

Serv. de Urología del Hosp. "Dr. Marcelino Freyre"
Jefe: Dr. Ricardo Ercole.

QUISTE HIDATIDICO RETROVESICAL

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Si bien el quiste hidatídico retro-vesical no es más que una variedad de la hidatidosis peritoneal, las vinculaciones que él adquiere con el aparato génito-urinario y que determinan una serie de alteraciones anatómicas y funcionales que dominan el cuadro clínico de esta afección, justifican que el estudio de dicha localización de la hidatidosis pertenezca al urólogo, quien además está en mejores condiciones, precisamente por dichas vinculaciones anatómicas, para abordar quirúrgicamente su tratamiento.

Si consideramos lo frecuente de la hidatidosis en nuestro país, debemos admitir al través de la casuística publicada, que esta localización es relativamente rara. Hasta el año 1935, Santanelli entre nosotros, cita 18 observaciones nacionales, a las que pueden agregarse posteriormente las de Cartelli y Albornoz; Grimaldi; Llanos; Pagliere; Comotto y Berri; Mathis; Grimaldi, Rubi y Méndez; Figueroa Alcorta, Sandro y Molina; y la nuestra que elevan esta cifra a alrededor de 31 casos relatados hasta la fecha.

Observación personal. — H. C. 642. Pedro P. 30 años, argentino, soltero. — Ausonia, Dto. Gral. San Martín, prov. de Córdoba. — Ingresó en el Servicio el 8 de junio de 1946.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Tres hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Escarlatina, sarampión, un síndrome febril a síntomas intestinales en la infancia. Padecía ectopía testicular izquierda operado a los 8 años, corrigieron una hernia concomitante, quedando el testículo a la altura del pubis. No le provoca trastornos. No ha tenido venéreas. Ha trabajado siempre en una zona ganadera del sudeste de la provincia de Córdoba. Discretamente constipado.

Enfermedad actual. — Sus primeros síntomas los tuvo hace cuatro meses en que aparece disuria marcada por la mañana al levantarse, con chorro de escasa proyección. Esto se atenúa durante el día, notando que el caminar y el ejercicio muscular influya favorablemente, al punto que los las tardes desaparecía completamente la disuria y el chorro era potente. Polaquiuria escasa

en el día, debe orinar cuatro veces en la noche. A las dos semanas aproximadamente de la iniciación de su afección, tuvo una retención completa de orina por lo que fué sondado, corrigiendo después espontáneamente el trastorno. Hace 10 días se repite el fenómeno por lo que el médico que lo asiste nos lo envía en consulta. Su exoneración intestinal se hace sin dificultad a pesar de su discreta constipación. No refiere otros trastornos. Buen apetito. No ha bajado de peso. No ha tenido urticaria.

Estado actual. — Paciente en buen estado de nutrición, apirético.

Sistema linfático: No hay adenopatías.

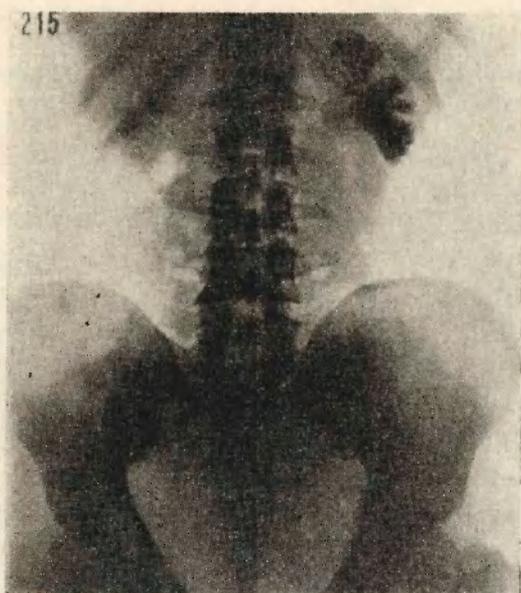


Figura 1
Urograma por excreción: Ectasia pielocalicial.



Figura 2
Uretro-cistografía de frente: Distensión de uretra posterior, falta de relleno en la región correspondiente al trigono y aplastamiento en sentido vertical de la vejiga.

Aparato locomotor: Sin particularidades.

Piel y mucosas: rozadas, panículo adiposo escaso.

Cabeza, ojos: motilidad y reflejos normales. Buen estado dentario. Itsmo de la fauces libre.

Cuello: sin particularidades.

Aparato respiratorio: Examen físico negativo. Radiografía de tórax: sin particularidades.

