

Quiste de vesícula seminal con litiasis

Seminal vesicle cyst with lithiasis

Dres. Barros, D.
Castéra, R.
Herrera, M.
Medel, R.
Podestá, M.*

Presentamos un caso de quiste de vesícula seminal (VS) con macrolitiasis en un paciente prepúbere. Se trata de un niño de 11 años de edad, que consulta por IUR asociadas con dolor perineal, con antecedentes de epididimitis aguda derecha; descubriendo como hallazgo en los estudios por imágenes, agenesia de riñón derecho y una formación litiásica en vesícula seminal derecha. Se realiza la exéresis de la vesícula seminal derecha con la litiasis en su interior, evolucionando satisfactoriamente. Se analizan los distintos métodos diagnósticos para evaluar las vesículas seminales y las opciones de tratamiento, haciendo hincapié en los distintos abordajes quirúrgicos.

PALABRAS CLAVE: Vesícula seminal; Quistes; Litiasis.

A 11-year old boy with a cyst of the seminal vesicle associated with a stone inside the cyst, presented with a recurrent urinary tract infectious and perineal pain. There was a medical history of repeated right epididymitis and orchitis. Radiographic examinations demonstrated unilateral right renal agenesis and a big stone in the ipsilateral seminal vesicle. Both the right seminal vesicle and the stone were surgically excised via a posterior bladder approach. We report uroradiological examinations and surgical options for the management this rare entity.

KEY WORDS: Cyst, Seminal vesicle; Stone

*Unidad de Urología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.
Gallo 1330 (1425), Buenos Aires,
Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de las vesículas seminales representan un caso raro pero ilustrativo de las malformaciones congénitas secundarias a un defecto del desarrollo del brote mesonéfrico o del conducto de Wolff. A su vez, la patología litiásica de la VS es una entidad poco frecuente descrita por primera vez por White en 1928⁽¹⁾. A pesar de los avances de los métodos diagnósticos, la presencia de una masa retrovesical (quística o sólida) continúa siendo un desafío diagnóstico y un dilema terapéutico.

La mayoría de los casos comunicados en la literatura (aproximadamente dos tercios) describen quistes congénitos de las VS asociados con una agenesia o malformación renal ipsilateral^(2,11,16).

Los quistes de las VS pueden ser congénitos o secundarios a bloqueos de los conductos eyaculadores por procesos inflamatorios adyacentes.

Dentro de los estudios diagnósticos el de mayor utilidad en el paciente adulto es la ecografía transrectal; método inaplicable en la población pediátrica. En este grupo resulta necesario completar el estudio del árbol urinario con cistouretrografía miccional. Otros estudios de utilidad son la TAC, con cortes finos a nivel pelviano, quedando reservada la RNM con bobina endorrectal para los casos de más difícil definición.

A continuación presentamos un caso de quiste de VS con litiasis en su interior asociado con agenesia renal ipsilateral.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 11 años de edad que consulta al Servicio de Urología del HNRG, presentando antecedentes de infecciones urinarias a repetición y dolor perineal de seis meses de evolución. Entre los antecedentes se destaca una orquiectomía derecha por tumor benigno (según refieren los padres) hace 6 años. No refería ningún tipo de trastorno miccional.

Se le realizan los siguientes estudios complementarios:

1. *Ecografía Renovesical*: RI normal, RD ausente, vejiga normal, visualizando en zona retrovesical una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior compatible con litiasis de 4 cm.
2. *Urograma Excretor*: RD ausente, RI concentra y excreta correctamente el medio de contraste, se visualiza en pelvis ósea imagen cálcica de 3,5 x 2,7 cm.
3. *TAC*: Ausencia del RD. Se visualiza formación hiperdensa retrovesical de 3 cm de diámetro que des-

plaza al recto y la vejiga. Grasa perivesical normal, ausencia de ganglios patológicos.

4. *CUGM*: Vejiga de paredes lisas, sin reflujo vesico-ureteral, se visualiza imagen cálcica en el piso de la vejiga.
5. Se solicita informe de anatomía patológica de la orquiectomía: epididimitis aguda con componente testicular inflamatorio inicial.

Decidimos realizar cistoscopia bajo anestesia y proseguir en el mismo acto con la exploración quirúrgica.

Previo a la cistoscopia se realiza tacto rectal encontrando una formación dura y móvil de 3 cm de diámetro, aproximadamente a 4 cm del esfínter anal, en topografía correspondiente al piso vesical.

