

Hospital Rawson. Servicio de Urología
Jefe: Profesor Dr. Enrique Castaño

RETENCION CRONICA COMPLETA POR QUISTE EXTRAORDINARIO EN UN NIÑO DE 9 MESES

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

Presentaré a esta Sociedad la Historia Clínica de un niño de 9 meses, que padecía de una retención crónica completa de orina motivada por un proceso poco común que comprimía la parte inferior de la vejiga, impidiendo la libre evacuación del reservorio urinario.

El caso es el siguiente:

Historia Clínica CCXXII. — Nº 24 del servicio de Urología del Hospital Rawson. Perteneció a Osvaldo N. Rodríguez, de 9 meses de edad, argentino, que me fué enviado por el doctor Eduardo de Lasa de Bahía Blanca.

Enfermedad actual. — El enfermo se presenta con una retención completa desde hace 12 días; al decir de la madre no ha mojado los pañales en todo ese tiempo y la única manera de evacuar su vejiga ha sido sondándolo dos veces por día, maniobra practicada con facilidad durante esos días por el Dr. de Lasa, quien extrajo primeramente orinas claras, enturbiándose éstas después.

Relata la madre que ya a los tres meses de haber nacido comienza a tener el niño un relieve marcado en el abdomen inferior que aparece y desaparece espontáneamente y que le impresiona como teniendo relación con la micción, aunque no pueda precisar bien este dato. Por otra parte relata la madre que le ha notado un vientre más bien globuloso, desde el nacimiento, cosa que le ha llamado la atención.

Ha orinado espontáneamente hasta el momento en que entró en retención completa, debido a esto último el niño se quejaba muchísimo haciendo esfuerzos para orinar, pero sin conseguir evacuar líquido de su vejiga.

Antecedentes personales y hereditarios. — Entre los antecedentes hereditarios no hay nada de importancia salvo tres abortos provocados.

Los antecedentes personales indican un niño nacido a término de parto normal, lactancia materna. Para evacuar su intestino necesitaba estimular el recto con supositorios.

Estado actual. — Como hemos visto, estamos en presencia de un niño que efectivamente no puede emitir una gota de orina, a pesar de los esfuerzos que trata de hacer para conseguirlo.

A la inspección presenta un vientre globuloso sobre todo en la parte inferior. A la palpación del abdomen se percibe una tumoración que llega hasta el ombligo de consistencia firme, elástica, renitente, tumoración que tiene todo el aspecto de una vejiga en estado de retención de orina. La palpación profunda despierta dolor y defensa por parte del niño.

El estado general es deficiente presentando, además de su cara de sufrimiento, una facies amarillenta terrosa dando la impresión de marcado dolor e intoxicación.

Por otra parte el desarrollo somático es perfectamente normal habiéndole ya salido los incisivos superiores e inferiores.

Desde el punto de vista urológico hemos intentado hacer un cateterismo y nos fué imposible pasar no solamente una sonda ureteral N° 10, sino también una Bequille N° 12, con un ángulo de acodamiento bastante marcado.

Tratamiento. — En vista de lo angustioso de la situación propusimos la talla inmediata, ya que el último sondaje había sido hecho la noche anterior en Bahía Blanca.

En la intervención quirúrgica hecha con anestesia general clorofórmica, nos hemos encontrado con una vejiga distendida que, abierta, dió salida a orinas turbias.

La exploración vesical nos hizo constatar una tumoración que rechazaba la pared posterior de la vejiga contra el pubis, de consistencia elástica, renitente, que dió a la punción un líquido claro, transparente, incoloro e inodoro. En vista de ello resolvimos abrir la colección para su drenaje, puesto que ya estaba abierto el órgano, y nos encontramos con una colección quística que drenaba ampliamente por vejiga. La exploración del interior del quiste nos hizo constatar que poseía una delgadísima pared por la cual se tocaban las anzas intestinales. Colocamos un tubo de drenaje dentro de él. Temiendo una complicación peritoneal, colocamos también un drenaje en el fondo de saco de Douglas.

Marcha de la enfermedad. — El enfermo evolucionó bien, pudiéndose sacar el drenaje del Douglas a las 48 horas, sin novedad de ninguna especie, pero cuando sacamos el drenaje del quiste, éste se cerró y volvió a aumentar de tamaño. En vista de que no ha podido ser destruido o por lo menos obliterada la cavidad quística, resolvimos mantener la cistostomía para que no haya sufrimiento renal.

El examen del quiste nos dió un líquido incoloro, inodoro, como cristal de roca. Las reacciones hacia las albúminas han sido débilmente positivas.

En vista de la situación resolvimos hacer el estudio completo del niño, ya en mejores condiciones, puesto que se encontraba en buen estado general, se alimentaba bien, orinaba un litro y medio de orina bien concentrada que no presentaba nada de anormal, salvo la presencia de pus, sin importancia teniendo en cuenta la presencia de la sonda en la vejiga.

