

Sociedad Argentina de Urología

Presidente: Dr. Tomás Schiappapietra

Vicepresidente: Dr. Constante Comotto

Secretario: Dr. José Casal

7°. Sesión científica ordinaria - 26 de octubre de 1956.

RETENCION AGUDA COMPLETA DE ORINA POR QUISTE SEROSO CERVICAL EN UN PACIENTE DE 68 AÑOS

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y J. CHIODI

La obstrucción cervical por quiste trigonal es sumamente rara, no pasando de una veintena los casos publicados hasta el presente, siendo ésta al parecer la segunda observación relatada en el país, correspondiendo la prioridad a la referida por los doctores Bentolilla y Gómez del Camo en 1953 (Rev. Arg. de Urología, 1953, pág. 49) en el seno de esta Sociedad.

Relataremos brevemente esta observación: paciente A. P. (Clínica privada), 68 años; polaquiuria diurna y nocturna desde hace varios años; hace 5 días retención aguda completa. Se le efectúa sondeo y aparece una intensa hemorragia que obliga a realizar una talla vesical de urgencia. En la operación se comprueba una formación quística del tamaño de una ciruela mediana, lisa redondeada, cubierta por la mucosa vesical con un pedículo delicado que se inserta a nivel del orificio interno del cuello de la vejiga entre la hora III y VI (quiste trigonal). Se extirpa a tijera sin inconvenientes; resección cuneiforme del cuello vesical escleroso con 2 puntos hemostáticos; cierre completo de la vejiga y sonda uretral. Alta a los 10 días en perfectas condiciones. En virtud de la intensidad de los fenómenos urinarios presentados por el paciente (dolor, hematuria y retención aguda) no fué posible practicar examen cistoscópico y urográfico previos a la intervención, que hubieran permitido establecer el diagnóstico con exactitud. El estudio anátomo-patológico efectuado por el Prof. Monserrat y su informe microscópico y fotográfico ilustran y aclaran debidamente el caso. Dice así:

Material: Quiste de vejiga. Trozo de vejiga.

"Formación del tamaño de una nuez que al corte muéstrase de naturaleza quística multilocular de contenido líquido y revestimiento liso y brillante. Trozo de músculo vesical de aspecto lardáceo con estrías hemorrágicas."

"La formación quística en el examen histológico demuestra estar comprendida entre una mucosa paramalpighiana y una pared constituida por haces musculares lisos, es decir: que se halla en plena submucosa vesical, estando rodeada por un tejido conectivo laxo vascularizado con edema intersticial e infiltración linfoplasmocitaria. El músculo vecino con zonas hemorrágicas e infiltración del mismo tipo."

"El quiste propiamente dicho está constituido por una delgada pared de tejido conjuntivo colágeno con tabiques en su interior, constituyendo quistes más pequeños y un revestimiento de tipo epitelial que a pesar de la compresión mecánica muestra dos o tres hileras de núcleos superpuestos."

"La mucosa que recubre la formación quística muestra zonas de proliferación epitelial formando nidos como los descriptos por Brunn."



Fig. 1: Fotomicrografía que muestra el aspecto multilocular de la formación quística.



Fig. 2: Fotomicrografía donde se aprecia: La proliferación epitelial con formación de nidos de la mucosa vesical. La pared de colágeno de la formación quística y su revestimiento epitelial.



Fig. 3: Fotomicrografía mostrando la pared quística con su revestimiento epitelial en contacto con el músculo vesical.



Fig. 4: Fotomicrografía de la biopsia de músculo vesical que muestra la infiltración leucocitaria con predominio de eosinófilos.

"Trozo vesical: Se observan haces musculares lisos con congestión, hemorragias, edema intersticial y disociación por un infiltrado leucocitario polinuclear predominando numerosos eosinófilos."

"En resumen Se trata de una cistitis granular quística. El trozo de músculo vesical muestra un proceso inflamatorio en actividad."

