

QUISTE HIDATÍDICO RETROVESICAL COMPLICADO

Dr. Coimbra, Franz - Dr. Ghirlanda, Juan

Resumen

Se presenta un caso de quiste hidatídico retrovesical complicado a vejiga, que alcanzó un gran desarrollo y en el cual el síntoma predominante fue un cuadro de obstrucción crónica infravesical, que posteriormente se fistulizó espontáneamente en la vejiga con la consiguiente eliminación de vesículas hijas por orina.

El diagnóstico se hizo, fundamentalmente, en base a su enfermedad actual, al examen físico, a las reacciones biológicas y a los estudios radiológicos con la secuencia en que han sido señalados.

El tratamiento, en nuestro caso, marsupialización, implicó un éxito terapéutico y quirúrgico.

Introducción

El conocimiento de los quistes hidatídicos retrovesicales data del año 1687, cuando Tyson, al practicar una autopsia en un sujeto muerto por ruptura espontánea del quiste en vejiga, encuentra que éste comprime los uréteres que se encontraban dilatados, y los riñones convertidos en dos amplios sacos membranosos.

Charcot, en 1852, mediante una importante memoria sobre los quistes hidatídicos de la pequeña pelvis, hace conocer la frecuencia y los signos anatómicos de esta afección, sentando que se desarrollan en el tejido celular subperitoneal.

En nuestro medio, Herrera Vegas y D. Cranwell publican, en 1907, un importante y voluminoso tratado sobre "Los quistes hidatídicos en la República Argentina", y sobre 970 observaciones personales encuentran 35 de la pequeña pelvis, de los cuales 30 fueron hallados en mujeres. Surraco, en 1937, en el 1er. Congreso de Urología, hace una puesta al día del tema en forma completa.

A partir de este momento, contamos con una nutrida bibliografía.

Descripción del caso

A. B., 54 años, argentino, casado.

Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: niega todo antecedente urinario ajeno a su enfermedad actual.

Enfermedad actual

Refiere el paciente que desde hace dos años viene acusando trastornos miccionales caracterizados por disuria total y polaquiuria diurna y nocturna; consultó a un facultativo, quien solicitó un estudio radiográfico que demuestra:

Radiografía directa del árbol urinario: sin particularidades.

Urograma de excreción: a los 5 minutos, buena eliminación renal bilateral.

Urograma de excreción: a los 15 minutos muestra una buena eliminación de la sustancia de contraste de ambos riñones, con discreta ectasia ureteral bilateral y ambos uréteres rechazados hacia afuera; no se observa imagen cistográfica (fig. 1).



Figura 1

Urograma de excreción: a los 30 minutos repite la imagen anterior, pero en hemipelvis derecha se observa una sombra radiopaca poco nítida de forma ovalada y del tamaño de un pomelo (fig. 2).

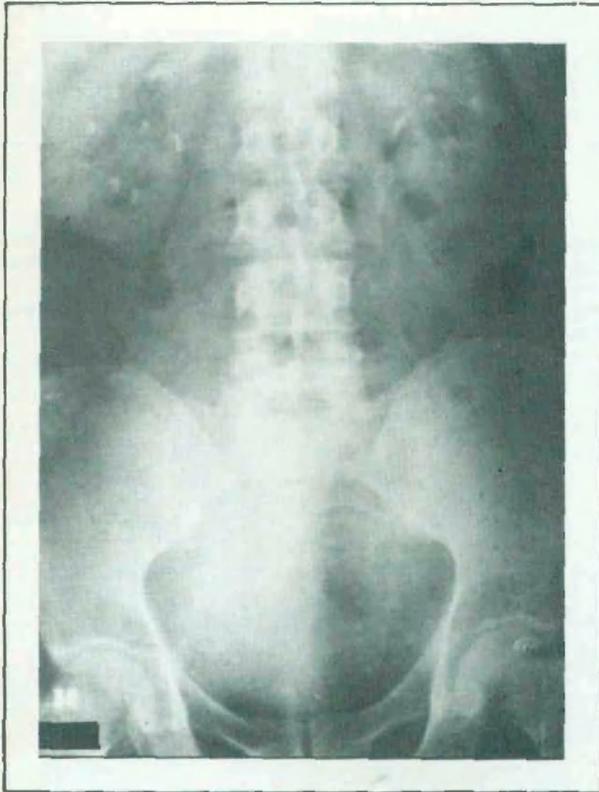


Figura 2

Hasta ese momento se lo atribuyó y se trató como un proceso cérico prostático, pero al no notar mejoría y con la aparición en forma espontánea de orinas turbias y fétidas, con pequeñas esferitas blancas, que le llaman la atención, concurre a consultarnos.

