

QUISTE HIDATICO RETROVESICAL A SINTOMATOLOGIA PSEUDO-PROSTATICO

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

A mediados de febrero del corriente año concurre a la consulta en nuestra clínica privada F. M. de 58 años de edad, domiciliado en esta ciudad, quién expresa que desde hace un año viene acusando trastornos miccionales caracterizados por polaquiuria, esfuerzo miccional y poca fuerza de proyección en el chorro de micción. En 2 oportunidades quedó en retención completa, por lo que debió ser sondado y con tal motivo es aconsejado en un servicio hospitalario, de hacerse operar de la próstata. Nunca tuvo hematuria ni temperatura.

Sus antecedentes son sin importancia con excepción de un chancro específico en 1926 y de haber sido operado en enero de 1950 de un quiste hidático de la región hepática.

El examen clínico nos muestra un hombre en buenas condiciones generales cuyas orinas de emisión son claras, pero cuya micción la debe efectuar en cuclillas por resultarle así más cómodo. Pulmones y corazón no ofrecen nada digno de mención siendo su presión arterial 148-80.

Al examen del abdomen se constata un cicatriz algo retraída en su parte media, pararectal y supraumbilical derecha, de su intervención anterior. Hígado, Bazo y Riñones no se palpan. En la región suprapúbica parece palpase un globo vesical percutiéndose una zona de matidez a convexidad superior y que llega hasta las vecindades del ombligo. Los dedos se insinúan por debajo del pubis.

Se logra franquear perfectamente bien un bequille nº 18 no encontrándose residuo vesical. Al tacto rectal se percibe una próstata de forma, tamaño y caracteres normales, pero por detrás de ella se aprecia una tumoración redondeada de superficie lisa, renitente y que a la palpación bimanual se justiprecia del tamaño de un pomelo, de poca movilidad, más bien fija. Intentamos una cistoscopia pero el aparato no franquea por uretra posterior.

Frente a estos datos clínicos y al os antecedentes hacemos un diagnóstico de presunción de quiste hidático retrovesical, por cuyo motivo aconsejamos al paciente se interne con el fin de completar los exámenes, certificar el diagnóstico y decidir la intervención.

Ingresa en nuestro servicio del Hospital Italiano el 14-IV-51 llevándose a cabo los siguientes exámenes.

Radiografía directa de región uretro vesical: (16-IV-51) sin particularidades.

Uretrocistografía de frente: Vejiga alargada en sentido vertical en reloj de arena con zona clara central. Uretra posterior sin particularidades (fig. 1)

O. L. I.: Vejiga rechazada de atrás adelante. Marcada convexidad de uretra posterior.

Hemograma: (17-IV-51) Gl. Rj. 4.300.000. Gl. Bl. 6.200. Hgb 80 %. V Gl. 0,93. N 67 %. E 2 %. L 1 %. M 4 %.

Análisis de orina: (17-IV-51), Ac. 1022. Urea 21 Cl. 8. 6. Resto sin particular. Sedimento normal.

Informe cardiológico: (17-IV-51). Presión arterial: 120-75. Agrandamiento de ventrículo izquierdo con hipertrofia. Puede ser operado con los cuidados correspondientes a una cardiopatía arterioesclerosa coronaria (Dr. F. Gaspary).

Radiografía directa de riñones y vejiga: (18-IV-51). Areas renales sin particularidades. Correspondiendo a la sombra renal izquierda pero sobrepasando sus límites se aprecia

gruesa sombra calcificada algo mayor que una nuez. Grueso flebolito a la altura de la espina ciática derecha.

Urograma por excreción: (18-IV-51) 10' 20' 30. Nefroureterograma de caracteres morfológicos. Al cistograma vejiga en palangana (fig. nº 3).



Figura 1



Figura 2

Reacción de Wassermann y Kahn en sangre: (23-IV-51) W. (+++) K. (+++).

Examen de líquido cefalo raquídeo: (29-VIII-50) reacción de W. (—) Albúmina 0.24 gms. por mil. L. uno por mm³ Nonne Apelli y Pandey (—) Oro coloidal (—).