En la cistoscopia se visualiza a nivel del *veru montanum* orificio de 7 mm de diámetro, al ingresar al mismo se observa una formación quística con una gran masa litiásica en su interior. En la vejiga encontramos un hemitrígono con ausencia de meato ureteral derecho.

Se procede a la cirugía con un abordaje pre-peritoneal, accediendo a la vesícula seminal derecha de forma retrovesical, sin apertura vesical. Nos encontramos con una VS derecha reemplazada por una formación quística en cuyo interior se encontraba un cálculo que ocupaba la casi totalidad de la misma; el conducto deferente derecho desembocaba en dicha cavidad y la VS izquierda junto con su conducto deferente eran normales y estaban desplazados por la formación antes descrita.

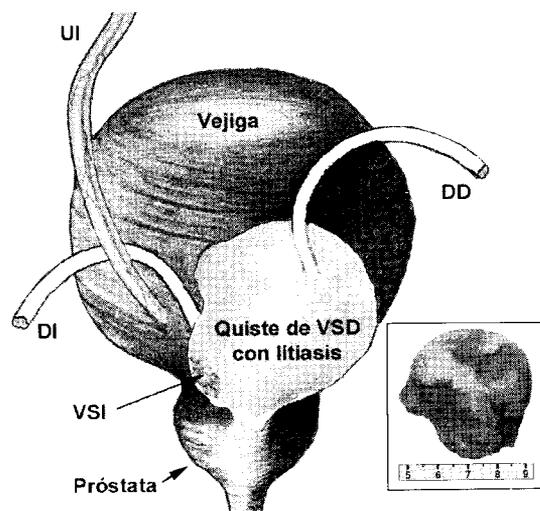


Foto 1. Esquema modificado de Shulman C.C. Acta Urológica Bélgica 40:2,1972. Foto del lito extraído.

Se extirpa luego la VS derecha con el cálculo en su interior y el conducto deferente derecho remanente, respetando la VS y el conducto deferente izquierdos.

El paciente evoluciona satisfactoriamente. La sonda vesical se retira a los 7 días postoperatorios y desaparecen los dolores perineales. El control a los treinta días con Videourodinamia mostró una vejiga de buena capacidad, sin reflujo vésico-ureteral ni residuo postmiccional, con buen pasaje del contraste a través de la uretra prostática y un flujo máximo de 13 ml/s. No volvió a repetir infecciones urinarias.

El estudio físico-químico del cálculo reveló la presencia de cristales de estruvita y de hidroxipatita. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica demostró la presencia de una formación sacular tapizada por epitelio pavimentoso, con vastos sectores reemplazados por tejido de granulación y conducto deferente que desembocaban en su interior.

DISCUSIÓN

Durante el desarrollo embriológico el uréter, la vesícula seminal, y el conducto deferente de cada lado se desarrollan de un conducto común: el conducto mesonéfrico o de Wolff. Mediante un complejo mecanismo se produce una separación de dichos elementos de forma tal que el uréter y el conducto eyaculador terminan desembocando en forma separada. Las posibles razones para explicar varias malformaciones, tales como quistes de utrículo prostático, quistes de vesículas seminales, ureteroceles y ectopías ureterales son la estrecha relación entre el conducto mülleriano, el conducto de Wolff, el uréter y los defectos en la regresión del conducto mülleriano. La asociación con otros desórdenes congénitos, tales como agenesia homolateral del riñón, hipospadias e intersexos ha sido demostrada, lo que enfatiza la necesidad de un examen completo del árbol urinario⁽²⁾.

La presentación clínica de una masa retrovesical en el varón es inespecífica, observándose con frecuencia una historia de dolores perineales, infección urinaria, epididimitis, hematospermia, dolor postcoital y, en algunos casos, trastornos miccionales. Síntomas agudos de sepsis, asociados con retención urinaria o trastornos miccionales son sugestivos de abscesos prostáticos o empiemas de utrículo prostático o VS.

Debido a la inespecificidad de los síntomas se aconseja estudiar a todo paciente pediátrico que consulta por cuadro de epididimitis, dolor perineal, o infección urinaria a repetición. Ese estudio debe comprender al árbol urinario en toda su extensión, teniendo en cuenta la frecuente asociación entre patología de las VS y malformaciones renales.

La aparición de la ecografía transrectal ha hecho que dicho estudio sea el método de elección para la visualización de dicha región en el varón adulto. En los niños, la ecografía transabdominal puede aportarnos algunos datos acerca de las VS. La TAC es un estudio



Foto 2. Ecografía visualizando quiste de VS con lito en su interior. CUGM visualizando la formación litiasica. TAC corte pelviano, donde se nota la ausencia del uréter derecho, la formación litiasica retrovesical y la vejiga de características normales.