Los exámenes nos dieron el siguiente resultado: Orina, nada de particular. Azohemia: 0,25 gr. por mil.

Radiografía por excreción, nos permite ver las sombras renales en su situación y forma normal y aparato de excreción, eliminando también normalmente.

La radiografía de la vejiga con substancia opaca a través de la cistostomía, nos revela un órgano alargado, achatado contra la pared anterior como desplazado con una tumoración situada en la pequeña pelvis (figura 1). El líquido opaco se insinúa en la uretra posterior sin sombras anormales que puedan indicar obstrucción de las vías urinarias bajas. Llama la atención el desplazamiento hacia adelante de la vejiga tal cual se observa en los grandes quistes retrovesicales del fondo de saco de Douglas en el adulto.

El tacto rectal permite percibir por arriba de la próstata y de la vejiga un gran tumor

del tamaño de una naranja, que toma contacto con la pared posterior de la pequeña pelvis y que al tacto bimanual permite localizarla a 1 cm. por debajo del ombligo.

El enfermo es dado de alta para reponerse permaneciendo en la sonda Pezzer suprapúbica para drenar vejiga.

Reingresa el 19 de febrero de 1943 y como todos los análisis muestran un organismo en perfecto estado de salud, se resuelve reoperar al enfermo por vía intraperitoneal mediante una incisión paramediana inferior izquierda con anestesia clorofórmica.

Abierta la pared abdominal y peritoneo, nos encontramos con ansas intestinales muy dilatadas, rechazadas hacia arriba, y el ansa sigmoidea hacia adelante e izquierda; colocamos al enfermo

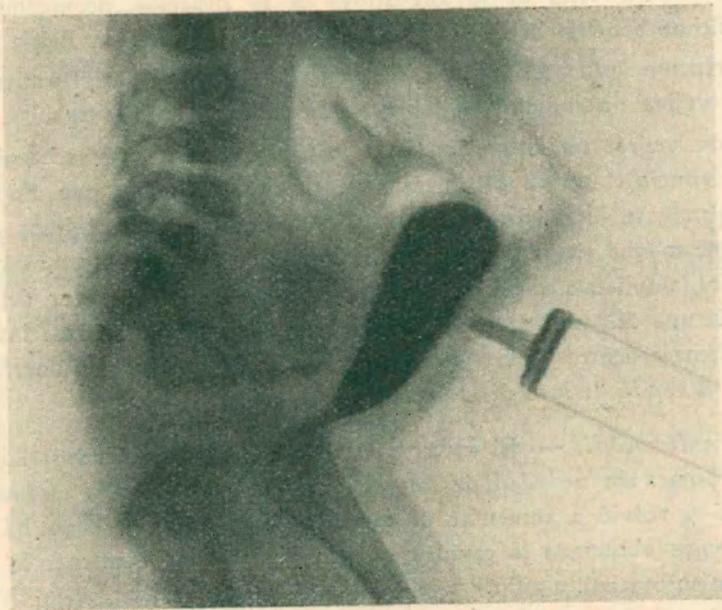


Figura 1

en posición de Trendelenburg, separando ampliamente toda la masa intestinal a fin de poner ante nuestra vista una gran masa tumoral de consistencia elástica y renitente. Se puede constatar que por delante está separada de la vejiga, pudiéndose entreparar dificultosamente el dedo para certificarlo. Esta masa parece estar recubierta por una membrana que interpretamos como peritoneo. La incidimos, pero se encuentra tan adherida a la pared quística, que preferimos no abrirla buscando un plano de clivaje alrededor de la tumoración líquida que nos permite fácilmente llegar hasta la base de la tumoración en contacto con el sacro. Desde allí constatamos su base de implantación sumamente ancha difícilmente enucleable lo que hace imposible su completa exteriorización sobre todo en la parte profunda en donde no podemos controlar con la vista las maniobras operatorias, motivo por el cual resolvemos a marsupializar la bolsa, extrayendo completamente su contenido líquido que es de un color amarillo citrino y con cristales, presumimos de colessterina, cosa que se constata en el análisis. Se fenoliza con ácido

fénico al 10 por ciento la cavidad quística, se coloca un grueso tubo en su interior y se sutura la pared del quiste a la pared abdominal (Fig. 2). Se cierra la pared por planos.