Reacción intradérmica de Cassoni: (20-IV-51). Positiva (++).

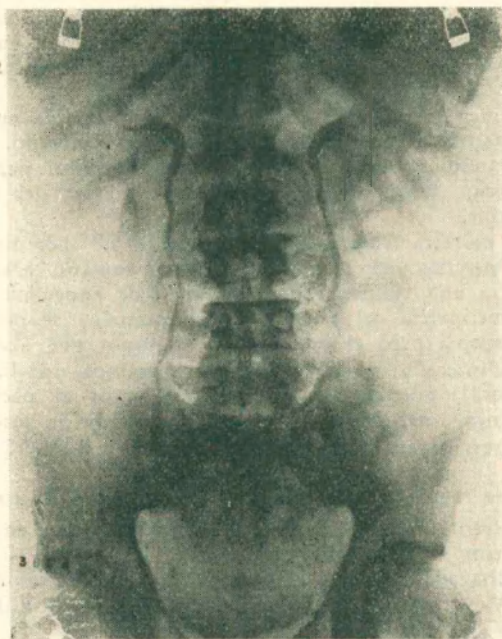


Figura 3

Eosinofilia sanguínea: (21-IV-51) 8 por mil.

Operación: (21-IV-51) Raquianestesia: (nov. 0.08 Perc. 0.005).

Incisión mediana infraumbilical: abierto al peritoneo se explora la cavidad abdominal no hallándose en su interior ninguna formación quística, pero se constata que el peritoneo del

fondo de saco de Douglas se halla rechazado por una tumoración. Es de hacer notar que la vejiga se halla muy elevada, llegando hasta las proximidades del ombligo. Saturando el peritoneo se procede a extraperitonizar la vejiga llegándose así hasta la parte más superior del quiste para lo cual es necesario rechazar la vejiga hacia abajo: bloqueando al quiste con gasa se lo punza extrayéndose 20 c.c. de líquido cristal de roca e inyectando por la misma aguja 40 c.c. de una solución de formol al 5 % y se lo deja en su interior unos 10' y luego con el aspirador de Finochietto se punza nuevamente el quiste extrayéndose del mismo unos 1000 c.c. de líquido, saliendo junto con el trocar, adherido a él la membrana intraquistica. Se marsupializa las paredes del quiste, colocándose un tubo de drenaje en su interior. Cierre de la pared por planos. Es de hacer notar que el quiste se halla íntimamente adherido a la pared vesical, formando cuerpo con las fibras musculares lo que hacía imposible su extracción.

Post-Operatorio: Penicilina. Pequeña transfusión de 300 c.c. de sangre total. Suero fisiológico subcutáneo. Sonda uretral a permanencia por 8 días.

Evolución: Sin incidencias siendo dado de alta a los 17 días de operado quedando solamente un pequeño tubo de drenaje en la cavidad el que es retirado pocos días después.

Los trastornos miccionales han desaparecido por completo.

La relativa poca frecuencia de su observación (Ercole en 1948 en la compulsa de la casuística nacional halló 31 observaciones solamente) y la claridad y precisión diagnóstica de la observación aquí relatada invitan a su presentación.

Inútil es insistir acerca del mecanismo por todos conocidos acerca de la manera cómo llegó el equinococo a ubicarse en esa región, teoría ya sostenida por Charcot en 1852. En nuestro medio en 1907 Herrera Vegas y D. Cranwell en una importante monografía acerca del quiste hidático en la República Argentina sobre un conjunto de 970 observaciones hallan 35 casos en la pequeña pelvis. En 1937 L. Surraco en una aportación al tema en el 2° Congreso Americano y 1° Argentino de Urología hace una puesta al día del tema en forma completa, lo que nos exime de hacerlo en esta oportunidad y aconsejando su lectura a quien desee hacerlo in extenso. Solo destacaremos unos datos que consideramos esenciales.

