

Serv. de Urología del Hosp. T. Alvarez
Jefe: Dr. Pedro Wallace

Por el Doctor
RODOLFO I. MATHIS

QUISTES HIDATICOS RETRO- VESICAL E INTRAPERITONEAL

ES objeto de esta comunicación presentar un caso de enfermedad hidática cuyo tratamiento fué abordado por nosotros en su localización intraperitoneal y retrovesical. La técnica seguida, de acuerdo con lo aconsejado por el Prof. Surraco, era casi obligada en nuestro enfermo, y nos permitió efectuar una completa exploración de la cavidad peritoneal, sobre cuya importancia volveremos.

Se trata de B. S. cuya historia clínica consta en el libro II, folio 277. De 40 años de edad, argentino, agricultor, procedente de un establecimiento de campo de la Provincia de Buenos Aires, ingresa a la sala VIII del Hospital T. Alvarez el 4 de octubre del año 1939 donde ocupa la cama 4.

Sin antecedentes hereditarios de importancia, padece de las eruptivas comunes de la infancia. Casado, su esposa tiene 4 hijos sanos, uno con hidrocefalia y uno fallece al año de edad de meningitis. Padece de una fiebre intestinal, indefinida a los 20 años de edad que le dura un mes. Cuatro años antes de su ingreso sufre un serio traumatismo, con la fractura de cuatro costillas del lado izquierdo, y fractura del tercio inferior de la pierna derecha.

Su enfermedad actual comienza 8 meses antes de su ingreso al notar por debajo de la región umbilical una tumoración que va creciendo progresivamente hasta hacerse del volumen que tiene en la actualidad; dicho tumor no le trae absolutamente ninguna molestia, es perfectamente indoloro y el enfermo nota que se desplaza con facilidad. El estado general se conserva perfecto.

El estado actual levantado el 6 de octubre revela un enfermo bien constituido, con regular panículo adiposo, afebril y con un pulso de 70 al minuto de caracteres normales.

El examen clínico general es negativo.

El abdomen presenta a la inspección, la región umbilical por debajo del ombligo una visible deformación provocada por un tumor cuyos bordes no se circunscriben con nitidez. Llegando a alcanzar el tamaño de una toronja aunque

de forma irregular haciendo una punta saliente en su extremo izquierdo. Dicha tumoración que no se mueve con los movimientos respiratorios es borrada con la contracción de los músculos abdominales.

La palpación corrobora las anteriores apreciaciones y nota dos prolongaciones laterales redondeadas pronunciadas. La movilidad palpatoria es nula en el sentido longitudinal pero en cambio es grande en el sentido transversal, pendu-

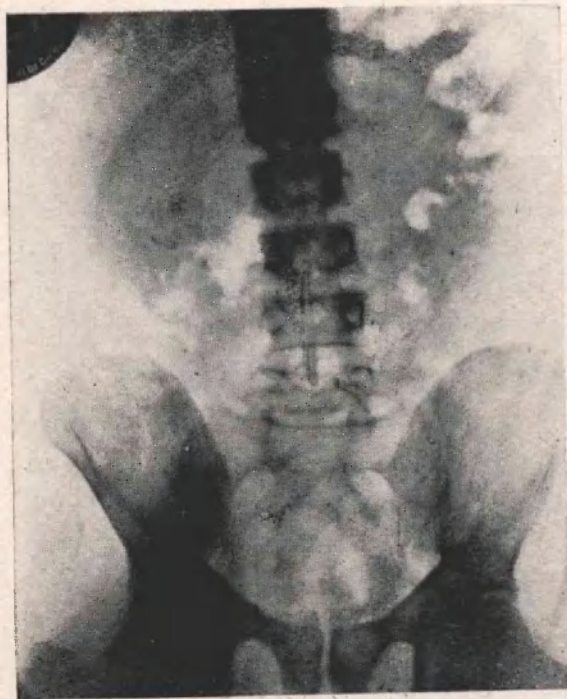


Figura 1

Radiografía simple de árbol urinario. Sin particularidad, excepción hecha de sombras de calcificación de un quiste hepático.