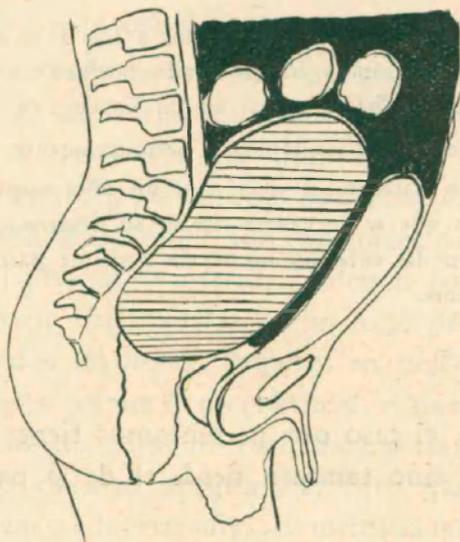


Figura 2

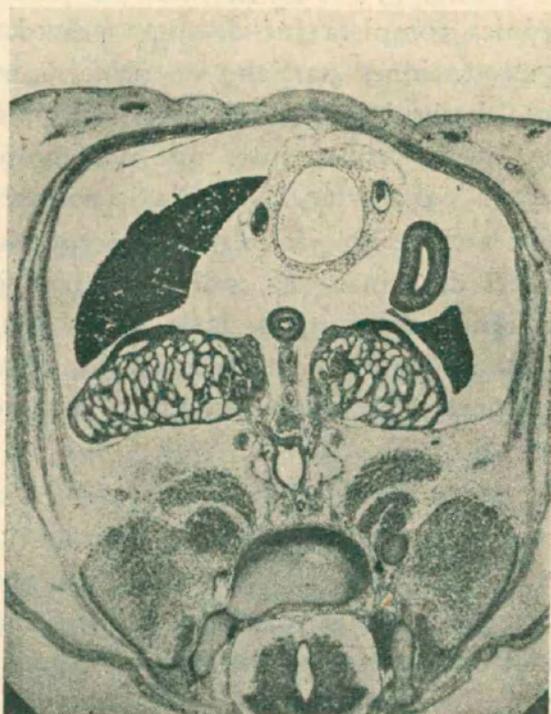


Figura 3

El postoperatorio un tanto escabroso los primeros días, se resuelve luego normalmente. Hemos practicado en varias ocasiones la inyección de substancias esclerosantes en la cavidad

quística, resolviendo dejar en permanencia durante un largo tiempo el tubo intraquístico no así la sonda Pezzer que drenaba vejiga la que hemos sacado a los 12 días cerrándose la vejiga paulatinamente sin necesidad de poner drenaje uretral, pudiendo el niño efectuar sus micciones con perfecta libertad.

El enfermo es dado de alta y visto nuevamente a los 3 meses se resuelve sacar el tubo que estaba dentro de la cavidad quística comprobando mediante una radiografía de relleno la ausencia de cavidades que pudiesen hacer pensar en un nuevo tumor.

La obliteración del conducto se hace rápida y definitivamente.

Vuelto a ver el enfermo hace pocos días, casi un año después de operado constatamos el perfecto estado de salud en que se encuentra siendo su desarrollo psíquico y somático completamente normal. El examen del enfermo no revela nada de particular, y el tacto rectal nos muestra una pequeña pelvis libre.

COMENTARIOS

Como hemos visto, el caso que presentamos tiene interés no sólo desde el punto de vista urinario, sino también desde el de la patología general y el de la embriología.

Desde el punto de vista urinario podemos decir que hemos estado en presencia de un caso de retención crónica completa por obstrucción extraordinaria.

Esta retención crónica completa fué de suma gravedad, si bien se inició poco a poco mediante retenciones parciales de orina, que el enfermo podía evacuar espontáneamente, hecho basado en el relato que nos hace la madre que dice haber notado un "bulto en el vientre que por momentos se hacía más grande y luego desaparecía", despertando en ella la sospecha de que estaba en relación con la micción; este hecho perfectamente aceptable debemos interpretarlo como las retenciones de orinas que estaban en la vejiga cuando todavía no existía una compresión muy marcada de la vejiga contra el pubis por el quiste pelviano; la vejiga así atípicamente llenada eliminaba su contenido mediante potentes contracciones de la pared abdominal que conseguían vencer la obstrucción.

Con el desarrollo del quiste la obstrucción fué haciéndose cada vez más irreductible, más grave y tenaz hasta llegar a la completa obstrucción, todavía evacuable mediante sondajes, pero desde el momento en que nosotros lo vimos no pudo ser más cateterizada la vejiga, pasando en cierto modo lo que pasa con los grandes quistes hidatídicos retrovesicales en que llega un momento que ya es imposible pasar ningún instrumento. Para salvar este hecho nos hemos visto obligados a una intervención de urgencia, puesto que el estado del niño así lo exigía.

Por otra parte, la recuperación miccional después de extraído el tumor líquido, nos permite asegurar de una manera categórica lo que ya habíamos

pensado en el momento de la intervención de que la obstrucción no dependía directamente del aparato urinario en general, ni de la vejiga o cuello de vejiga en especial.