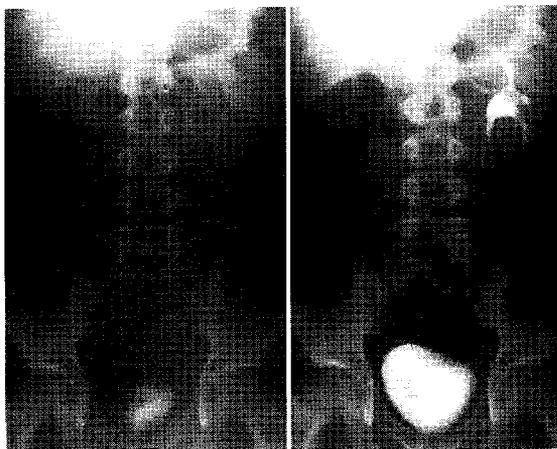


Foto 3. Urograma excretor. Rx. simple, se visualiza formación litiasica en pelvis. Rx. 15 minutos, se nota la ausencia de la unidad renal derecha, riñón izquierdo de características habituales, vejiga de bordes lisos, con la citada imagen sobreagregada.

recomendado por varios autores para las formaciones retrovesicales ya sea en adultos o en niños, debido a que muestra con claridad la relación anatómica entre los órganos pelvianos⁽¹⁵⁾. Queda reservada la RNM con bobina endorrectal para aquellos casos de difícil diagnóstico.

La deferento-vesiculografía es un estudio que se utiliza sobre todo para estudiar al varón infértil y que puede ser de utilidad para detectar las afecciones a las que nos estamos refiriendo, pero ha sido reemplazada por estudios más modernos y menos invasivos como los anteriormente descritos^(1,15).

Volviendo al caso que motiva nuestra presentación, nosotros nos planteamos fundamentalmente cuatro diagnósticos diferenciales:

1. quiste de VS;
2. quiste de utrículo prostático;
3. divertículo de uretra posterior;
4. litiasis de conducto eyaculador.

En contra del utrículo prostático, la formación era lateral con VS contralateral normal y genitales externos normales. El utrículo prostático se ubica en una posición medial y es común encontrarlo en los niños con hipospadias severos.

El divertículo de uretra posterior es una entidad muy poco frecuente y no se asocia con agenesia de riñón, de la misma manera que las litiasis de conductos eyaculadores. En pediatría frecuentemente observamos litiasis de VS asociadas con una disineria véscico-esfinteriana secundaria a una vejiga neurogénica. En estos casos la litiasis se explica por reflujo de orina hacia los conductos eyaculadores. Esta explicación no tendría validez en el paciente que presentamos, puesto que no presentaba trastornos miccionales, pero la formación del cálculo podría explicarse por la presencia de una infección crónica. La estructura fisicoquímica del cálculo sustenta esta teoría.

El tratamiento de las lesiones quísticas de las VS van desde una simple punción hasta una exéresis completa. Existen trabajos publicados de litiasis en utrículos o conductos eyaculadores extraídas por vía endoscópica⁽⁷⁾. En nuestro caso, la magnitud de la litiasis no dejaba lugar a otra táctica que la exéresis quirúrgica.

Las distintas formas de resolución tienen que ver con variadas formas de abordar esta patología. Los primeros tratamientos enfocaban la patología a través de una vía de acceso transrectal, realizando el drenaje de la cavidad y la extracción de litos⁽²⁰⁾.

Posteriormente, se desarrolló el acceso al espacio retrovesical a través del acceso perineal, presentando el

inconveniente de no contar con el acceso suficiente para poder realizar la exéresis con comodidad y la posibilidad de lesiones nerviosas.

Surge entonces el abordaje desde el espacio preperitoneal, siendo la vía clásica descrita por muchos autores^(1,5) a través de un acceso transvesical realizando una incisión en el triángulo otorgando un buen acceso quirúrgico, pero agregando morbilidad por la apertura vesical. Otra vía de abordaje a la cual adherimos en cuanto al acceso que nos da a la región y la escasa morbilidad es la vía laterovesical o retrovesical.

Creemos que el abordaje extraperitoneal y retrovesical es el más indicado en los niños. La exposición de las VS es excelente, se evita la apertura de la vejiga y los riesgos de lesionar órganos vecinos son mínimos.

