

# QUISTE HIDATIDICO RETROVESICAL

Por el Dr. LUIS R. MOLINA

El 16 de agosto de 1945, concurre al Servicio de Urología del Hospital Pirovano J. D., argentino, de 48 años, casado, de Coronel Suárez, Provincia de Buenos Aires, en retención completa de orina.

Nos dice no haber padecido enfermedad alguna, y hace partir su enfermedad actual desde hace cuatro meses, en que nota que orina más frecuentemente que de ordinario, tanto de día como de noche, siente ligero dolor en la región vesical y en el periné y en ocasiones constipación tenaz, que vence con purgantes. Desde hace 20 horas no puede efectuar su micción, por lo que se traslada a esta capital y concurre a nuestro servicio: donde se comprueba la existencia de un globo vesical y es cateterizado, extrayéndose 600 c.c. de orina clara.

*Examinado nuestro enfermo se constata:* A la palpación del abdomen, en el hipocondrio derecho, inmediatamente por debajo del hígado, y haciendo cuerpo con el mismo, una tumoración lisa, renitente, móvil, del tamaño de un huevo de avestruz, cuya extremidad inferior llega a la altura del ombligo, ligeramente dolorosa y tiene peloteo.

Colocado el enfermo en decúbito lateral, se desplaza hacia la línea media. En la región hipogástrica, previo vaciamiento de la vejiga, se palpa una tumoración redondeada, del tamaño de una cabeza de feto, lisa y renitente, ligeramente móvil y poco dolorosa.

Al tacto rectal: por encima de la próstata, existe una tumoración redondeada, renitente y lisa. Efectuada la palpación combinada: hipogástrica y rectal, se aprecia fácilmente, un tumor liso y redondeado que bascula con el movimiento que se le imprime.

Del resto de nuestro examen clínico no se desprende ningún dato de importancia.

Radiografía N° 1. — Pielografía descendente a los 10 minutos:

Lado derecho: sombra ligeramente ovoidea, de contorno regular, no uniforme, cuyo borde superior está a la altura de la parte media de la primera vértebra lumbar, y el inferior a la parte media de la segunda lumbar, y cuyo mayor eje está situado a dos traveses de dedo del borde externo de la columna vertebral.

Inmediatamente por debajo de ésta, a nivel de la tercera lumbar, sobrepasando sus bordes superior e inferior, otra sombra de la misma forma y tamaño, pero más uniforme.

Se visualiza la silueta renal, por fuera de esta última sombra, llegando su polo superior a la parte media de la segunda vértebra lumbar, y el inferior al borde inferior de la cuarta. La pelvis renal poco visible al medio de contraste.

De este mismo lado y por debajo de la cresta iliaca, en su parte media, otra sombra redondeada de las mismas características que las anteriores.

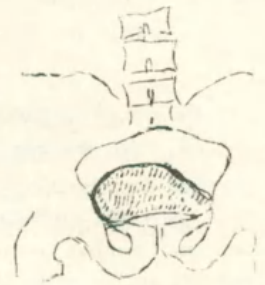
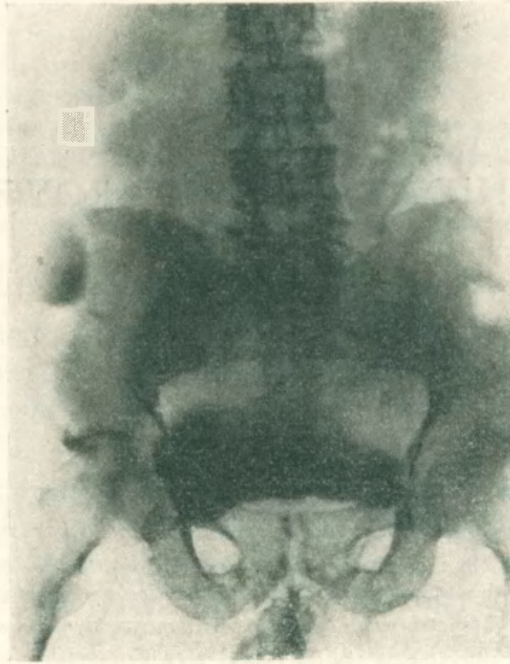


Figura 1



Figura 2

Lado izquierdo: silueta renal de forma, tamaño y posición normales: pelvis poco visualizada.