Aparato cardiovascular: Corazón: punta en 4^o espacio. Tonos normales. Pulso rítmico, frecuencia de 70 al minuto. Tensión Mx. 125. Mn. 80.

Abdomen. — Simétrico, depresible, indoloro. Hígado: Borde inferior por debajo del borde costal. Borde superior a la altura del 5^o espacio. Bazo no se palpa. En el hipogastrio se

palpa una tumoración redondeada, renitente, cuyo borde superior está a mitad de la línea umbilico pubiana, la que en el primer momento impresiona como un globo vesical. Más superficial, pero debajo de la capa muscular, se palpa una masa independiente de la tumoración profunda, sobre la cual se moviliza libremente en sentido transversal, sin movilidad hacia arriba, aplanada, en forma de galleta, de consistencia pastosa, indolora, de bordes netos y superficie lisa. Se practica un sondaje evacuador de la vejiga, no retirándose orina. Inyectando el líquido en la misma se nota que la tumoración aplanada descripta se distiende y se moviliza hacia la izquierda.



Figura 3

Uretro-cistorradiografía en oblicua: vejiga rechazada por encima del pubis contra la pared anterior del abdomen con su borde posterior con marcada concavidad posterior por la compresión del quiste.

en busca de espacio libre, haciendo procidencia en forma de una tumoración redondeada en el hipogastrio. Buena capacidad vesical.

Tacto rectal.—Se palpa una tumoración redondeada que engloba la prostata, no pudiendo individualizar la glándula, recorrida por algunos trayectos de consistencia fibrosa, haciendo franca procidencia en el recto, llegando a contactar con el sacro. La consistencia es renitente a gran tensión. La mucosa rectal tiene poco deslizamiento sobre la misma. No se puede alcanzar el borde superior. Los bordes laterales son netos, se prolongan hacia adelante.

Al tacto bimanual, la presión en el hipogastrio sobre el polo anterior del tumor, lo moviliza bien en sentido lateral, poco en el longitudinal. La semiología es: Tumor quístico del fondo de saco de Douglas que desplaza la vejiga hacia adelante, aplastándola contra el hipogastrio.

Aparato urinario. — Riñones: no se palpan. Puntos reno-ureterales indolores.

Uroscopía: orinas claras.

Uretra permeable: no hay residuo vesical.

Examen endoscópico. — No se efectúa por ser difícil el paso del instrumento por la uretra posterior desviada.

Exámenes radiográficos. — Radiografía directa: negativa.

Urograma por excreción. — Marcada ectasia pielo-calicial. Buena concentración de la sustancia de contraste.

Uretra y cistografía. — *De frente:* Dilatación de uretra posterior, falta de relleno en la región correspondiente al trigono vesical. *Oblicua:* Uretra posterior rechazada hacia adelante. Vejiga rechazada por encima del pubis contra la pared anterior del abdomen, adopta un perfil triangular con la hipotenusa en el borde posterior donde se marca una línea curva por la prociencia del quiste. *Perfil:* vejiga alta, aplastada contra la pared anterior.

Exámenes de laboratorio. — 12-VI-46. Hematíes: 4.520.000; Leucocitos: 7600; Hemoglobina: 92 %; Neutrófilos: 61 %; Eosinófilos: 5 %; Linfocitos: 31 %; Monocitos: 5 %; Urea en sangre: 0,30 grs. %. Eritrosedimentación 1 hora: 120 mm. Orina: Albúmina: vestigios. Glucosa: No contiene. Acetona: contiene. Sedimento: normal.

18-VI-46: Se hace una reacción de Casanovi que resulta positiva. Su lectura a los 20' revela: pápula edematosa de 18 mm. de diámetro rodeada de un halo eritematoso de 85 mm. de largo por 55 mm. de ancho. A las 24 horas placa edematosa y eritematosa, que cubre el antebrazo de 185 mm. de diámetro longitudinal por 100 mm. de diámetro transversal. Reacción de control con suero fisiológico, negativa.

Operación. — 26-VI-46: Anestesia con pentotal. Incisión mediana suprapubiana. Separando los músculos se llega directamente sobre la vejiga que se extiende hacia arriba rechazada por la tumoración hasta unos tres traveses de dedo por debajo del ombligo. Hacia la parte más alta de la herida operatoria, se abre el peritoneo y se explora la cavidad abdominal: sin embargo no se investiga el estado de la glándula hepática, pues el campo que se dispone es pequeño y no se desea prolongar la operación innecesariamente. El quiste hidatídico que es del tamaño de una cabeza de feto, ocupa exactamente el fondo de saco de Douglas. La vejiga se extiende sobre toda su cara anterior y en parte sobre su cara posterior. Se decola ampliamente el peritoneo sobre la cara posterior de la vejiga para poder levantarla y rechazarla hacia abajo y exponer en forma la cara anterior del quiste. Se punza el quiste y se inyecta una solución de formol al 10 %. Es un quiste limpio con líquido de cristal de roca. Abierto el quiste se constata que su interior está ocupado por una gran cantidad de vesículas, que se evacuan totalmente. Un tubo de drenaje. Cierre parcial de la brecha quística. Se limpia la herida operatoria con éter. Sulfamida local. Dos garas de drenaje. Catgut crómico a la aponeurosis.