Ese autor destaca que en su evolución anatómico-clínica, por cierto lenta, los quistes hidáticos pueden hallarse ubicados o bien en el ángulo vesico-vesicular por lo que se pone en contacto inmediato y relaciona con el confluente urétero espermático y que en su crecimiento progresivo rechaza la cara posterior de vejiga comprimiendo sus dos tercios inferiores llegando a producir episodios de retención como en nuestra observación, o bien se ubican más arriba, en el 1/3 superior y aplastan la vejiga de arriba abajo. Rarísima es la ubicación prevesical como en la observación de J. Casal y A. Rocchi.

Entre los datos clínicos dignos de mención aparte de los trastornos miccionales merecen destacarse los episodios de retención relatados en muchas observaciones. (Molina, L. R., Grimaldi, F. E., Comotto, C. y Bersi, H. D., Llanos, M. A., Figueroa Alcorta, L., Sandro, R. E. y Molina, L. R., Casal y Rocchi, R., Ercole) y constatado también en la nuestra, y que puede inducir en el error de pensar que pueda tratarse de un adenoma de próstata sobre todo si enfrentamos personas que sobrepasen los 50 años. El diagnóstico diferencial es sencillo y basta sólo pensar en la posibilidad de esta afección: después de haber vaciado vejiga por sondaje se aprecia al tacto rectal una próstata de tamaño normal y por detrás de ella en la zona de las vesículas seminales una tumoración redondeada de tamaño variable de superficie lisa a veces renitente, a veces

con fremito y donde la palpación combinada nos brinda datos más precisos. Al respecto es interesante hacer destacar, como lo establece Surraco la forma de diferenciar un quiste hidático de una vejiga distendida: en esta última no es posible insinuar los dedos por detrás del pubis.

Es muy frecuente leer en las observaciones relatadas la imposibilidad de efectuar una cistoscopia, como en nuestro caso, y esto se explica perfectamente al efectuar una uretro-cistografía que pone en evidencia, en la tomada en posición oblicua la distorsión de la uretra posterior: su alargamiento y mayor convexidad por desplazamiento del cuello vesical hacia delante y en aquellos donde el examen endoscópico es posible lo hace a expensas de bascular mucho el ocular hacia abajo (Observación de Grimaldi, Rubi y Méndez). Ya que nos referimos a los rayos X diremos que la cistografía muestra 2 imágenes que le son características: si el quiste hidático se halla ubicado bien en el carrefour vesico-vesicular como en la observación aquí relatada, nos da al cistograma por relleno una vejiga en reloj de arena en la de frente y en una oblicua el desplazamiento de la misma hacia delante. Si como dice Surraco se ubica en los 2/3 superiores de vejiga dará simplemente una imagen de compresión extrínseca, cistograma nuestro del urograma por excreción.

Siempre es necesario efectuar una pielografía descendente para determinar el estado del árbol urinario superior, pudiendo haber mayor o menor repercusión de acuerdo al tamaño del quiste hidático y su ubicación: en nuestro caso sólo existía cierta constipación ureteral bilateral en sus 2/3 superiores.

E. A. Bonnacarrere y R. Rodríguez Barrios al hablar de la repercusión focal de la reacción de Casoni mencionan un dato de laboratorio descrito por Manasei en 1923, que le llaman la reacción de orden general y que se caracteriza por un aumento de la eosinofilia y que en un caso de los A. A. antes citados fué del 2 % al 17 % y que en el nuestro fué del 2 al 8 %. Simultáneamente el estado del árbol urinario superior, pudiendo haber mayor o menor repercusión focal que aparece varias horas después de la intradermo reacción y se traduce por un recrudecimiento de la sintomatología quística física y funcional, fácilmente apreciable por un aumento de tamaño en las localizaciones superficiales y difícil de apreciar en las profundas; nuestro caso no acusó ninguna exacerbación.

Como procedimiento diagnóstico queda proscripta la función del quiste tal como lo destacan Surraco, Couvelaire y Pillet. A pesar de ello Boutteau y Wurmser lo emplearon.