Cistografía en anteroposterior: Vejiga a gran eje transversal, de contorno irregular; borde superior irregular, más descendido en el lado izquierdo; borde inferior elevado y convexo. Se observan las sombras descriptas anteriormente.

Cistografía en oblicua: Se visualiza la vejiga en forma de cuerno o corneta. Aplanada en sentido anteroposterior, convexa hacia atrás.

*Exámenes de laboratorio:* Orina: densidad 1015. Gran cantidad de hematies. Urea en

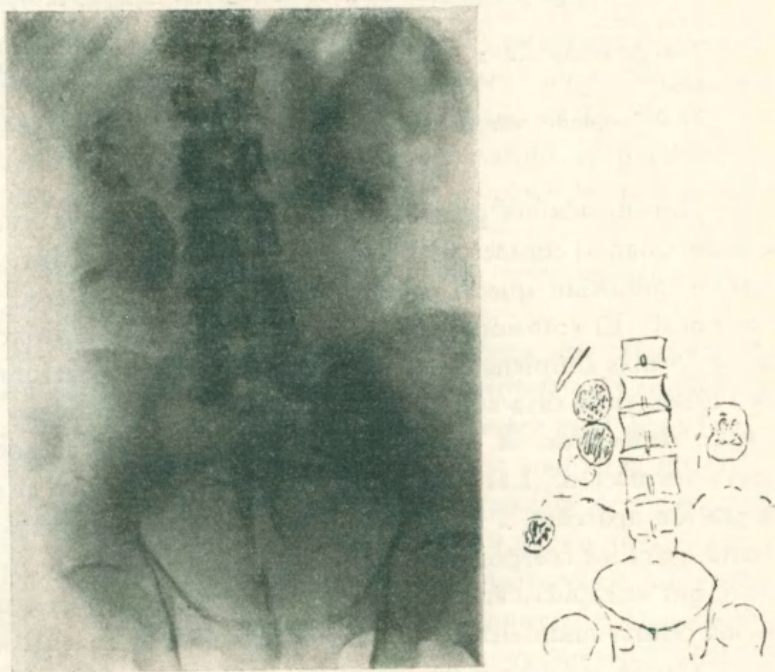


Figura 3

sangre 0,32. ‰. Glucemia 1 gramo ‰. Sangre: Glóbulos rojos 4.620.000. Glóbulos blancos 5400. Eosinofilia; 2 ‰. Cassoni: Francamente positiva.

En virtud de los datos suministrados por:

1º La palpación del abdomen, en donde apreciamos la existencia de un tumor liso, renitente, móvil, y no doloroso.

2º El tacto rectal, que demuestra la existencia de un tumor renitente, liso y móvil, situado por arriba de la próstata, tumoración que se palpa asimismo por el hipogastrio.

3º Las pruebas radiográficas, que muestran sombras con las características de quistes, alguno calcificado.

4º La cistografía de frente, mostrando la vejiga de gran eje transversal.

5º La cistografía en oblicua, mostrando la forma de la vejiga en corneta, en cuerno o en cornamusa, en virtud de la compresión posterior.

6° La reacción de Cassoni francamente positiva.

7° La dificultad existente a nivel de la uretra posterior, al paso del cistoscopio, en virtud de su exagerada curvatura.

8° Por ser un hombre que vive en la campaña, formulamos el diagnóstico de hidatidosis abdominal múltiple (quiste hidático retrovesical y quiste hidático del hígado y de la cavidad).

*Tratamiento:* El trastorno mecánico, que trae como consecuencia la retención, nos induce a proceder en primer término sobre el quiste retrovesical.