La observación de quistes localizados en el cuello vesical que provoquen trastornos obstructivos por su tamaño es muy rara ya que éstos generalmente son muy pequeños y se suelen descubrir al efectuar cistoscopias rutinariamente siendo generalmente asintomáticos. Michon, Boyet y Cammenos en un estudio bibliográfico sobre este tema, citan 17 casos observados por otros autores en adultos y agregan uno estudiado por ellos en un niño de 3 años. La sintomatología que presentan estos pacientes es similar a todos los que presentan trastornos en la evacuación vesical por obstáculos situados a nivel del cuello; así se ha citado la observación de disuria, hematuria, infección (piuria intensa), repercusión en el sistema pieloureteral y retención aguda de orina. Nuestro caso presentaba polaquiuria intensa. En los casos en que se ha efectuado estudio radiográfico se ha comprobado cuando el tamaño del quiste es grande en la parte inferior del cistograma una laguna de contornos netos y policíclicos situada generalmente en posición lateral, siendo la imagen similar a la presentada por un lomo prostático. En el niño con síndrome obstructivo esta imagen debe llamar poderosamente la atención hacia un quiste trigonal. En la cistoscopia ha sido posible verificar a nivel de uno de los bordes del cuello una saliencia endovesical que generalmente se desenvuelve entre el cuello y uno de los orificios ureterales enmascarándolo; si la sintomatología obstructiva es antigua aparecen imágenes de lucha vesical (columnas y celdas). Con respecto al tratamiento de estos casos diremos que si se ha efectuado el diagnóstico previo, es posible intentar su terapéutica por vía endoscópica mediante la resección y en caso contrario la terapéutica alta (como el caso presentado) mediante la extirpación; si los orificios ureterales no son muy visibles se colocan sondas para facilitar la exéresis (Michon). Si no hay pedículo o buen plano de clivaje se efectuará la extirpación parcial electrocoagulando la zona adherente. La patogenia de esta afección es discutida. En principio se sabe que en la vejiga normal es de muy difícil observación la presencia de glándulas y siempre este hecho ha sido discutido por numerosos autores. En las proximidades del cuello vesical, es decir, en el vértice del triángulo, su presencia ha sido repetidamente observada. Brunn, en 1893, observó yemas o brotes epiteliales (Epithelsprossen) que son acúmulos celulares que penetran en la submucosa y que se encuentran unidos por un puente con el epitelio superficial (divertículos glanduliformes de algunos autores) y que pueden presentar en su interior una luz glandular. No siempre se presentan así y quizás sea más frecuente su independencia del epitelio superficial (Epithelnestern) y su carácter macizo. Pero el aspecto glanduliforme nos interesa sobremanera pues de él a la obliteración de la luz y al desarrollo de un quiste no hay más que un paso y tal es la opinión admitida por muchos autores. La aparición de estas formaciones es más frecuente en aquellas vejigas que por infección u otras causas (obstrucción) tienen una reacción epitelial proliferativa, es decir, que serían secundarias. En cambio las verdaderas glándulas, que son negadas por Aschoff, Lubarsch y Maeda, que serían fenómenos primitivos (teoría disembrionoplásica) nos explicarían por obstrucción de su luz la aparición de quistes en los niños, ya que en

ellos los fenómenos inflamatorios no han tenido aún tiempo de actuar produciendo los fenómenos anteriormente estudiados (nidios de v. Brunn). Coincide la aparición en el cuello vesical de estos quistes con la observación de glándulas y de nidios epiteliales en esa región, por lo cual creemos que la explicación patogénica que hemos comentado es verdadera. Para explicar la génesis glandular (glándulas de tipo intestinal y de tipo periuretral) algunas apoyan la teoría embrionaria (inclusión de gérmenes celulares intestinales) y otros la teoría de la metaplasia (transformación del epitelio vesical en otro de tipo intestinal o periuretral) coincidiendo en ambos casos que los estímulos irritativos e inflamatorios pueden actuar como factores desencadenantes en su aparición. En el estudio anatomopatológico de los quistes según los fenómenos celulares observados se podrá en parte presumir su origen a partir de las glándulas o de las yemas epiteliales. La cistopatía quística asintomática es con toda probabilidad el primer paso de la afección que hemos pasado en revista.

CONCLUSIONES

- 1.— Se presenta un caso de obstrucción del cuello vesical por una tumoración quística localizada en el trigono.
- 2.— Se discute la patogenia comentando las teorías embrionarias y metaplásica que condicionan la aparición de las glándulas.
- 3.— Las yemas epiteliales de v. Brunn y las glándulas (tipo intestinal y periuretral) vesicales por obstrucción de su luz serían el origen de los quistes actuando como estímulos irritativos e inflamatorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Louis Michon, Boyet et Cammenos: (J. d'U. 1953, 59, 529).
 2. Bentolila y C. Gómez del Campo: (Rev. Arg. de Urología, 1953, 49).
 3. N. Mazurels: (Intern. A. of Surgery, V. 92 181).
 4. V. Brunn A.: (Arch. F. Mikr. Anat., 41, 294, 1893).
 5. Francois J.: (J. d'U. 4, 207, 1913).
- Cifuentes Delatte L.: (Cistitis y Cistopatías, p. 6, 16, 353, 363. Madrid, 1947).

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Voy a relatar el caso de una chiquita de seis años. Se presentó con una retención de orina y equivocó el diagnóstico de abdomen agudo; fué operada de apendicitis. Como siguiera con la misma molestia y no le fuera posible la micción, tuvo que intervenir el urólogo que confirmó un globo vesical con fenómenos reflejos de orden peritoneal y peritonitis. La causa de la retención era un quiste único en la vertiente interna del cuello. Con un panendoscopio infantil hice la electrocoagulación, que dió salida a un líquido gelatinoso, pero confieso que no me dejó conforme para dar una explicación a la retención. Lo dejé con sonda en permanencia 48 horas, saqué la sonda y la micción siempre fué posible. Veo al niño periódicamente y está muy bien.

Digo que no me dejó satisfecho porque el quiste único y pequeño daba la impresión de que no obstruía la uretra. Sin embargo, fué la única causa demostrable.