El punto dificultoso en este caso es la interpretación nosológica del quiste.

Descartamos de entrada la presencia de quiste hidatídico por varias razones. En primer lugar la edad del enfermo, alimentado exclusivamente a lactancia materna hasta los 9 meses o sea el momento en que es visto por nosotros, por otro antecedente también de mucha importancia que es el que nos relata la madre del niño, explicando que a los tres meses de edad del niño ya notaba una tumoración en el abdomen inferior. Además considerar un quiste hidatídico primitivo del espacio del Douglas en un niño de tres meses no es lógico ni aceptable, teniendo todos los demás órganos en perfectas condiciones. Por otra parte, cuando hicimos la primera intervención si bien extrajimos líquido incoloro, inodoro, parecido al cristal de roca de los quistes hidatídicos no hemos encontrado al abrir la cavidad ningún elemento que nos hiciese sospechar ni remotamente la existencia de vesículas o membranas hidatídicas.

Ahora bien, en la cavidad abdominal hay órganos que pueden desarrollar un quiste seroso y así podrían ser los órganos genitales por restos Müllerianos como el que hemos descripto en un adulto en un trabajo anterior. En este caso creemos que no se puede aceptar la presencia de un quiste puesto que si bien estaba en contacto con la vejiga, al tacto rectal estaba libre de la próstata tomando contacto con la pared posterior del abdomen. Además en los quistes Müllerianos la pared posterior del tumor se encuentra libre y la anterior adherida a la próstata, aquí pasaba precisamente lo contrario, la cara anterior estaba libre y la posterior adherida atrás.

Debemos buscar entonces su punto de partida en la pared posterior del abdomen. Al hacer la intervención nos encontramos con que parecía estar adherido al sacro, aunque no nos fué posible disecarlo por lo menos dentro de los límites donde no se comprometiera la integridad de órganos vitales, como los grandes vasos que corren por detrás de él.

La columna vertebral puede desarrollar quistes, especialmente meningoceles, pero siempre se hacen por la pared posterior por la falta de coalescencia de las apófisis vertebrales. Difícilmente se hacen en la parte anterior. Además, las radiografías nos muestran la integridad del sacro motivo por el cual desechamos la interpretación de que este quiste haya nacido en el sistema nervioso o por lo menos en la contextura esquelética del individuo.

Estaba esta tumoración situada por delante de los grandes vasos y nos parece muy significativo que en el embrión justamente en esa parte tome relieve el peritoneo de la pared posterior del abdomen y en especial del meso

intestino, sobre todo el meso sigmoideo cuya implantación está justamente en la línea media. Si observamos una preparación de un embrión (Fig. 2) veremos la posibilidad de que exista realmente el desarrollo de un quiste justamente en el meso recto o en cualquier meso intestinal. En nuestro caso nos parece el meso sigmoideo por la situación en que se encuentra el quiste que debemos interpretarlo como una anomalía de desarrollo del peritoneo parietal sufriendo una transformación quística, que ha ido paulatinamente adquiriendo volumen hasta ocupar íntegramente la pequeña pelvis desplazando el intestino hacia arriba y y el anza sigmoidea hacia adelante y a la izquierda como pudo comprobarse en la intervención últimamente practicada.

El desarrollo quístico en un meso corto como el del intestino grueso y en contacto con la pared abdominal puede darle fijeza al quiste y hacerle tomar relaciones inmediatas como parecía tener en el promontorio y con los grandes vasos situados entre éste y la tumoración citada.

Queremos comentar también el procedimiento quirúrgico seguido, claro está que lo más lógico hubiera sido la extirpación completa de la cavidad quística con su pared; es comprensible que si hubiera sido posible lo hubiéramos hecho, pero en presencia de un tumor líquido que ocupa casi toda la pelvis y en donde no nos dejaba ver debido a su implantación en la pared posterior, cuáles eran sus relaciones así como los riesgos a seguir con su extirpación completa, hemos preferido marsupializarlo a la pared abdominal fenolizándolo y provocando su relleno por segunda intención, antes que exponernos a un daño que hubiera podido ser de consideración no ya en ansas intestinales, sino más bien en los grandes vasos, daños que en un niño de esa edad podrían haber sido irreparables y seguidos tal vez de la muerte.

Por otra parte, este procedimiento operatorio ha sido seguido por el éxito curativo del enfermo, obstruyéndose completamente la vacidad quística permitiendo un desarrollo somático normal del individuo, con funciones también normales tanto urinarias como intestinales.

SUMMARY

The following case report belongs to a child, aged 9 months, with chronic and complete urine retention. The cause was an enormous retrovesical cyst, which compressed the posterior wall of the bladder against the pubis.

The A. believes that the origin of the cyst was a process of anomalous construction of the parietal peritoneum of the embryo.

Surgical treatment cured the patient.