

Por los Doctores

CONSTANTE COMOTTO
y HECTOR D. BERRI

SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDATIDICO RETROVESICAL (*)

LA localización retrovesical del quiste hidatídico es bastante rara y son muy pocas las observaciones publicadas, no debiendo confundirse con la hidatidosis pelviana que se refiere a cualquiera localización en los órganos y tejidos que constituye la pelvis y que es relativamente frecuente.

Devé es el autor que ha hecho estudios más completos sobre el tema aclarando la patogenia de esta particular localización. Entre nosotros Cranwel y Herrera Vegas, en un conocido y valioso estudio sobre hidatidosis, encuentran sobre 970 casos solamente 5 observaciones de quiste hidatídico retrovesicales, agregando después Cranwell 4 casos más.

En 1922, Nin Posadas relató tres observaciones personales y en 1929 los Dres. Montes y García publicaron otro caso. En el servicio del Profesor Salleras se han publicado dos observaciones y los Dres. Ortiz y García presentaron un caso de quiste hidatídico retrovesical abierto en vejiga y que tuvimos oportunidad de observar.

El Dr. Guillermo Iacapraro, en 1935, publica un trabajo sobre este tema y últimamente el Profesor Grimaldi aportó en 1936 una contribución más.

La escasez de las observaciones encontradas, aún admitiendo que algunas se nos hubieran escapado, cosa muy probable, nos da una idea de lo poco frecuente de esta localización.

Patogenia. — La patogenia particular de los quistes de la pelvis ha sido muy bien estudiada por Devé (Kystes Hydatidiques du

(*) Este trabajo fué presentado en la reunión de fecha 5 de Mayo 1938, no publicándose en esa oportunidad.

bassin. — Revue de Chirurgie, 1924), y de acuerdo a él hoy se aceptan como de origen secundario los quistes de la pequeña pelvis, es decir, los que se originan por la ruptura de un quiste dentro de la cavidad abdominal. Pasamos por alto las consideraciones clínicas, anatomopatológicas y experimentales que apoyan este modo de ver, pero no debemos dejar de explicar el origen intraperitoneal del quiste que encontramos en la región retrovesical y por fuera de la cavidad peritoneal. Se acepta que las vesículas prolíferas y los escólex en contacto con la serosa peritoneal son enquistados por ésta y excluidos hacia el tejido subperitoneal, en el seno del cual se desarrollan en contacto con los órganos vecinos; simples razones de gravedad hacen que los gérmenes libres caigan en el espacio vésico-rectal, el punto más declive de la cavidad esplácnica; de lo dicho se deduce que estos quistes son siempre extraviscerales y en relación más o menos íntima de contigüidad con los órganos vecinos, en los cuales por compresión o necrosis pueden llegar a perforarlos abriéndose de este modo en el interior de ellos.

Sintomatología. — Silénciase hasta que el progresivo aumento de tamaño, provoca luego fenómenos de compresión y al dificultar la función de los órganos vecinos anuncia un síndrome que nunca es característico, pero que casi siempre ocasiona obstrucción mecánica en la función evacuadora vesical; disuria inicial o total, retención aguda completa, retención incompleta, polaquiuria y distensión vesical y a veces de todo el aparato urinario. En algunos casos se produce la ruptura del quiste pudiéndose hacer hacia la cavidad abdominal, hacia el recto o hacia la vejiga como en el caso presentado por los Dres. Ortiz y García.

Otras veces el tumor líquido es descubierto en ocasión de un examen cualquiera antes de revelarse la sintomatología como en una observación del Dr. Iacapraro con el Dr. Tobías.

Diagnóstico. — En general el cuadro clínico es muy parecido al de los prostáticos y estos enfermos nos llegan casi siempre con ese diagnóstico que el interrogatorio confirma aún más, por lo general nos llegan portadores de una tumoración que remonta el pubis con todos los caracteres de una vejiga distendida, y el tacto rectal nos muestra una tumoración lisa y renitente por encima de la próstata. El sondaje uretral es fácil hasta la uretra posterior que, como en mu-

chos prostáticos, cuesta franquear, pero llegando a la vejiga la cantidad de orina evacuada mayor o menor no modifica el volumen ni los otros caracteres del tumor abdominal.

Sentado el diagnóstico de tumor de pequeña pelvis y que la palpación bimanual nos muestra como retrovesical y solidario con la tumoración suprapúbica y que no se modifica con la evacuación vesical, debemos excluir aquellos procesos con caracteres parecidos: divertículos vesicales, sarcoma de próstata, celulitis pelvis gomosa, y el adenoma de próstata en su variedad glandular.

El examen cistoscópico, las reacciones biológicas específicas, la evolución clínica y la cistoradiografía son los elementos que contamos para llegar a descubrir el verdadero proceso.

En nuestra exposición nos hemos referido al quiste cerrado y considerado como tal aséptico por ser rara la infección por vía hematógena del mismo, dejamos aparte los quistes abiertos.

Tratamiento. — Este ha de ser quirúrgico siempre. La vía anterior o abdominal es la preferida por la mayoría de los autores; puede ser transperitoneal o retroperitoneal; la primera preconizada por Devé tiene la ventaja de un campo más amplio y la posibilidad de explorar la cavidad peritoneal en gran parte; el formolaje previo de la cavidad quística aconsejado también por el mismo Devé permite poner a cubierto del peligro de una siembra peritoneal, pues los gérmenes son destruidos antes que puedan quedar libres y el lavaje del campo operatorio con éter como toilette final asegura además contra el peligro de la siembra.