Se efectúa laparotomía infraumbilical, se incinde peritoneo y se extirpa un quiste del tamaño de una mandarina adherido al epiploon. Se llega a la cara superior del quiste, y previa defensa de las regiones vecinas con gasas mojadas en solución de formol al 10 %, se punza el quiste y se aspira, extrayendo gran cantidad de vesículas hijas, se extirpa la membrana, se fenoliza y se marsupializa.

Postoperatorio sin accidentes, cura al cabo de un mes, en que la herida hipogástrica está cerrada.

En un segundo tiempo se procederá a intervenir su quiste hepático.

Consideraciones generales: Actualmente se acepta que los quistes hidáticos se desarrollan al contacto del peritoneo. Charcot, Walther, Tuffier y otros viejos autores, admitían que el quiste radica primitivamente en el tejido celular subperitoneal. El embrión hexacanto llegaría al tejido celular llevado por la circulación, o más simplemente como lo quiere Charcot, perforando las tunicas rectales. Dévé, tiene otra concepción. Comienza por establecer que un germen equinococo depositado en el peritoneo, es rápidamente rodeado de tejido celular de nueva formación. Las vesículas y los scolex, caídos en el peritoneo, sufren una migración aparente, a través de la serosa, por el mecanismo estudiado por Marchand, para los cuerpos extraños. Estos gérmenes se rodean de un exudado fibrinoso, que es rápidamente invadido por los leucocitos, efectuándose la reabsorción de las células endoteliales, con las cuales ellos están en contacto. Bien pronto, un endotelio se suma a las masas de células conjuntivas jóvenes, que rodean el cuerpo extraño o el germen, lo recubren, y así el quiste equinococo, en apariencia, pasa al tejido celular subperitoneal (Dévé).

Los quistes peritoneales y subperitoneales, tienen pues, el mismo origen. los primeros constituyen la primera fase de los segundos. Ellos son el producto de los scolex y vesículas caídas en la cavidad peritoneal, y llevadas por su peso a los fondo de saco perivesicales. Clínicamente se observa a menudo, al mismo tiempo que quistes hidáticos perivesicales, quistes de la parte alta del abdomen (del hígado o del bazo).

La teoría de Dévé, es probablemente la verdadera; nuestro caso encuadra en sus fundamentos. Generalizando se puede admitir:

1° — Quistes primitivos, debidos al desenvolvimiento de un embrión hexacanto, llevado por la circulación o venido del recto.

2º — Quistes secundarios, con mucho los más frecuentes, por injerto de gérmenes venidos de la parte alta del abdomen.

De la teoría de Dévé, se deducen dos conclusiones prácticas de gran valor:

a) que al operar un quiste abdominal, se impone tomar grandes precauciones para evitar la caída de gérmenes en la cavidad.

b) toda operación sobre quistes vesicales, debe ser precedida o acompañada de un examen cuidadoso de la parte alta del vientre.

#### DISCUSION

Dr. Pujol. — *En el trabajo del profesor Surraco que presentó al I Congreso Panamericano de Urología, entre varios signos que presenta, y que son bien conocidos, se refiere a la coincidencia de los índices que él llama biológicos. Establece que cuando hay una coincidencia positiva, es decir, de las reacciones, de la de Gazzoni o de la anafilaxia cutánea o de la eosinofilia, se puede decir que hay una casi absoluta seguridad. Si solamente una es positiva, se dice que hay posibilidad.*

*En el caso presente, se llegaría a la conclusión de que solamente hay posibilidad, pero no certeza absoluta.*

*Después, cuando se refiere a la parte semiológica, hace una división en cuatro cuadros: el cuadro funcional vesical que ha sido bastante rico en el caso precedente, en cuanto a sus signos; el cuadro funcional y sobre esto desearía recabar una opinión del doctor Molina, que si no he escuchado mal, creo que dijo que el valor funcional del riñón no estaba descendido. En cambio, de los 6 casos presentados por Surraco, en sólo uno había una azohemia de 0.48; en otro, de 0.58 y los demás estaban por encima de 0.60. La constante de Ambard en casi todos estaba por arriba de 100, de manera que sería beneficioso establecer en qué cuadro podría estar este caso, puesto que, mientras más signos podamos refirmar, ya sea los de Surraco o de otros, todo esto será de gran valor para poder llegar a un diagnóstico semiológico más o menos seguro en los casos futuros.*