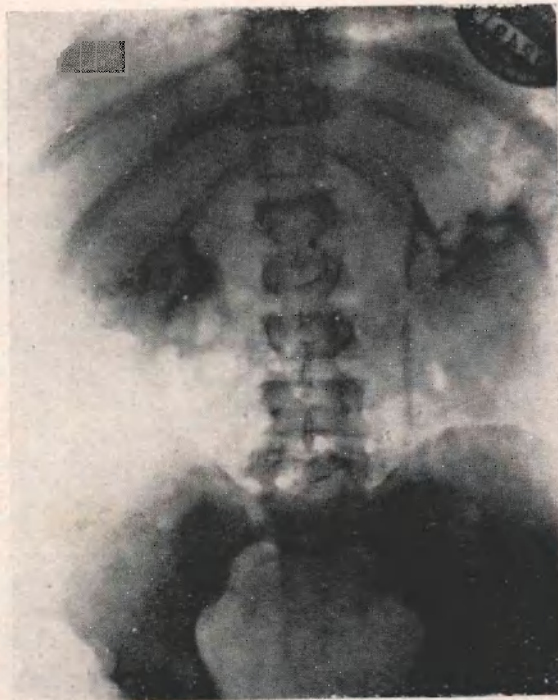


Figura 2

Urografía excretoria. Prueba a los diez minutos de la inyección.

larmente que recuerda los tumores del mesenterio. La percusión es mate a nivel del tumor rodeado de zona timpánica. Existe un claro frémito hidático.

El resto de la exploración del abdomen, sin particularidad. El tacto rectal acompañado de la palpación, muestra la existencia de otro tumor, de más o menos el mismo tamaño que el anterior, ubicado en el plano retrovesical, asomando espontáneamente apenas en la región hipogástrica, de superficie lisa, redondeado renitente e indoloro. Por su parte rectal se aprecia que llega hasta dos traveses de dedo por encima de la glándula prostática, que es de caracteres normales.

Los exámenes analítico practicados revelan: (29 - IX).

Glucemia: 0.95 %.

Urea en suero: 0.43 %.

Wassermann y Kahn en sangre: negativas.

Análisis químico de orina: normal.

Análisis de sangre: Recuento globular: glóbulos rojos 4.500.000; glóbulos blancos: 15.000. Fórmula leucocitaria: eosinófilos 1%; neutrófilos 78; linfocitos, 18%.

Tiempo de coagulación 8 minutos; de sangría 4 minutos (Duke).

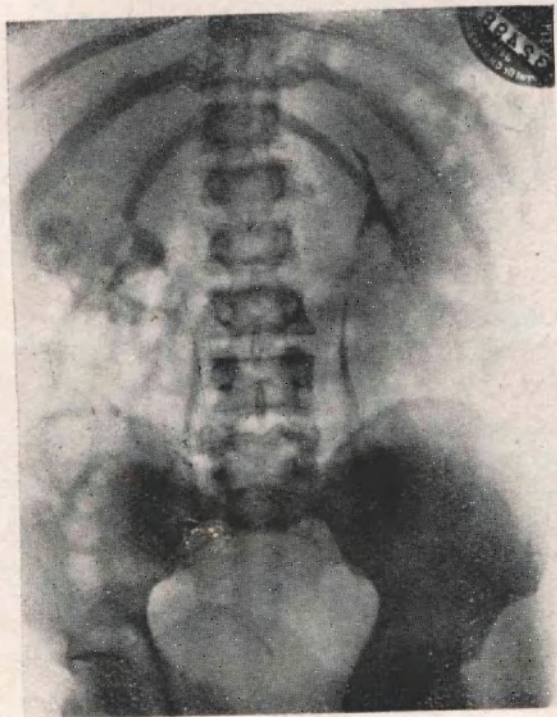


Figura 3
Urografía excretoria al Uroselectán
B. Prueba a los 25 minutos de la
inyección. Constipación urinaria. De-
formación del contorno vesical.

Intradermo reacción de Cassoni: positiva.

Estudio radiológico:

Radiografía simple negativa, excepción hecha de sombras de calcificación de un quiste hepático. (Fig. 1).

Urografía excretoria: buena eliminacin en ambos lados. Llama la atención la forma de llenarse todo el árbol excretor, revelando una franca constipación. El cistograma por esta vía revela una vejiga deformada con dos muescas, superior y lateral izquierda. (Figs. 2, 3 y 4).

Cistografía, con solución de yoduro de sodio al 15%, de frente (Fig. 4) lo mismo que la anterior, pero con mayor nitidez.

Cistografía lateral existe igualmente dos grandes depresiones que deforman la vejiga; una superior y otra posterior; esta última no modifica, sin embargo, al órgano en su ubicación topográfica. (Fig. 5).

Colografía con enema opaco: sin alteraciones.

Teleradiografía de tórax: (Fig. 7) base derecha deformada por una ondulación diafragmática saliente. (9 - X - 939).

Cistoscopia: la introducción del cistoscopio se realiza sin dificultad. La orina es clara. Capacidad de 300 c.c. Mucosa vesical con marcada red vascular.

