

Servicio de Urología del Hospital Español.

QUISTE HIDATICO PREVESICAL CALCIFICADO

Por los Dres. JOSE CASAL y ALBERTO ROCCHI

Presentamos un caso que se refiere a una localización y evolución poco frecuentes de la hidatidosis pelviana.

Siguiendo las ideas de Devé, consideramos a la hidatidosis pelviana prácticamente siempre secundaria a una siembra peritoneal producida por la ruptura de un quiste visceral, generalmente hepático.

Historia clínica 8950. - J. D. M. 66 años, ingresa el 8 de Abril de 1942.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Hace seis años tuvo una crisis de retención de orina y fué sondado. Queda desde entonces con disuria y polaquiuria.

Enfermedad actual: Desde hace tres meses, el enfermo acusa acentuación de su disuria, tiene orinas turbias y fuerte ardor en la micción.

La polaquiuria es muy intensa y llega a tener que orinar cada media hora. Micción imperiosa y tenesmo vesical.

Ha tenido frecuentes hematurias de tipo terminal y ha eliminado arenillas en varias oportunidades.

El enfermo ingresa al Servicio en retención completa.

Estado actual: Deficiente estado general, afebril, actitud activa e indiferente.

Orinas intensamente piúricas.

El examen reno-ureteral no da signos.

La palpación del hipogastrio es muy dolorosa y da sensación de resistencia.

Trayecto uretral de calibre conservado aunque muy alargado. La distensión vesical es muy dolorosa.

Al tacto rectal se percibe la próstata aumentada de tamaño, lisa, elástica, indolora, bien delimitada y sin adherencias.

La palpación bimanual una vez evacuada la vejiga permite apreciar una masa dura, redondeada, de límites netos, suprapubiana y colocada en un plano anterior al prostático.

La cistoscopia revela una vejiga de escasa capacidad y mala tolerancia a la distensión. Medio turbio que aclara después de lavar abundantemente. Paredes con celdas y columnas.

Llama la atención el desplazamiento de la vejiga hacia el abdomen, siendo difícil llegar

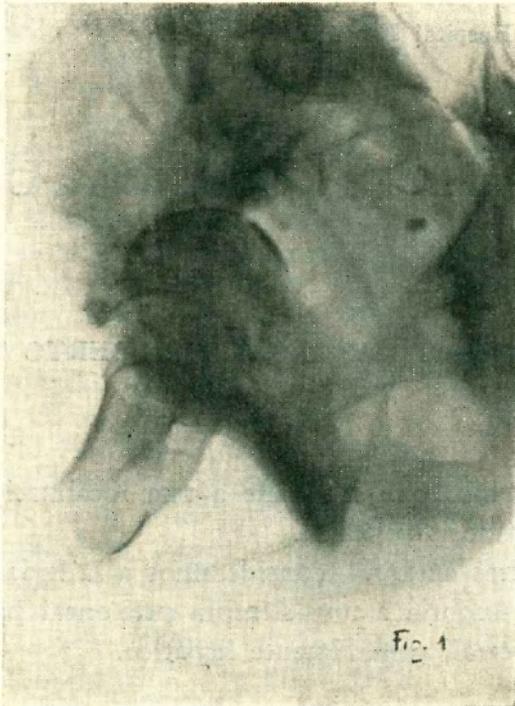


Figura 1

a la cavidad vesical con el cistoscopio. Relieve prostático muy acentuado a expensas del desarrollo del lóbulo mediano y lóbulos laterales.

Inclinando fuertemente el cistoscopio, se pueden observar dos concreciones calcúlosas en el bajo fondo vesical. En la uretra posterior se ve la típica imagen adenomatosa en nalgas.

Exámenes de laboratorio: Orina: Dens. 1018, alcalina, hematíes, pur. No tiene elementos renales.

Azohemia: 0,23 ‰.

Glucemia: 0,98 ‰.

Wassermann y Kahn: negativas.

Hemocitograma: Hematíes: 4.390.000; Leucocitos: 14.000; Hb.: 80 %; Neutrófilos: 84 %; Linfocitos: 16 %.

Intradermo reacción hidática: negativa.

Prueba de sulfofenoltaleína: Eliminación inicial a los 9 minutos. A los 70 minutos eliminó 50 %.

Examen radiológico: La radiografía simple señala la existencia de una gran sombra opaca, circular, jaspeada, que ocupa la excavación pelviana. Su forma redondeada y el tipo de opacidad que presenta corresponden al de las formaciones quísticas calcificadas.

Por encima de esta formación se observan otras dos sombras que corresponden a los cálculos observados en la cistoscopia. La cistografía en oblicua (Fig. 1) muestra que esta formación está ubicada delante de la vejiga, entre ella y la pared abdominal anterior.

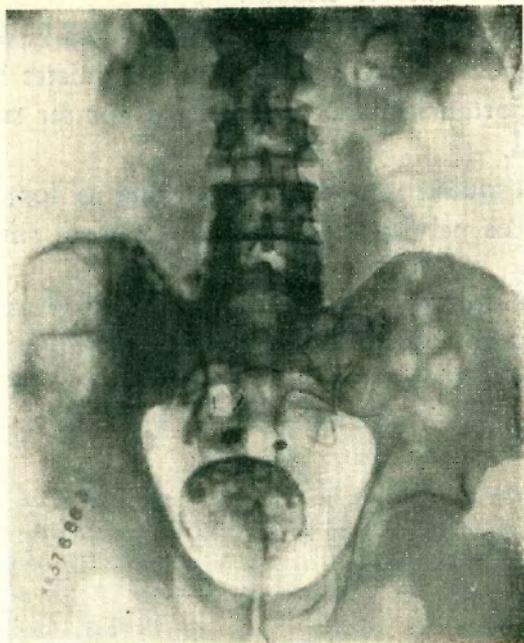


Figura 2

En la urografía excretora se visualiza la vejiga rechazada hacia arriba, en tal forma que se acodan los ureteres en su porción terminal (Fig. 2).

Es interesante hacer notar que a pesar de esta desviación no hay trastornos en la evacuación pieloureteral.

Intervenido el enfermo, se enuclea el quiste con bastante facilidad y se comprueba que ocupa el espacio prevesical. Extirpado el quiste, se practica una cistolitotomía y se deja al enfermo con drenaje hipogástrico.

Post-operatorio absolutamente normal.

El informe anatomopatológico que debemos al Prof. Monserrat, dice: "Quiste hidáditico calcificado y calcificado".

CONSIDERACIONES

En la mayoría de los casos, la implantación de los quistes hidáticos pelvianos se hace por razones de gravedad en el fondo de saco de Douglas, extra-peritonizándose desde allí al tejido celular subperitoneal.

En este caso particular, el quiste se desarrolló y evolucionó en el espacio prevesical, localización extraordinariamente rara.

En la literatura nacional, encontramos una publicación de Grimaldi, Rubí y Méndez, de un quiste calcificado retrovesical. Marion en 1914, publicó un caso semejante al de los autores citados.

Consideramos por otra parte como muy acertada la opinión de Yacapraró, que en un documentado trabajo sostiene que los quistes hidáticos paravesicales tienen particular importancia para los urólogos por ser su sintomatología preferentemente urinaria.

Ello justifica a nuestro modo de ver, que se los agrupe aparte de los demás quistes hidáticos pelvianos, con los que tienen, sin embargo, una patología común.