Diagnostico: Quiste hidático retro-vesical.

Operación: Malsupialización del quiste.

P. O. Bueno. — Se coloca sonda uretral a permanencia, que se retira a los tres días. Al 4º día se saca el drenaje de gasa. El tubo de drenaje da escasa secreción serosa. A los 8 días se retiran los puntos y se deja que el drenaje sea expulsado espontáneamente, cortándolo en la medida que sobresale en la herida. El enfermo se levanta a los 12 días; sus trastornos disúricos han desaparecido, efectuándose la micción con toda normalidad.

El 5-VIII-946: Se le da de alta temporaria, dejándole el tubo de drenaje en la cavidad quística. El enfermo no cumple su promesa de volver al Servicio para controlar la curación

de su herida y establecer al través de un nuevo urograma por excreción el estado de su aparato urinario.

Nos escribe en cambio a nuestro requerimiento que por razones de orden económico le es imposible cumplir con nuestro pedido, pero nos dice que su herida operatoria cicatrizó totalmente al mes de darse de alta y que su micción no presenta ninguna anormalidad.

No es nuestro propósito abordar con amplitud el estudio de esta localización de la hidatidosis, estudio que ya ha sido efectuado por distintos autores de nuestro medio. En este sentido cabe destacar los trabajos de conjuntos de Llanos y de Jacapraro y el relato de Surraco, Bonnacarrere y Castro al 2º Congreso Panamericano de Urología, que destacan en forma clara y precisa todos los aspectos de la patología de la afección que estudiamos. Queremos solamente referir en forma sintética algunos conceptos de la patogenia, evolución clínica y tratamiento de la misma que nos parece interesante destacar.

Es un concepto ya admitido sin discusión, después de los trabajos de Debé, que el quiste hidático retro-vesical es secundario, en la mayoría de las veces, a un quiste primitivamente localizado en una viscera abdominal, casi siempre el hígado, quiste que al romperse determina la siembra peritoneal y por acción de gravedad la localización del germen en el fondo de saco de Douglas, fijándose en la pared anterior de dicho saco y llegando por un proceso de inclusión a ser recubierto por el propio peritoneo y a adquirir relaciones anatómicas íntimas con la vejiga. Este concepto que no excluye lógicamente la probabilidad de una localización primitiva, tiene una importancia práctica transcendente, ya que obliga por parte del cirujano a investigar en cada caso tanto clínicamente como en el acto operatorio, la existencia del foco primitivo, que puede con frecuencia demostrarse, como lo ha hecho Surraco en las seis observaciones que relata. Sin embargo no siempre la hidatidosis primitiva, o la cicatriz del quiste roto puede ser demostrada en el acto operatorio, pero ello no excluye naturalmente la posibilidad de su existencia como ha podido ser determinado posteriormente en algún caso de autopsia.

Las relaciones del quiste con la vejiga y particularmente con el trigono, cuello vesical y uretra posterior, justifican los trastornos miccionales, particularmente disúricos, que llegan en algunos casos a la retención incompleta o completa de orina, dificultando a veces el cateterismo evacuador. Su relación en estos casos con la próstata explica el error cometido muchas veces con una afección de esta glándula, o el de haber atribuido la localización del quiste en la próstata misma. Las relaciones con el extremo inferior de ambos ureteres explican la ectasia en el árbol urinario superior, que se puede poner muy bien de manifiesto en el urograma por excreción, y que determina en algunos casos una exteriorización sintomática de vía excretora renal.

El quiste hidático retrovesical, cualquiera sea la localización en la cara posterior de la vejiga, tiene tendencia en su crecimiento a evolucionar hacia adelante, por encima del pubis, pudiendo demostrarse en los quistes que han adquirido cierto tamaño, por la presencia de una tumoración que hace relieve en el hipogastrio, inmediatamente por encima del pubis, simulando como en nuestro caso, una vejiga distendida. Si bien es posible diferenciarla de la misma porque en el quiste hidático puede insinuarse la mano que palpa entre el pubis y la tumoración quística, cosa que no es posible en la vejiga distendida, el diagnóstico de certeza lo hace el cateterismo evacuador.