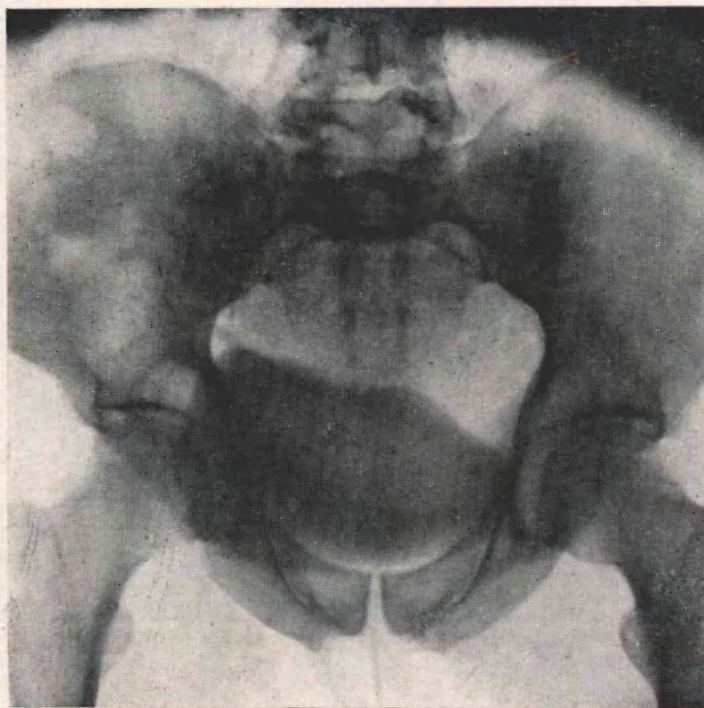


Figura 4
Cistografía con solución de yoduro
de sodio al 15 %.
De frente: se observan las dos mues-
cas del contorno vesical.

Meatos ureterales en posición y de aspecto normales. eyaculaciones rítmicas. Cuello cóncavo. En la pared superior y por encima del triángulo se aprecia la vejiga deformada por sendas depresiones. La prueba del indigo-carmín muestra una eliminación bien coloreada de ambos lados a los 5 minutos.

Prueba de la F. S. F. (4 - X - 939) comienza la eliminación a los 5 minutos. En una hora el 55 %.

Operación: (10 - X - 939). — Anestesia general al éter (Pte. Apugliesse).

Operador: Dr. Mathis. Aytes: Dres. Hourcade y Saubidet.

Incisión mediana umbílico-púbica; abierta la vaina de los rectos se trata de llegar a gran cavidad, pero la apertura del peritoneo se hace con dificultad por encontrarse el quiste superior adherido al peritoneo parietal anterior. Se consigue abrir a nivel del extremo superior de la herida; se libera el quiste con cuidado en parte de la pared anterior y de firmes adherencias al gran epiplón que se seccionan previa ligadura. Se bascula y enuclea un quiste irregular del



Figura 5
Cistografía en oblicua mostrando una
muesca superior y otra posterior.

tamaño de un huevo de avestruz (Fig. 8). Se explora cuidadosamente la gran cavidad peritoneal y se comprueba el gran quiste retrovesical, que permite introducir la mano hasta el fondo del Douglas por detrás de él. Cierre prolijo de la serosa. Desprendimiento del peritoneo de la vejiga hasta la cara anterior del quiste pelviano. Punción y formolaje. Aspiración al Finochietto que da salida a un litro de líquido hidático y numerosas vesículas. Extracción de la germinativa. Drenaje con tubo previa fijación de las paredes quísticas a la pared abdominal anterior. Cierre de la pared con catgut cromado. Piel con crín.

Post-operatorio: se retira los puntos de piel a los 7 días; queda una fístula hipogástrica que elimina numerosas vesículas los días siguientes. Se hacen lavajes de la cavidad residual con sonda Nelaton. Al mes y medio sucede una efracción

que obliga a reintervenir ampliando el drenaje. Se consigue la cicatrización y el 9 de febrero del corriente año es dado de alta curado.

