

Instituto Municipal de Clínica Urológica
Director: Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta

QUISTE HIDATICO RETROVESICAL

Por los Dres. L. FIGUEROA ALCORTA, R. E. SANDRO y L. R. MOLINA

Motiva este trabajo la presentación de un enfermo afecto de quiste hidático retrovesical. Relataremos sucintamente sus antecedentes.

B. P., italiano, 58 años, de San Antonio de Areco.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega haber padecido enfermedad alguna hasta la fecha.

Enfermedad actual. — El enfermo hace partir, la afección a que nos referimos, a hace 4 meses, en que al día siguiente de una libación, entra en retención completa de orina, que obliga a sondarlo, restituyéndose inmediatamente su micción pero quedando desde entonces polaquiuria diurna (cada 2 horas) y nocturna (2 a 3 veces), y disuria caracterizada por retardo y disminución de la fuerza de proyección del chorro. A los tres meses de la primera, nueva retención aguda, debiendo ser sondado nuevamente, restituyéndose inmediatamente su micción voluntaria. En estos últimos días, hace notar el enfermo, que padece de constipación intestinal, y le llama la atención el aspecto acintado de sus materias fecales. En estas condiciones ingresa al Instituto, donde es internado y ocupa la cama 19.

Estado actual. — Micción: orinas claras. Polaquiuria diurna y nocturna, retardo inicial en la emisión del chorro y disminución de la fuerza de proyección del mismo.

Inspección de la esfera génito-urinaria. — En la región hipogástrica abombamiento de la pared por encima del pubis, llegando hasta las inmediaciones de la línea umbilical, con ligero desplazamiento lateral izquierdo.

Riñones y uréteres. — Nada de particular.

Uretra. — Libre al explorador N° 18, notándose alguna resistencia al paso del instrumento en la uretra prostática.

Vejiga. — A la inspección: El abombamiento descrito anteriormente. No hay dolor espontáneo, y a la palpación que es indolora, se nota una tumoración redondeada, que llega en su límite superior hasta las inmediaciones del ombligo, renitente, no adherida a la pared.

La vejiga no es sensible a la distensión. Retención: 30 c.c.

Endoscopia. — En tres ocasiones se intenta efectuar la cistoscopia, lo que no se lleva a cabo por la imposibilidad de introducir el cistoscopio y el uretroscopio, a pesar de las maniobras efectuadas con ese fin.

Próstata. — (Tacto rectal). Pequeña, achatada, libre y con surco medio conservado, se delimitan bien sus bordes laterales, y no así el superior, por encima del cual se palpa una

tumoración lisa, redondeada, indolora, renitente, bien delimitada en sus bordes laterales, no alcanzándose con el dedo su borde superior, y efectuada la palpación combinada, apreciamos perfectamente el tumor, con las características descriptas y móvil, y que se remonta hasta un través de dedo por debajo del ombligo.

Examen clínico general: Aparato digestivo y anexos. — Abdomen: Se palpa en la región infraumbilical, un globo liso, duro, renitente, elástico, que se insinúa por debajo del



Figura 1



Figura 2

pubis. Se palpa el polo inferior del bazo duro. Hígado, borde inferior sobre reborde costal con caracteres normales, no doloroso.

Aparato circulatorio. — Pulso regular, igual 62 por minuto. Corazón: punta late en 5º espacio, sobre línea mamilar izquierda. Tonos limpios en punta, débiles en la base. Presión arterial: Mx. $15\frac{1}{2}$ y Mn. 9.

Aparato respiratorio. — Sin particularidad.

Sistema nervioso. — Pupilas anisocóricas, izquierda mayor que la derecha, céntricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Reflejos pupilares conservados.

Pruebas de Laboratorio:

Aanálisis global de orinas: Color: amarillo. Aspecto: claro. Sedimento: nulo. Espuma: blanca. Reacción: ácida. Densidad: 1023. Urea 25,60 grs. por mil. Cloruros: 12,2 grs. por mil. Albúmina: no contiene. Glucosa: no contiene. Sangre: no contiene. Pus: no contiene. Urobilinógeno: no contiene. *Examen histo-bacteriológico:* Escasas células epiteliales. Algunos

leucocitos granulosos e intactos. Muy escasos microorganismos. Uratos amorfos de sodio cantidad normal. 26-IV-943.