De las complicaciones posibles a partir de la retención de orina ya mencionada no debemos olvidarnos de las producidas a distancia, a nivel del árbol urinario superior, generalmente diagnosticables con ayuda de un urograma. Las propias del quiste son la infección, la calcificación y la fistulización de la vejiga.

Grimaldi, Rubi y Méndez al referir su observación destacan la rareza de la calcificación, a la inversa de los quistes hidáticos renales, habiendo sólo hallado otra en la literatura descrita por Marion en 1914. El quiste se hallaba rodeado de una gruesa capa calcárea y radiográficamente presentaba una densidad no homogénea, semejante a la del esqueleto. El quiste prevesical de J. Casal y A. Rocchi también lo era.

En la observación relatada por Castelli y Albornoz después de un período de 6 días de temperatura en agujas se produce la apertura espontánea del quiste hidático en vejiga con la consiguiente eliminación de vesículas hijas por orina. También en el caso relatado por Ortiz, A y García, J. E. hubo eliminación de vesículas hijas por fistulización del quiste hidático.

No tratados oportunamente, el pronóstico es serio. L. Surraco, Bonnacarrere y Díaz Castro lo destacan al decir: "El quiste hidático retrovesical constituye la forma frecuente y casi diríamos única de la hidatidosis preperitoneal, constituyendo una localización frecuentemente de carácter secundario, de tipo generalmente único y de pronóstico no benigno, siendo su más grave complicación la producida sobre el aparato renoureteral y más adelante insisten en la seriedad de la afección por:

1. por su insidiosidad inicial;
2. evolución progresiva;
3. ser una afección a localización secundaria.
4. la eventualidad de su apertura en vísceras y serosas;
5. su topografía.

Hablando de tratamiento, haremos simplemente algunas consideraciones terapéuticas basadas en la observación aquí relatada y la lectura de los trabajos consultados.

Muchos son los temperamentos a adoptar: la marsupialización, punción rectal, incisión abdominal o rectal o perineal o bien la extirpación total: quistectomía. Debemos ante todo discriminar qué tipo de quiste hidático, estamos tratando, si es uno simple o bien complicado, infectado, calcificado o, fistulizado.

El temperamento aceptado por la mayoría consiste en abordar el quiste por vía extraperitoneal y previa punción con los cuidados correspondientes, extraer unos 20 a 30 cc. de líquido y constatar su naturaleza: cristal de roca, infectado o hemorrágico. Por la misma aguja de punción se inyectan 20 a 40 cc. de una solución de formol al 5 % y después esperar unos 10' a 15' se punza el quiste con un aspirador potente extrayéndose todo su contenido: líquido cristal de roca y vesículas hijas. Como en nuestra observación es posible que al final de la maniobra venga con el mismo aspirador todo o parte de la membrana germinativa. Ahora bien como en el caso de Boutteau y Wurmser hubo necesidad de abrir el quiste antes de vaciarlo pues éste se hallaba completamente lleno de vesículas que no venían por el aspirador.

Aquí también sucedió que la membrana germinativa adhería tan íntimamente que no fué posible extirparla de primera intención, por lo que después de marsupializarlo, a los 15 días toda la membrana esfacelada del quiste se extirpó con ayuda de una pinza.

Siguiendo a Surraco la vía de elección es la hipogástrica extraperitoneal con marsupialización, sin embargo, tanto Gouverneur como Devé son partidarios del abordaje intraperitoneal lo que según ellos les permite una buena exploración. Creemos nosotros que esta exploración intraperitoneal es indispensable hacerla, en busca de otras siembras hidáticas así también como para explorar la cara inferior del hígado, después de lo cual se procede al cierre del

peritoneo, tratando de extraperitonizar el quiste. Si se hubiera procedido en esta forma, en la observación relatada por Llanos M. A. se hubiera constatado un quiste del epiplón y por el que hubo de ser operado a posteriori.