Estado actual: buen estado general.

Riñones: nada de particular.

Tacto rectal: se encuentra por encima de la próstata, que tiene sus caracteres normales, un tumor que no se delimita por arriba, redondeado, poco móvil. El tacto rectal acompañado de palpación bimanual delimita una formación que llena la pelvis menor, no dolorosa y de superficie lisa. El resto del examen urológico y general, sin particularidades.

Estudio radiográfico: radiografía simple del árbol urinario, sin particularidades.

Urograma excretor: a los 5 minutos, buena eliminación de la sustancia de contraste.

Urograma excretor: a los 15 minutos, buena eliminación de la sustancia de contraste. Se observa vejiga de forma irregular, por detrás de la misma una imagen menos densa que se comunica con vejiga (fig. 3).



Figura 3

Cistografía: de frente, presenta la vejiga proyectada a la derecha de forma ovalada; por detrás de la misma, una sombra redondeada del tamaño de una naranja que comunica con vejiga (fig. 4).

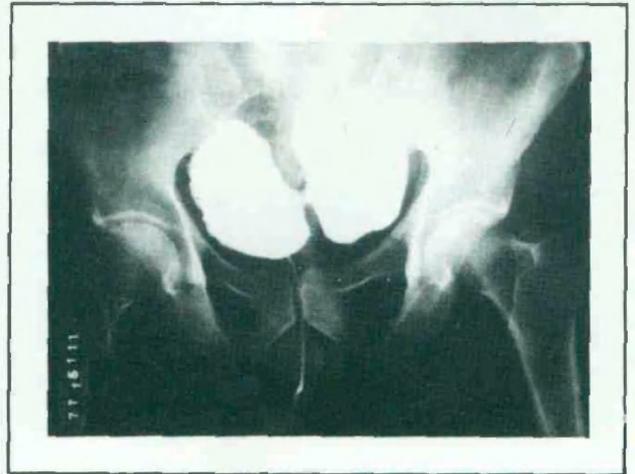


Figura 4

Exámenes de laboratorio: azoemia, 0,34 g%; glucemia, 0,90 %; glóbulos rojos, 4.300.000; glóbulos blancos, 7.000.
Fórmula leucocitaria: neutrófilos, 60 %; eosinófilos, 7 %; linfocitos, 30 %; monocitos, 3 %.
Rx de tórax: sin particularidades.

Reacción de Cassoni: positiva.

Hecho el diagnóstico de quiste hidatídico de espacio retrovesical, se resuelve intervenir, eligiéndose la vía hipogástrica.

Operación 20/7/77: laparotomía mediana infraumbilical, se incide la aponeurosis, se disvulsionan los rectos y se constata un quiste único retrovesical íntimamente adherido a la vejiga; protegiendo cuidadosamente con gasa a la región se punza y aspira el contenido del quiste, aproximadamente 300 cm³ de líquido cremoso con vesículas hijas y membranosas. Se pincela con formol la cavidad residual, se marsupializan las paredes del quiste, colocándose un tubo de drenaje en su interior y cistotomía cierre del orificio fistuloso, cierre de vejiga dejando sonda uretral.

La evolución posoperatoria, sin complicaciones, drenando un líquido seroso que va disminuyendo con el correr de los días. La cavidad residual cierra a los 45 días, es dado de alta definitivamente curado.

Comentarios

El quiste hidatídico retrovesical es considerado como una localización secundaria a la ruptura de un quiste visceral primitivo (hígado, bazo), sus elementos fértiles, los escólices, al caer en la zona más declive de la cavidad abdominal, son rápidamente englobados por la reacción inflamatoria de la serosa y extraperitonizados, de tal modo que parecen originados directamente en el tejido subperitoneal recto-próstato-vesical. En su evolución, que a menudo es lenta, puede presentar dos formas anatomoclínicas distintas: una alta, para los quistes situados detrás de la vejiga y en contacto con la parte superior de su cara posterior, que se manifiesta por un cuadro de polaquiuria crónica; y otra baja, en contacto con el plano vesicular, que puede dar lugar a un síndrome de obstrucción crónica infravesical (es rarísima la ubicación prevesical).

Entre los datos clínicos dignos de mención, aparte de los trastornos miccionales, merecen destacarse los episodios de retención relatados en muchas observaciones. Los síntomas físicos permiten difícilmente hacer el diagnóstico. Las reacciones biológicas orientan en el sentido etiológico de la afección.

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, generalmente diagnosticadas con ayuda de un urograma. Las propias del quiste son la infección, la calcificación y la fistulización en la vejiga.