Dr. Molina. — *En cuanto a la observación del doctor Pujol acerca del índice de posibilidad, me parece muy lógico para los quistes cerrados.*

*Con respecto al segundo punto, diré que en nuestro enfermo todo el aparato urinario superior estaba en perfectas condiciones.*

Dr. Bernardi. — *Como una contribución, voy a mostrar un interesante caso de hidatidosis urinaria múltiple, sobre todo yutavesical —no se superpone a este caso, pero es muy parecido en un enfermo que atendimos en el Hospital Fiorito hace 5 años y que presentamos conjuntamente con el doctor García Díaz, a la sociedad científica de dicho nosocomio.*

*Se trataba de un hombre de 33 años, con fenómenos urinarios no tan mar-*

cados como en el caso del doctor Molina, es decir, con polaquiurea y una pseudo crisis de retención completa.

El examen urográfico que se le hizo, lo conceptúo de gran interés. La radiografía directa (la exhibe) muestra dos quistes yutavesicales: un quiste renal del polo superior de riñón izquierdo y un quiste hepático. La urografía excretoria muestra lo mismo. La vejiga un poco deprimida, no muy llena. Las imágenes a los 20 minutos son exactamente iguales.

La otra urografía, a los 45 minutos, muestra una imagen similar. La radiografía del tórax no muestra absolutamente nada y las cistografías de frente nos enseñan dos sombras quísticas en contacto con la vejiga. Lo mismo, nos muestra la radiografía oblicua.

Se practicó en este caso, una incisión mediana intraumbilical y se constató que dichos quistes estaban en la vecindad de la vejiga, pero que eran intraperitoneales.

Las fotografías que exhibiré muestran las relaciones de vecindad que mantienen los quistes con la vejiga.

Primera fotografía: se ven los dos quistes con el epiplón mayor. Uno de ellos está en íntimo contacto con la vejiga, pero los dos eran intraperitoneales, es decir, que estaban en la primera faz de la evolución del quiste.

Segunda fotografía: se ven los dos quistes abiertos. Hay un poco de contenido líquido característico de los quistes hidáticos.

Dr. Schiappapietra. — Me permito contribuir con la consiguiente documentación radiográfica correspondiendo a un enfermo que, actualmente se encuentra recién operado en el Servicio que dirige el profesor Dr. José M. Jorge "Instituto de Perfeccionamiento Médico-Quirúrgico". Es un joven de 23 años, procede de Bariloche e ingresó el 11 de abril del corriente año. De sus antecedentes debe relatarse que, a los 15 años sufrió un fuerte traumatismo en el hipocondrio derecho seguido de un cuadro de abdomen agudo, lo cual obligó a una laparotomía que confirmó la ruptura de un quiste hidático del hígado, con la consiguiente inundación peritoneal. Al examen presentaba cicatrices quirúrgicas en hipocondrio y fosa ilíaca derecha. Se palpaba un tumor quístico a través de la pared del hipogastro, también reconocible al tacto rectal y bien delimitable a la palpación digitomanual. La micción se efectuaba normal. La distensión vesical se mostraba palpable y ajena a la tumoración quística descripta. La uretra posterior viable, no modificada en su longitud ni trayectoria. La imagen uretrográfica, confirma lo dicho con respecto a la uretra y como ustedes lo pueden observar, la vejiga se presenta rechazada contra el pubis; vale decir, inferior con relación a la posición del quiste. Esta posición vesical varía fundamentalmente de otras cistografías documentadas en la casuística presentada por

el Dr. Paglieri en el trabajo de contribución al tema en el Primer Congreso Argentino de Urología; también difiere de la imagen cistográfica del enfermo del Dr. Molina.