Exámenes de sangre: Azohemia: 0,55 grs. por mil. Reserva alcalina: 68 c.c. CO_2 por ciento. Cloruremia: C. Plasmático: 6 grs. por ciento. C. Globular: 2 grs. por ciento. Tiempo coagulación: 7'40". Tiempo sangría: 1'40". 26-IV-43.

Recuento globular y fórmula leucocitaria: Hematíes: 5.750.000. Leucocitos: 7.200. Hemoglobina: 90 por ciento. Valor globular: 90/114.



Figura 3



Figura 4

Basófilos: 1 por ciento. Eosinófilos: 1 por ciento. Stabkerniges: 1 por ciento. Segmentados: 68 por ciento. Linfocitos: 22 por ciento. Monocitos: 5 por ciento. Monocitos de transición: 2 por ciento.

Eritro-sedimentación: 1ra. hora: 2. 2da. hora: 4. Índice de Katz: 2.

Reacciones biológicas. — Reacción de Cassoni efectuada lo más cerca posible de la tumoración, da una respuesta positiva ya a los 5' caracterizada por una pápula de 2 cms. de diámetro y un halo congestivo de 5 cms. de diámetro que persiste a las 48 horas de efectuada la inoculación.

Examen radiológico. — N° 5990. Radiografía simple de aparato urinario: se observan las imágenes de ambos riñones sin sombras patológicas en su parénquima. En la zona correspondiente a vejiga nada de particular.

N° 66033. Urograma excretor a los 5 minutos la substancia de contraste se hace aparente en ambos riñones; contornean una imagen pielocalicial de aspecto normal, comienza a hacerse aparente la vejiga.

Nº 6034. Los mismos caracteres precedentemente descriptos que aparecen con más nitidez.

Nº 5987. Cistografía de frente: Nos muestra la imagen de una vejiga agrandada de forma ovoidea a eje mayor vertical y extendiéndose desde el borde superior de la cresta iliaca, al estrecho inferior de la plvis.

Nº 5997. Cistografía en oblicua. Nos muestra la vejiga agrandada de forma de cono invertido, cuya base, correspondiente al fondo de la vejiga, llega a rebasar la cresta iliaca. Es



Figura 5



Figura 6

interesante hacer notar el gran alargamiento de la uretra posterior y si observamos la curva cerrada que describe la sonda al introducirse en la vejiga comprenderemos la enorme dificultad que existe en estos casos para introducir instrumentos rígidos como el cistoscopio o uretroscopio dentro de la cavidad vesical.

Nº 6495 y 6496. Radigrafías de comprobación. Inyectando Yoduro de sodio de 12 por ciento hasta obtener la mayor distensión posible de la vejiga observamos la reducción alcanzada en todos los diámetros de la misma que hacen innecesario el comentario sobre el éxito alcanzado en la intervención.

Operación. — Incisión mediana infra-umbilical. Se llega sin dificultad a la vejiga. Se denuda su cara anterior y al llegar al borde superior de la misma, apreciamos las íntimas adherencias que ésta contrae con la pared del quiste y del peritoneo que hacen imposible su liberación. Ante la imposibilidad de atacar al quiste por vía extraperitoneal, abrimos peritoneo y buscando la parte procedente del quiste, previa protección con gasas del campo operatorio hacemos el "formolaje" y lo punzamos con el trocar de Finocchietto aspirando tres litros de

líquido cristal de roca, vesículas hijas y la germinal. Efectuamos una toilette cuidadosa de la cavidad con tapones de gasas embebidos con una solución de formol al 5 por ciento. Se suturan los bordes del quiste a los músculos rectos y se aboca a la piel dejando dos tubos de drenaje dentro de la cavidad quística.

1º) En nuestro caso se trata de un quiste hidático retroperitoneal, que aunque clínicamente, presenta las apariencias de ser primitivo, no lo podemos rotular como tal, a pesar de la aparente no existencia clínica de otro quiste hidático en nuestro enfermo.

2º) En cuanto al tratamiento, opinamos que debe ser quirúrgico y precoz y está condicionado con el tamaño y situación del mismo. Las intensas adherencias a la pared posterior de la vejiga, y a los órganos vecinos, dificultan enormemente la enucleación del quiste.

3º) La marsupialización, extra vesical, trans o extra peritoneal cuando es posible nos parece ser la vía de elección para los quistes altos.