Últimamente se han desarrollado varias técnicas de abordaje laparoscópico de las VS y probablemente, con el perfeccionamiento de las mismas, la laparoscopia se convertirá en el método de elección en el futuro^(16,17,22).

CONCLUSIONES

Este caso clínico reafirma la necesidad de estudiar en forma completa a todo niño que consulte por IUR o antecedentes de orquiepididimitis.

Podemos decir que la ecografía convencional resultó muy útil, puesto que mostró la litiasis retrovesical y la ausencia de riñón derecho. De cualquier forma es imperativo completar con otros métodos para acercarnos al diagnóstico definitivo al que se llega habitualmente con la cirugía.

La vía retrovesical nos brindó un excelente campo quirúrgico para la exéresis de la VS y nos permitió respetar la vía seminal contralateral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams, R. D.: Surgery of the seminal vesicles. In: P. C. Walsh, A. B. Retik, T. A. Stamey and E. D. Vaughan Jr.: Campbell's Urology. Philadelphia: W. B. Saunders Co., pp. 2891-2904, 1992.
2. Beeby, D. I.: Seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis: case report and review of literature. *J. Urol.*, 112: 120, 1974.
3. Belet, U. y col.: Prevalence of epididymal, seminal vesicle, prostate, and testicular cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Urol.*, 60 (1): 138-141, 2002.
4. Steers, W. D. y col.: Seminal vesicle cyst: Profile. *Urol.*; 26: 177-178, 1986.
5. Hinman, F. Jr.: Excision of Utricular Cyst. En: Atlas of pediatric urologic surgery. Philadelphia: W. B. Saunders Co., Ch. 136, pp. 679.
6. Njeh, M. y col.: Lutricule prostatique pathologique: à propos de 2 observations. *Progrès en Urologie*, 7: 281-285, 1997.

7. Zachary Gordon, B. Sc. y col.: Endoscopic extraction of an ejaculatory duct calculus to treat obstructive azoospermia. *J. Endourology* 15 (9): 949-950, 2001.
8. Omo-Dare P. y col.: Posterior urethral diverticulum in the male. *Br. J. Urol.*, 445-450.
9. Tundidor Bermúdez y col.: Dilatación quística del utrículo prostático. *Arch. Esp. de Urol.*, 53 (5): 464-467, 2000.
10. Pellice I.; Vilalta y col.: Agenesia unilateral deferencial, asociación conjunta a una ausencia de epidídimo, vesícula seminal y unidad renal del mismo lado. Caso Sucinto. *Actas Urol. Esp.*, 22 (5): 454-457, 1998.
11. Surya, B. y col.: Cysts of the seminal vesicle: diagnosis and management. *Br. J. Urol.*, 62: 491- 493, 1988.
12. Adeyoju, A. B. y col.: Congenital seminal vesicle cysts: an unusual but treatable cause of lower urinary tract/genital symptoms. Case Report. *BJU International*, 87: 901-902, 2001.
13. Sharma, T. C. y col.: Bilateral seminal vesicular cysts. *J. Urol.*, 102: 741-743, 1969.
14. Kavoussi, L. R. y col.: Laparoscopic approach to the seminal vesicles. *J. Urol.*, 150: 417-419, 1993.
15. Dahms, S. E. y col.: Retrovesical mass in men: pitfalls of differential diagnosis. *J. Urol.*, 161: 1244-1248, 1999.
16. Ikari, O. y col.: Laparoscopic excision of seminal vesicle cysts. *J. Urol.*, 162 (2): 498-499, 1999.
17. Carmigiani, G. y col.: Video laparoscopic excision of a seminal vesicle cyst associated with ipsilateral agenesis. *J. Urol.*, 153: 437-439, 1995.
18. De Simone, G. y col.: Diagnostic echographique d'un cas rare de diverticule de l'uretre posterieur. *J. d'Urologie*, 94 (4): 233-235, 1988.
19. Weson, L. y col.: Case profile: seminal vesicle stones. *Urol.*: 22 (2): 204-205, 1983.
20. Carachi, R. y col.: Case Report. Recurrent epididymo-orchitis in a child secondary to a stone in the seminal vesicle. *BJU*, 79: 997, 1997.
21. Li, Y. K.: Diagnosis and management of a large seminal vesicle stones. *BJU*, 68 (3): 322-322, 1991.
22. Cherullo, E. y col.: Laparoscopic management of congenital seminal vesicle cyst associated with ipsilateral agenesis. *J. Urol.*: 167 (3): 2002.