornos disúricos.

Al mes fué necesario verlo de nuevo por la vuelta del retardo a la micción y sensación de peso en periné. Comprobamos que se trataba de una nueva formación de líquido en el mismo sitio que anteriormente.

Se provoca la apertura en uretra posterior, evacuándose 150 grs.; las características físicas y químicas del contenido eran exactamente iguales a las anteriores.

El día 1º de agosto de 1935 vimos nuevamente al enfermo que evolucionó muy favorablemente, no volviendo a tener disúrea ni molestias.

El examen semiológico del aparato genital no da nada de anormal salvo dos pequeños núcleos epididimarios indoloros.

El examen microscópico del líquido de eyaculación no acusa presencia de espermatozoides.

#### INTERPRETACIÓN DEL CASO

Del examen clínico de este caso se desprende un hecho importante y es: la presencia de una tumoración grande, regular, renitente, situada anormalmente por arriba de la próstata, detrás de la vejiga y por delante del recto; situación que de por sí indicaría que

se trata o por lo menos tiene relaciones muy íntimas con vesículas seminales. Su unidad y lateralización a la derecha con desaparición de la vesícula seminal de ese lado y conservación de la del lado opuesto indicarían que es ese órgano en especial.

Esta suposición, y decimos suposición porque no podemos asegurar de una manera categórica por el simple examen semiológico, debemos comprobarla de algún modo más objetivo; para eso hemos recurrido al examen radiográfico, que creo nos da la pauta sobre la solución de este problema. En efecto, nos ratifica la situación, tamaño y límites que nos daba el tacto rectal.

El llenamiento con substancia opaca de esa cavidad nos hace suponer que debe ser vesícula seminal derecha dilatada, por un signo de suma importancia, y este es el reflujo del ioduro de Sodio por el conducto deferente del mismo lado. Dicho conducto no podría haberse llenado de ninguna manera sino mediante su amplia comunicación con la vesícula seminal.

En cuanto a la otra sombra que hallamos en las radiografías, a mi entender, se trata del exceso de líquido que rellenaba el quiste de la vesícula seminal derecha que ha refluído a vejiga y se ha acomodado en la parte de más declive. La parte más declive, por lógica, tiene que estar situada a la izquierda; no podría ser de otra manera porque la base y bajofondo vesical del lado derecho tienen que estar levantados por el tumor subyacente.

Para comparar la presente historia clínica con los casos publicados anteriormente creemos necesario, ya que son tan pocos, hacer un pequeño resumen de ellos.

*Caso de Ralfe.* — Hombre de 28 años. Quiste izquierdo que llegaba hasta el ombligo. Vesícula seminal derecha atrás del quiste y conductos deferentes bordeando su base. El líquido contenido en este quiste era serosanguinolento.

*Caso de Smith, citado por Voelcker.* — Quiste con 5 litros que llegaba hasta el ombligo y hacía prociencia en recto. Líquido color marrón.

*Caso de Güteras (1904).* — Quiste que llenaba pelvis levantando el espacio de Douglas. La incisión suprapúbica dió un líquido seroso con colesteroína y equinococos. La intervención no pudo afirmar la procedencia vesicular. Probablemente se ha tratado de un quiste hidatídico del espacio de Douglas.

*Caso de Fisk, citado por Schwarztwald.* — Quiste de pequeña pelvis que daba trastornos a la micción. Por punción se extrajo un líquido marrón turbio, cuya cantidad ascendía a 500 gramos.

*Caso de Emmerich.* — Hombre de 74 años, muerto por una leucemia. En la autopsia, aparte de las lesiones que se pensaba encontrar, se halló un tumor

fluctuante, situado en la pequeña pelvis entre vejiga y recto, que comunicaba con el deferente izquierdo por un trayecto del grosor de un dedo pulgar y de seis centímetros de largo; las paredes del quiste eran planas, de dos milímetros de espesor y su contenido de consistencia acuosa y de color amarillento.

Faltaba riñón y ureter derecho.

Vesículas seminales normales.

Este caso es interesante porque revela un trastorno embriológico real, a saber, la ausencia de la formación metanéfrica derecha y la falta de involución tal vez de una parte del conducto de Müller, origen del quiste.

*El caso de Zinner* (1914). — Enfermo de 18 años de edad, que desde hace año y medio tiene retardo a la micción.

Tumor renitente que ocupa el hipocondrio derecho rechazando a la vejiga hacia la izquierda.

La exéresis dió salida a abundante cantidad de líquido de color amarillo marrón, espeso, que contenía elementos organizados y espermatozoides degenerados. La autopsia demostró que era un quiste de vesícula seminal derecha.

*Caso de Damsky*. — En 1907 observó en un sujeto de 45 años, sin pasado venéreo y sin trastornos ni a la micción ni al coito, que se quejaba de dolor a la defecación. Palpó una gran tumoración en hipogastrio izquierdo que llegaba hasta el ombligo y que empujaba la pared rectal anterior hacia atrás.

La punción del tumor por recto dió un líquido marrón, turbio y sin olor, estéril, albuminoso y sin espermatozoides.

Después de la punción, volvió a repetirse, lo que motivó más tarde, por una serie de contratiempos, el vaciamiento operatorio por recto, y dando esta vez espermatozoides en su contenido.