4º) Los quistes bajos, muy cercanos al periné, podrán abordarse por la vía perineal.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL CONSULTADA

- Cranwell D.* — Les Quistes hidatiques retrovesicaux chez l'homme. — Revista Ginecológica, 1907.
- Castelli y Albornoz.* — Quiste hidático retrovesical. Su estudio radiológico. — Revista Urológica, Buenos Aires, 1934.
- Iacapraro Guillermo.* — Quiste hidático retrovesical en el hombre. — Trabajo de adscripción, Buenos Aires, 1935.
- Llanos M.* — Quiste hidático retrovesical en el hombre. — Revista Cirugía, 1932.
- Medus J. D.* — Tesis de Doctorado, 1899.
- Montes y García.* — Quiste hidático retrovesical. — Revista Urológica, 1929.
- Nin Posadas.* — Quiste hidático retrovesical operado por vía transvesical. — Buenos Aires, Semana Médica, 1923.
- Ortiz y García.* — Quiste yuxta vesical abierto espontáneamente en la vejiga. — Revista urológica latino-americana, 1935.
- Pagliari Luis.* — Abordaje y drenaje perineal en los quistes hidáticos retrovesicales. II Congreso Panamericano, I Argentino Urología, 1937.
- Tobías e Iacapraro.* — Voluminoso quiste hidático pelviano solitario en el hombre. — Anales del Ateneo de Clínica Médica, 1933.
- Surraco Luis.* — Los quistes hidáticos retrovesicales. — II Congreso Panamericano y I Argentino de Urología, 1937.
- Zerbini y Oliva.* — Quiste hidático de la próstata. — Semana Médica, 1934.

DISCUSION:

Dr. Gracia. — *Nosotros tenemos dos casos publicados; ambos presentados a esta Sociedad.*

Uno de los casos que presentamos tenía una modalidad interesante porque lo pudimos abordar por el periné. Es una operación indiscutiblemente simplísima y sin riesgo de ninguna clase. Hace 15 ó 20 días tuvimos otro caso en nuestro Servicio exactamente igual al que acaba de presentarnos el Dr. Sandro, en el que tropezamos también con el inconveniente de abordar la porción superior de la vejiga. Eso se obvió fácilmente —y creo que eso es digno de tenerse en cuenta— abordándolo por la cara lateral sin abrir peritoneo que en materia de hidatidosis siempre entraña peligro. Nosotros fuimos a la región lateral, movilizamos la vejiga, reconocimos el uréter, abrimos el quiste, lo drenamos, aspiramos la germinativa, la marsupializamos y el enfermo ha hecho una evolución óptima.

Dr. Mosquera. — *Nosotros tenemos un caso similar con la característica de que las reacciones específicas eran negativas. El enfermo tenía una gran hidronefrosis bilateral. Traeré las respectivas radiografías en la próxima reunión. Lo interesante es que lo que nos tuvo en jaque fué la negatividad repetida de las reacciones específicas.*

Dr. Garcia. — *El último caso que nosotros hemos tratado tenía también las reacciones negativas pero teníamos la certeza de que se trataba de un quiste. Ese mismo enfermo tiene además un quiste de riñón izquierdo que habrá de ser operado.*

Dr. Bernardi. — *Nosotros tuvimos un caso similar hace 4 o 5 años, caso que publicamos. Era un quiste hidático retrovesical, con fenómenos de obstrucción. Fué operado con todo éxito. En la actualidad tiene una obstrucción urinaria de origen prostático y va a ser operado por un adenoma de próstata.*

Sr. Presidente Dr. Surra Canard. — *En realidad, el pequeño comentario que yo le haría al interesante trabajo de los Dres. Figueroa Alcorta, Sandro y Molina, se relaciona justamente con el motivo de una pequeña presentación que debía hacer al final de esta sesión, pero aprovecharé esta oportunidad para resumirla ahora.*

Las veces que nosotros hemos concurrido a la Academia de Cirugía hemos sido sorprendidos por los éxitos del tratamiento biológico que realiza el profesor Dr. Calcagno en materia de hidatidosis.

Tuvimos ocasión de tener en la Sala un enfermo con un quiste hidático, cuya primera pielografía, que se ha extraviado, mostraba un quiste de gran tamaño. En la segunda pielografía, el quiste se había achicado porque el enfermo había hecho una eliminación grande de vesículas. Como vimos que el enfermo tenía un quiste en el polo superior con amplias adherencias, pensamos que el pronóstico quirúrgico quizá sería engorroso. Esta es una maniobra un tanto inconveniente en materia de quistes hidáticos renales, porque existe la comunicación con la vía excretora.