Previo el examen semiológico y sentado el diagnóstico de quiste hidático perivesical fué abordado por vía anterior con el fin de efectuar concomitantemente la exploración del hígado y el resto del contenido abdominal. (La semiología del cuadrante superior derecho del abdomen y el neumoperitoneo donde pueden observar ustedes un gran rechazamiento de la cúpula diafragmática derecha y escotaduras del borde inferior del hígado, exigía esta conducta exploradora).

La laparotomía confirmó un quiste de tamaño de una naranja grande, el cual había ganado ya en buena parte el espacio preperitoneal, presentándose como tumor sesil del peritoneo. La exploración alta determinó cicatrices del borde inferior del hígado y un segundo tumor quístico retroperitoneal en el cuadrante superior derecho, correspondiendo a la transcavidad de los epiplones.

Dos hechos de importancia se comprueban en este caso: 1º La confirmación de la ruptura del quiste primitivo del hígado y la siembra equinocócica secundaria. 2º La tendencia de la siembra equinocócica peritoneal en transformarse en extraperitoneal.

La topografía específicamente perivesical anterior, la distingue de la retrovesical propiamente dicha; la primera no se acompaña de síntomas urinarios fuera de la polaquiuria en relación al tamaño del quiste. Estos quistes perivesicales a desarrollo anterior, preferentemente palpable a través de la pared del hipogastrio, ingresan a los servicios de cirugía general; en cambio los quistes retrovesicales propiamente dichos a desarrollo pelviano, influyen la zona del cuello y trigono vesical siendo por lo tanto enfermos con sintomatología urológica dominante, acuden por consiguiente a los servicios de urología.

Dr. Surra Canard. — En 1943, tuvimos oportunidad de presentar un trabajo que se refería a un gran quiste hidático del polo superior del lado derecho, cuyas dimensiones eran tan grandes, radiográficamente, que se tenía temor de abordarlo. Como habíamos presenciado algunos éxitos del doctor Calcagno, en casos análogos, se lo entregamos para ver qué posibilidades habían.

Ese enfermo fué tratado por el doctor Calcagno y sus colaboradores; el quiste disminuyó visiblemente de volumen, desapareciendo casi por completo la expulsión de vesículas. Mi alejamiento del Servicio del Hospital Rawson no me permitió seguir la evolución de ese caso, pero con tal motivo, le prometí al doctor Calcagno hacer un llamado a los urólogos para que, cuando tuvieran oportunidad de tratar hidatidosis de localización urinaria, le envíen esos enfermos a los efectos de ver hasta qué punto el procedimiento biológico puede

*modificar la hidatidosis del sistema urinario y si no se llega a alcanzar un éxito absoluto, lo que todavía está en discusión por parte de los cirujanos, se obtenga, aunque más no sea, una mejoría.*

*Como compruebo que este llamado no ha sido escuchado todavía, es que quiero reiterarlo ahora, sin que ello signifique, en modo alguno, que en definitiva, uno deba optar por el tratamiento biológico, sino que, simplemente, el doctor Calcagno ha dado pruebas evidentes de la eficiencia de su terapéutica, en especial en aquellos quistes de columna vertebral con dificultades quirúrgicas casi condenatorias. Por mi parte, no veo por qué la hidatidosis del aparato urinario deba ser menos accesible a ese tratamiento.*

Dr. Molina. — *Con respecto a lo que dice el doctor Surra Canard, debo hacer presente que esta misma observación fué hecha cuando el doctor Surra Canard era presidente, en una comunicación que presentó el doctor Sandro sobre quiste retrovesical. Adelantándome a su sugestión, le diré que este paciente se encuentra en manos del doctor Calcagno. Más adelante, podré informar acerca de su evolución.*

Dr. Surra Canard. — *Mi deseo era brindarle al doctor Calcagno una hidatidosis urológica, ya que está haciendo un trabajo digno de apoyo por lo sagaz y eficiente.*