La uretrografía, la cistografía y el urograma por excreción, son elementos de exámenes útiles como complementos de diagnóstico, pero que tienen sobre todo valor para establecer en forma precisa las relaciones de la vejiga y de la uretra, con el quiste, determinando las modificaciones que él ha condicionado en su estructura, así como las repercusiones ya citadas sobre el árbol urinario superior. Las reacciones biológicas conocidas y el cuadro hematológico confirmarán el origen parasitario de la tumoración.

Por lo que respecta al tratamiento, que naturalmente debe ser quirúrgico, diremos que estamos de acuerdo en aceptar como mejor vía de abordaje la hipogástrica. Esta vía se justifica en la mayoría de las veces, teniendo en cuenta la evolución hacia adelante que ya hemos destacado, que determina, apenas el quiste ha llegado a cierto tamaño, su contacto con la pared abdominal anterior y hace en consecuencia, como en nuestra observación, fácil y franco su drenaje. Esta vía permite por otra parte, la exploración de la existencia del quiste primitivo y eventualmente su tratamiento concomitante.

Es lógico que el abordaje del quiste retro-vesical deba ser hecho por vía extra-peritoneal, cosa que no ofrece dificultades, pues es sencillo en todos los casos decolar el peritoneo hacia arriba para obtener el campo suficiente para maniobrar sobre el quiste. En nuestro caso hicimos la marsupialización del quiste, conducta que defiende Surraco por las posibilidades de la infección secundaria del quiste, aunque ha sido efectuada entre nosotros, también con éxito, el cierre sin drenaje (Grimaldi). La vía transvesical, que empleara Santanelli en su observación, es una vía de excepción que solamente se justifica por error diagnóstico. La vía perineal que preconiza entre nosotros Pagliere, y que ha sido efectuada con éxito por García, creemos que debe ser reservada solamente a los quistes de tamaño reducido, y que contactan con la prostata, sin evolucionar hacia el hipogastrio, por las razones ya mencionadas al hablar de la vía hipogástrica y porque el abordaje perineal resulta más engorroso, brinda un campo operatorio reducido y tiene la posibilidad de herir elementos anatómicos importantes. (ureter, vejiga, recto).

B I B L I O G R A F I A

1. *Cartelli N. y Albornoz I. V.* — Quiste hidatídico retro-vesical. Su diagnóstico radiológico. Rev. Arg. de Urología, t. III. pág. 395. 1934.
2. *Comotto C. y Berti H.* — Sobre un caso de quiste hidatídico retro-vesical. Rev. Arg. de Urol., t. 8. 1939. pág. 95-100.
3. *Figueroa Alcorta L., Sandro R. y Molino L.* — Quiste hidatídico retrovesical. Rev. Arg. de Urol., vol. 13. pág. 161. 1944.
4. *Grimaldi F.* — Quiste hidatídico retro-vesical. Rev. Arg. de Urol., t. 5. pág. 248. 1936.
5. *Grimaldi F., Rubi R. y Méndez A.* — Quiste hidatídico retro-vesical calcificado. Rev. Arg. de Urol., vol. 11. pág. 215. 1942.
6. *Iacupraro G.* — Quiste hidatídico retrovesical en el hombre: Su estudio. Rev. Arg. de Urol., t. IV. pág. 211. 1935.
7. *Llanos M. A.* — Contribución a la casuística de quiste hidatídico retrovesical en el hombre. Rev. Arg. de Urol., t. 8. pág. 516. 1939.
8. *Llanos M. A.* — Quiste hidatídico retro-vesical en el hombre. Rev. de Cirugía de Bs. Aires, pág. 504. 1932.
9. *Mathis R. I.* — Quistes hidatídicos e intraperitoneal. Rev. Arg. de Urol., t. IX. págs. 417-424. 1940.
10. *Molina Luis R.* — Quiste hidatídico retro-vesical. Rev. Arg. de Urol., t. XV. pág. 251. 1946.
11. *Pagliere L.* — Abordaje y drenaje perineal de los quistes hidatídicos retro-vesicales. II. C. Am. y I. Arg. de Urol., t. 1. pág. 253. 1937.
12. *Santanelli L.* — Quiste hidatídico retro-vesical. S. de C. de Rosario, t. II. pág. 207. 1935.
13. *Surraco L., Bonnacetrere E. y Castro H. D.* — Los quistes hidatídicos retrovesicales. II C. A. y I^o Arg. de Urol., t. 1. pág. 139. 1937.