Entonces, nos pareció prudente pedir al Dr. Calcagno se ocupara de este paciente. El lo ha tratado con su tratamiento de antígeno y el resultado ha sido excelente en lo que se refiere a aumento de peso, a desaparición del quiste en sus comunicaciones con la vía excretora y a la restitución hasta cierto punto bastante satisfactoria en lo que se refiere al tamaño de las vías excretoras y llegamos a estas conclusiones:

El Dr. Calcagno no ha dado aún normas definitivas para esta terapéutica. Recién una vez que haya cumplido su labor de varios casos clínicos, él entregará a los médicos la técnica para conseguir el antígeno y la técnica para su realización.

Creo que el caso presentado por el Dr. Sandro podría haberse beneficiado del tratamiento biológico o pudiera haber servido de experiencia para dicho tratamiento, por cuanto se vieron forzados a ir por la vía intraperitoneal, la que nunca está exenta de una siembra peritoneal, que para el enfermo es de un pronóstico muy serio porque la reoperación nunca trae como beneficio la curación definitiva, porque pueden haber siembras múltiples en los fondos de saco, entre vísceras, entre las ansas intestinales y entonces, en el porvenir, el enfermo puede llegar a ser un mutilado quirúrgico.

Si los urólogos tienen ocasión de observar quistes renales o retrovesicales, sería interesante pedir la colaboración del Dr. Calcagno para la aplicación de su tratamiento.

La última radiografía ha sido tomada a los 8 meses del tratamiento. No existe comunicación con el quiste y la ectasia renal ha disminuído de intensidad. No obstante, seguiré viendo al enfermo.

Dr. Schiappapietra. — Después que se ha hablado del tratamiento biológico del quiste hidático, yo no tengo derecho a insistir en el abordaje de los quistes retrovesicales.

Quiero referirme a que cuando el quiste hidático retrovesical presenta especialmente fenómenos de compresión en el aparato excretor bajo con obstrucción consecuente, nosotros ponemos especial empeño en ver si es factible abordar

ese quiste por vía perineal y tan es posible, que ya en una estadística vieja, si se quiere, presentada al Congreso de Urología, el Dr. Pagliere presentó seis casos, después de los cuales hemos operado en nuestro Servicio otros dos. De manera que en esa casuística hay ocho casos en que es posible abordar el quiste por la vía perineal.

Dr. Sandro. — Contestaré las amables observaciones hechas a nuestro trabajo.

Al Dr. García le contestaré conjuntamente con el Dr. Schiappapietra. Debo decir que la vía perineal es muy buena, reconocida así por todo el mundo, dado que es justamente una vía que da el declive necesario para que el quiste se vacíe. El argumento en contra que se formula a este procedimiento es el de ser un poco ciego, porque podría quedar algún quiste en la región vecina. En los quistes únicos ese no sería un inconveniente, pero en los múltiples sí, porque podría quedar un quiste sin abrir y la operación ser incompleta. Ya lo digo en la comunicación: en los quistes bajos es una vía tentadora para ser utilizada.

El Dr. Mosquera dice que en un caso similar las reacciones eran negativas. En nuestro caso, nosotros hicimos el diagnóstico antes de ir a la radiografía. Los antecedentes del enfermo, el tumor que se palpaba, no podían hacernos pensar en otra afección. El diagnóstico se imponía por el tacto. Una vez que se haya tocado uno de estos tumores, uno no olvida jamás esa sensación. Por otra parte, difícilmente un quiste voluminoso de tres litros podía ser otra cosa.

El Dr. Bernardi se refiere a un quiste hidático y a un adenoma, le agradezco la colaboración.

Contestaré ahora, al Dr. de Surra Canard. Yo opino que el tratamiento biológico, que se encuentra actualmente en pañales, podría ser muy interesante para atacar ciertos quistes hidáticos, pero no serlo en aquellos en que por su sintomatología aguda nos hacen proceder un tanto más rápidamente de lo que se puede esperar del tratamiento biológico del quiste. Un enfermo que se presenta con retención no admite dilaciones como para esperar que un quiste tan grande pueda llegar a reabsorberse por el tratamiento biológico.

Ya sabemos que los quistes sépticos se abren después en las vías excretoras del riñón y en ese caso, pensamos que si podemos recurrir a un tratamiento biológico, debemos utilizarlo, pero en los casos en que el enfermo viene con su retención, creo que esto entra dentro del dominio quirúrgico de la cirugía de urgencia.