*Caso de Boeminghaus*. — Enfermo con trastornos a la defecación y retención de orina. Por arriba de la próstata se palpaba un tumor de consistencia elástica, del tamaño de un huevo de gallina que dió por punción un líquido amarillo marrón sin elementos organizados de ninguna clase. La radiografía con Umbrenal dió una sombra redondeada situada en la línea media que llenaba además la vesícula seminal izquierda.

*Francke*, publicó un caso de quiste multilocular de la vesícula seminal, en el año 1927.

## CONSIDERACIONES

Siendo tan limitado el número de casos publicados hasta ahora y sobre todo tan incompletos, ya por falta de datos clínicos, ya por falta de radiografías o por falta de comprobación anatómopatológica, debido a la poca gravedad intrínseca de estos mismos, no nos permiten establecer de una manera segura y completa el problema de la patogenia de estos quistes.

Sin embargo, Englisch, que ha publicado el primer trabajo sobre el tema en 1875, basándose en sus observaciones de autopsias, atribuye la patogenia de estos quistes especialmente a la al-

teración del desarrollo ontogénico del aparato genital y los clasifica de acuerdo a las aberraciones embrionarias que podrían subsistir después de la complicada unión del aparato urinario y del genital. Así diferencia cuatro formas:

1º Quistes en la pared posterior de la vejiga por restos del conducto de Wolff.

2º Quistes medianos en la pared posterior de la vejiga por restos del conducto de Müller.

3º Quiste del utrículo prostático formado por la obliteración de los meatos de los conductos eyaculadores.

4º Quiste como consecuencia de la obliteración por inflamaciones de los alvéolos y divertículos de la vesícula seminal, pudiendo ser de esta manera uní o multiloculares.

En la revista de casos hemos visto que en el de Zinner atribuye el autor el desarrollo quístico de la vesícula a la falta de conducto eyaculador de ese lado.

Boeminghaus, en cambio, está de acuerdo con el segundo tipo de la clasificación de Englisch, y basa la patogenia de su formación en la involución anormal del conducto de Müller.

Por lo que hemos visto podemos colegir que la procedencia de estos quistes con gran contenido es de difícil averiguación. Lo probable es que exista siempre alguna aberración de origen congénito, que por su crecimiento lento o por compresión de otros órganos, o por una infección fortuita, se pongan de manifiesto y se objetiven de distinta manera.

Sin querer efectuar una especial clasificación, me parece lógico hacer descansar la patogenia de estos quistes sobre una base anatómica comprobadas por las investigaciones hasta ahora llevadas a cabo. Por esto creo que debemos buscar más bien en la falta del desarrollo y en la obstrucción de los conductos eyaculadores el posible origen de estos quistes.

La atresia de los conductos eyaculadores, siempre de origen congénito, hace manifestar esta enfermedad tempranamente, debe ser en la adolescencia cuando se inicia el desarrollo de la función espermática, mantenida latente hasta entonces.

No quiero significar que la función espermática forme el quiste, sino que en ese momento, por razones fisiológicas perfectamente demostradas, la vesícula comienza a actuar no sólo como reser-

sorio, sino también como órgano de secreción de productos que formarán el esperma. Si en este momento el conducto eyaculador falta, el producto de secreción y el contenido producirán un aumento considerable de dicho órgano con desplazamiento de los vecinos. En este caso no habría espermatozoides, por anulación obstructiva del testículo.

Por otra parte, cuando el conducto eyaculador no se ha desarrollado al estado en que normalmente lo hace, su luz será más pequeña, será de paredes inextensibles, y cualquier proceso, por leve que sea, puede producir la oclusión definitiva de las vesículas seminales con su formación quística concomitante. En estos casos podría haber en el contenido de estos quistes: células, espermatozoides en degeneración y eritrocitos. Diremos además, respetando la opinión de Damsky, que existen también aquellos casos en que la obstrucción de las vesículas seminales se hace por compresión de procesos en órganos vecinos.

En las tres circunstancias antes mencionadas es perfectamente posible comprender como no sobrevienen por la compresión del eyaculador, los cólicos vesiculares que es dable observar en las inflamaciones agudas de éstos: en este último estado la vesícula es sorprendida en plena función y con vaciamiento de su contenido perfectamente libre; en cambio en los procesos enunciados más arriba existe un acostumbamiento lento que anula la sensibilidad y hace tolerable su distensión.

Y para terminar, diremos algunas palabras sobre la evolución ulterior de estos quistes y algunas consideraciones que nos sugieren.

En ninguno de los casos publicados el quiste se ha abierto espontáneamente y eso que varios de ellos han alcanzado un volumen tal que permitía palparlos a la altura del ombligo.

En general, el malestar causado por su presencia ha llamado la atención y ya sea intencional o fortuitamente, se produjo la apertura y salida de su contenido.

En general se ha reproducido el líquido dos o más veces.

De acuerdo siempre con los casos comunicados, cuando se ha provocado la evacuación tanto por recto como por uretra, no ha habido infección consecutiva, a pesar de estar en contacto con medios infectados.

La curación parece producirse por etapas. En todos los casos la segunda evacuación ha sido de menor cantidad que la primera, y, por último, como método curativo creemos que es esencialmente quirúrgico, debiendo efectuar la evacuación del quiste mediante una amplia abertura y marsupialización de su bolsa para asegurar de este modo la cicatrización de adentro hacia afuera y alejar el peligro de cavidades que puedan reproducir el mismo proceso.