CONSIDERACIONES

No cabe en nuestro enfermo otra conducta en cuanto al tratamiento del quiste intraperitoneal; su tamaño que motivó la consulta del enfermo al manifestar groseramente su presencia, implicaba la apertura del peritoneo y su enucleación si posible, pero no es precisamente en casos tan claros, que la exploración de la gran

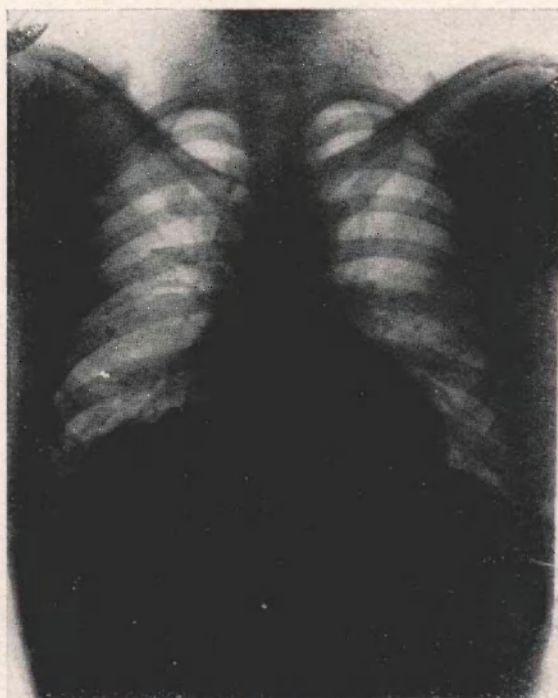


Figura 6
Radiografía de tórax. Base derecha
de pulmón deformada por la eleva-
ción del diafragma debido al quiste.

cavidad se impone, sino que como tan brillantemente lo sostiene Surraco, debe hacerse la exploración sistemática en todos los casos de quiste retrovesical y ello basado en las ideas de Devé, antes esbozadas por Charcot y Fagg, sobre la patogénesis siempre secundaria de estos quistes.

Realizando, como decimos, esta exploración que sólo retarda en minutos el acto operatorio, se evitará siempre olvidar pequeñas vesículas que no tardarán en obligar a nuevas intervenciones. Ello no

es una posibilidad remota ya que múltiples publicaciones dan cuenta de la relativa frecuencia con que acontece.

En cuanto al quiste retrovesical en si, a pesar de haber seguido nosotros las directivas del Prof. de Montevideo, basadas en el fracaso de dos casos de operación de Posadas, que hubieron de ser reabiertos por supuración, creemos que ésta debe ser la intervención de elección, en ausencia de infección del quiste. Algunas observaciones publicadas, van en apoyo de nuestro modo de ver.

En resumen, ha sido nuestro objeto publicar una observación más de quiste hidático retrovesical y recalcar las ventajas de la explo-



Figura 7
Fotografía del quiste intraperitoneal enucleado.

ración amplia intra peritoneal antes del tratamiento de la localización retrovesical.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — *Teniendo en cuenta la ausencia de fenómenos urinarios yo llamaría a eso quiste para-vesical y retrovesical.*

Dr. Grimaldi. — *Quiero agregar un último caso que he presentado a la Asociación de Médicos del Hospital Ramos Mejía, tratándose exclusivamente de un quiste retrovesical. La vía de abordaje a lo Surraco es realmente amplia. La sección previa del peritoneo*

y la exploración inter-abdominal es absolutamente necesaria en estos casos. Llama la atención la facilidad del abordaje, sobre todo procediendo como él lo indica con la sección del colgajo y el desprendimiento de la vejiga hacia abajo mediante esa sección. En el último caso fué tan simple la intervención del quiste, evidentemente aséptico, que yo a pesar de la objeción de Surraco y de su fracaso, en algunos casos, hice exclusivamente el método de Posadas, con todo éxito. El enfermo a los 8 días había cicatrizado perfectamente bien.

Dr. Mathis. — Le diré al doctor Schiappapietra que Surraco en un estudio que todos conocemos, publicado en el Congreso de Urología de hace dos años, divide estos quistes retrovesicales en una forma superior y en otra inferior. Este correspondería a forma superior de Surraco y si bien no es muy posterior, está dentro de los quistes retrovesicales, es decir, que forma parte del fondo de saco de Douglas en su parte más anterior, correspondiendo a la extra-peritonización que allí se hace casi siempre. Por el contrario, en la mayor parte de los otros quistes intraperitoneales es frecuente que el quiste quede intraperitoneal, que no se haga esa extra-peritonización tan manifiesta, al punto de que la vía extra-peritoneal es la de elección en estos casos.

Operando a esta enferma constatamos que la vejiga venía hacia adelante y pudimos ir por detrás de la vejiga al abordaje del quiste.

Al doctor Grimaldi le diré que estoy de acuerdo con él. Creo que el tratamiento de elección es el de Posadas que es el más lógico. Sin mayor experiencia en el tratamiento de esta enfermedad, yo he seguido las directivas de Surraco en este primer caso, pero teóricamente, repito, sin mayor experiencia, creo que es el tratamiento de Posadas el de elección, como lo digo en mi trabajo.