En el supuesto caso de hallar una simultaneidad de la afección, convendrá considerar la posibilidad de diferirlo para un tiempo ulterior y tratar primero el quiste retrovesical ya que este representa siempre un peligro para el árbol urinario superior o bien hacer como hicieron R. I. Mathis, L. R. Molina, Schiappapietra y Tittamanti Lescano todo en un solo tiempo.

L. Sabadini considera que la vía introperitoneal es mejor y se pregunta si no se tratan así todas las formas intrabdominales de la equinocosis? —Dice él, que uno está en la obligación de practicar la exéresis del quiste buscando un plano de clivaje y enuclearlo, y si ello no es posible por hallarse íntimamente adherido, previa extracción de la pared quística hace nueva formalización de la cavidad y luego el cierre de la misma. El drenaje lo considera solamente necesario en caso de quiste séptico, pero insiste en que la vía extraperitoneal es ciega y difícil.

Así tuvo que proceder L. Figueroa Alcorta por hallarse el quiste hidático íntimamente adherido a vejiga y peritoneo extrayendo 3 litros de líquido y termina suturando los bordes del quiste a los músculos rectos y dejando 2 tubos de drenajes.

A. García al comentar su tercera observación refiere que al no poder abordar el quiste por arriba, en vez de abrir el peritoneo que dice siempre es riesgoso, obvia este inconveniente abordándolo por la cara lateral sin abrir el peritoneo novilizando vejiga y reconociendo el uréter, abre el quiste lo drena, aspira la germinativa y marsupializa con lo que logró una evolución óptima.

Tittamanti Lescano en una reciente comunicación aconseja la quistectomía, amparado dice él en los antibióticos, ya que como le sucediera se produjo el desgarró de vejiga y del asa sigmoidea con lo que consigue abreviar el postoperatorio.

Como interés especulativo merece recordarse el procedimiento biológico de Calcano, apoyado por unos, detractado por muchos. Sin embargo Surra Canard lo comenta favorablemente al referir una observación de un quiste hidático renal abierto en vía excretoras y tratado con el antígeno correspondiente, con lo que logró la desaparición del quiste con sus comunicaciones con las vías excretoras y una restitución bastante aceptable de las mismas.

Tittamanti Lescano expresa que en su observación no experimentó el enfermo ninguna mejoría.

BIBLIOGRAFIA

1. Llanos M. A.: Revista Argentina de Urología, II, 104, 1933.
2. Ortiz A. y García E.: Revista Argentina de Urología II, 226, 1933.
3. Cartelli N. y Albornoz J. V.: Revista Argentina de Urología, III, 395, 1934.
4. Surra L. A., Boncarterre E. y Díaz Castro H.: 2º Congreso Americano y 1º Argentina de Urología, T. I, 139, 1937.
7. Surra L. A.: J. Fr. d'Urol., 45, 330, 1938.
8. Sabadini L.: J. Fr. d'Urol., 46, 57, 1938.
9. Comotto C. y Berti H. D.: Revista Argentina de Urología, VII, 05, 1939.
10. Llanos M. A.: Revista Argentina de Urología, VII, 516, 1939.

11. *Mathis R. I.*: Revista Argentina de Urología. IX. 417. 1940.
12. *Grimaldi F. R., Rubi R. A. y Méndez A.*: Revista Argentina de Urología, XI. 215. 1942.
13. *Bontean P. y Wurmser R.*: J. Fr. d'Urol. 50. 240. 1942.
14. *Figüero Alcorta L. Sandro R. E. y Molina L. R.*: Revista Argentina de Urología, XIII. 161. 1944.
15. *Molina R. L.*: Revista Argentina de Urología. XV. 251. 1946.
16. *Casal y Rocchi A.*: Revista Argentina de Urología, XV. 179. 1947.
17. *Ercole R.*: Revista Argentina de Urología, XVII. 113. 1948.
18. *Trabucco A., Márquez F. y Diner K.*: Revista Argentina de Urología, XVIII. 171. 1949.
19. *Tittamanti Lescano O. A.*: Revista Argentina de Urología. XIX. 187. 1950.