DISCUSIÓN

Dr. Surraco. — *La comunicación del Dr. Ercole es interesante desde todo punto de vista. Es como contribución una confirmación de un trabajo que publiqué hace 20 años sobre este tema. Le agradezco al Dr. Ercole la cita que ha hecho del mismo.*

El punto fundamental del quiste hidatídico retrovesical, se refiere en primer término, a la topografía. Figura en los libros un concepto erróneo que yo he levantado, diciendo que puede haber quistes hidatídicos de la próstata, que los quistes hidatídicos tienen contacto con la próstata. Precisamente por eso, se ha discutido durante mucho tiempo la verdadera localización de esta afección y hasta se han propuesto vías raras de abordaje.

He demostrado que el quiste nunca tiene relación con la próstata, sino que están lejos de la misma, en el plano intervesicular, en todos los casos en que

existe entre el polo inferior de la tumefacción que se palpa muy alto, por el tacto rectal. El quiste, a pesar que tiene su origen en la cavidad de Douglas, no se desarrolla en el fondo mismo, sino que va cabalgando sobre la pared anterior, como se puede demostrar si se hace una intervención y se realiza una disección del peritoneo en esa parte. Se encontrará así que el gran quiste se proyecta sobre la parte anterior de la cavidad de Douglas y que existen pequeños quistes que por lo general, suelen pasar desapercibidos, por lo que se dejan. Por eso, conviene efectuar una exploración minuciosa y tener la seguridad de que no existe más que uno.

Este quiste presenta dos evoluciones: o muy anterior y superior o ántero-posterior. La cara posterior tiende a desplazar las dos vesículas a proyectar la pared posterior vesical hacia delante y haciendo presión sobre el cuello vesical. Eso en los casos que generalmente se presentan con retención de orina y en los que, como sintomatología, aparece sobre la pared anterior del abdomen una tumefacción, que es la vejiga. Una vez que se vacía la vejiga, se encuentra detrás la tumefacción.

El caso que nos ha mostrado el Dr. Ercole, es de evolución superior. La radiografía lateral muestra una deformación en media luna de la cara posterior de la vejiga proyectada contra la pared anterior. Es una tumefacción que tiende a comprimir la vejiga; asciende en dirección al ombligo. Si se palpa, se encuentra una tumefacción con caracteres de vejiga, pero llama la atención que no se puedan introducir los dedos, exactamente lo mismo que pasa en las tumefacciones genitales de la mujer. Siguiendo ese tumor por su parte anterior, se ve que se proyecta muy atrás, hacia la dirección del promontorio, cosa que no da nunca una vejiga. Esta asciende, tiene la forma en cono, pero nunca la tumefacción en plano.

El abordaje es, como lo ha dicho el doctor Ercole. En mi trabajo digo que uno de los modos de abordaje es ir a buscar el uraco, seccionarlo bien por la base y separar completamente el plano peritoneal, lo que permite separar el peritoneo del quiste. Se secciona el punto de contacto con la vejiga, el peritoneo se desplaza bien quedando en libertad. Se vacía el quiste por el proceso de marsupialización y se realiza el tratamiento que aconseja el doctor Ercole.

Una vez quise hacer un cierre, pero tuve que abrir, porque el quiste de la vejiga, aunque sea hialino, en potencia está infectado, dado que se encuentra en contacto con la pared vesical. Abriéndolo se infecta y cerrándolo también. Evoluciona como un quiste supurado. Por eso, suele tardar mucho en cerrar. Lo mejor entonces, es buscar el uraco, separar el peritoneo y hacer el drenaje como marsupialización. El decolamiento por la parte interior tiene que aprovechar el plano retroprostático y retro e intervesicular, lo que es muy complicado como técnica operatoria, con el agravante de que es muy difícil la exploración

del fondo de saco de Douglas. Por esa misma incisión, conviene explorar las arterias peritoneales, dado que no es raro encontrar un quiste de la cara inferior del hígado, los cuales según Debey, pueden tener su origen en el hígado y caer en el fondo de saco de Douglas.

Por esas razones, es interesante hacer la intervención por arriba, por la vía natural, permitiendo esta vía la exploración por arriba y por abajo.

Felicito, pues, al doctor Ercole por su interesante presentación del quiste hidatídico retro-vesical, que no es frecuente.

Dr. Ercole. — Le agradezco al Profesor Surraco la interesante contribución a mi trabajo y me felicito de haber traído a esta reunión este caso que nos ha permitido escuchar su autorizada opinión al respecto.