Descubierto el quiste se han aconsejado diversos métodos para destruirlos; dos de ellos son los que se han impuesto: la marzupialización con drenaje y la reducción sin drenaje. En cuanto a los quistes abiertos e infectados, como es de regla, la vía extraperitoneal es la de elección y el drenaje amplio debe ser precoz.

Pasaremos ahora a presentar el caso que motiva nuestra comunicación.

R. G. es atendido particularmente en febrero de 1938. Casado, de 41 años, argentino. Consulta por disuria total que sufre desde hace unos 3 meses e intercalándose una retención completa de orina que dura unas 8 horas, desapareciendo con baños y enemas calientes, refiere además dolores del tipo de ciática en la pierna derecha que llegan a impedirle el sueño y que se exacerban si no evacúa la vejiga.

Estado general excelente, apetito muy bueno.

En sus antecedentes, chancro duro a los 20 años que trató irregularmente. Peste bubónica a los 20 años en el servicio militar.

Aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo y nervioso, normal.

Orinas limpidas emitidas con relativa facilidad.

La palpación del hipogastrio revela la presencia de una tumoración que remonta hasta cerca del ombligo por debajo de la pared abdominal y que se pierde ensanchándose por detrás del pubis. En posición de Trendelenburg y en inspira-



Uretrocistorradiografía de frente.

ción profunda no se modifica la posición del tumor que es indoloro y renitente. Por el tacto rectal se constata por encima de la próstata de caracteres normales, una tumoración lisa y uniforme con ligera renitencia que se extiende entre ambas paredes de la pequeña pelvis y por detrás hasta el sacro.

La palpación combinada demuestra la continuidad de ambas tumoraciones.

El sondaje vesical es fácil con sonda bequillé, no hay retención y la capacidad es de 200 c. c. La cistoscopia fué imposible efectuarla por no franquear el instrumento la uretra posterior a pesar de todas las maniobras efectuadas.

Uretrocistorradiografía. — Utilizamos el yoduro de sodio al 15 %, nos dió un contraste débil pero suficiente y se observó: 1º En decúbito dorsal. Uretra de gran calibre, vejiga muy ensanchada con una gran escotadura en el borde superior que casi encuentra el inferior que se proyecta por encima del pubis. 2º En oblicua

izquierda. La vejiga se proyecta como laminada hacia la pared anterior del abdomen, afectando la forma de una gaita o de un estómago con la gruesa extremidad hacia arriba y por encima del pubis en su totalidad.

De nuestros exámenes fluía el diagnóstico de tumoración retrovesical probablemente de contenido líquido dada la renitencia que presentaba. El buen estado general del enfermo nos hizo descartar un proceso maligno y pensamos lógicamente



Uretrocistorradiografía de perfil.

en el quiste hidatídico retrovesical cerrado. Una reacción de Ghedini que fué fuertemente positiva y una eosinofilia de 5 % nos confirmó aún más el diagnóstico y con esos elementos indicamos la intervención quirúrgica que describimos a continuación.

Tratamiento quirúrgico. — Anestesia general con éter, incisión laparatomía mediana subumbilical. Abierto peritoneo se presenta la vejiga de paredes engrosadas y llegando hasta tres traveses de dedo del pubis, detrás de ella se encuentra una gran tumoración del tamaño de una cabeza de feto, lisa, renitente, a gran presión y recubierta por peritoneo visceral. Previo formolage de la bolsa, se introduce el trócar del aspirador Finochietto y se evacúa más de medio litro de líquido y gran cantidad de vesículas hijas y arenilla hidática, se ensancha la abertura y se curetea bien la membrana proliferativa; se marsupializa a la pared abdominal, dejando un grueso tubo de drenaje en la cavidad.

Post-operatorio: Normal, apirético al 4º día, purgante desde el 5º día, alimentación casi normal y herida en franca cicatrización. Se había decidido quitar el franaje al 8º día, pero la noche anterior disponiéndose el enfermo a dormir y después de un día perfecto, sufre un estado sincopal, falleciendo en pocos minutos a pesar de la medicación instituída por el médico de guardia, según el cual se trató de un síncope cardíaco.

La familia del sujeto nos refirió que en otra ocasión había sufrido un síncope cardíaco del cual reaccionó con mucho trabajo.

CONCLUSIÓN

La presente observación es de carácter casuístico, y la hemos traído dado lo poco habitual de la ubicación presentada y con la finalidad de aportar un caso más a las que ya se han comprobado.

Sociedad Argentina de Urología

ELECCION DE NUEVAS AUTORIDADES

El jueves 22 de diciembre de 1938 la Sociedad Argentina de Urología, reunida en su local de la calle Santa Fe 1171, llevó a cabo la Asamblea Extraordinaria con el objeto de elegir las nuevas autoridades para el período 1939.

Las votaciones dieron el siguiente resultado:

Para Presidente: Dr. Francisco Grimaldi.

„ Vice-Presidente: Dr. Alfonso von der Becke.

„ Secretario: Dr. Isidoro Gálvez.

„ Tesorero: Leónidas Rebaudi.

En la misma reunión se llevó a cabo la elección de miembros titulares en la que fué elegido el Dr. Luis R. Molina, cuyos antecedentes, títulos y trabajos se publicaron en esta revista, en el número 11-12 de 1938.

A continuación se llevó a cabo la 8ª y última reunión científica ordinaria.

G. Iacapraro,
Secretario.

Luis Figueroa Alcorta,
Presidente.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Condiciones de suscripción por un año:

Capital e Interior	\$ 15.00
Exterior	„ 20.00
Número suelto (para el país).....	„ 2.00
„ atrasado (para el país)	„ 3.00

A los Autores y Casas Editoras

Anunciamos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Besprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grösserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazioni che riceveremo, saranno annunziate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo de critica.

