

## La hidatidosis retrovesical\*

A propósito de un caso

Dres.: Roberto Huelmo\*\*, Enrique Francia\*\*\*, Miguel Estevan\*\*\*\*, Hugo Delgado\*\*\*\*\*, Atilio Sarasúa\*\*\*\*\*

### INTRODUCCION

La equinocosis pelviana en el curso de una enfermedad hidática, ha sido considerada como un 16% de todas las formas de hidatidosis abdominal (visceral y peritoneal sumadas) (3). Dentro de las formas de equinocosis pélvica, la topografía retrovesical es una de las menos frecuentes. Esta localización plantea problemas de táctica y técnica quirúrgicas que creemos oportuno recordar y que fundamentalmente serán resueltos teniendo en cuenta los conceptos anátomo-patológicos inherentes a las relaciones que adopta el quiste con las estructuras pelvianas y a la particular biología del parásito en esta localización.

### CASO CLINICO

A.C.C. (H.C.FF.AA. Reg. 177.349), sexo masculino, 43 años de edad.

**Motivo de ingreso:** Disuria y polaquiuria.

**Enfermedad actual:** Desde hace varios meses presenta una polaquiuria a predominio diurno a la que se agregó posteriormente una disuria fundamentalmente inicial, que se ha acentuado paulatinamente hasta hacerse muy importante en el momento actual. Niega todo otro tipo de sintomatología urinaria baja. No ha presentado episodios de retención aguda de orina.

**Tránsito digestivo:** Sin particularidades.

**Antecedentes personales:** No relata episodios dolorosos de abdomen de importancia ni ha notado en ninguna oportunidad rash cutáneos que llamaran su

atención. Tabaquismo y etilismo moderados. Resto de antecedentes personales patológicos, sin particularidades.

**Antecedentes familiares:** Una hermana y un hijo con antecedentes de hidatidosis.

**Antecedentes ambientales:** Procedente del interior, de zona con gran número de perros.

**Examen:** Muy buen estado general. Apirético.

**Piel y mucosa:** Sin particularidades.

**Linfo-ganglionares:** Sin particularidades.

**Abdomen:** Tumoración hipogástrica dura, indolora, lisa, a pedículo pelviano. El resto del examen clínico abdominal lo muestra depresible, indoloro y sin visceromegalias.

**Fosas lumbares:** Libres e indoloras.

**Tacto rectal:** Mucosa rectal sin particularidades. Próstata alta, chica, normal a la palpación. Tumoración supraprostática dura, se moviliza escasamente con la palpación bimanual y permite la introducción del dedo en retropubis entre la tumoración y la sínfisis púbica. El resto del examen clínico es normal.

**Impresión clínica:** Teniendo en cuenta la sintomatología, los hallazgos del tacto rectal y los antecedentes ambientales del enfermo se plantea en primer lugar el diagnóstico presuntivo de **Quiste Hidático Retrovesical**. Se descarta la posibilidad de un globo vesical por permitir la tumoración la introducción de un dedo entre ella y la sínfisis púbica, hecho que nunca se observa cuando la tumefacción en estudio es una vejiga distendida. Otros procesos tumorales se plantean aunque muy alejados por la historia del enfermo, por sus antecedentes, por la edad y por el muy buen estado general; tal el caso del sarcoma retrovesical o el lipoma retrovesical.

### Estudios paraclínicos

a) Rx simple de aparato urinario y urografía de excreción (Fig. 1).

Voluminosa tumoración pelviana que comprime extrínsecamente la vejiga de atrás adelante y de arriba

\* Trabajo realizado en el Servicio de Urología del H.C.FF.AA. Jefe: Equip. May. Méd. Dr. Fabián Mendy Noriega.

\*\* Alf. Méd. Ex-residente del Dpto. de Cirugía del H.C.FF.AA.

\*\*\* Capitán Méd. Servicio de Radiología. H.C.FF.AA.

\*\*\*\* Alf. Méd. Servicio de Radiología H.C.FF.AA.

\*\*\*\*\* Equip. Capitán Méd. Servicio de Urología H.C.FF.AA.

\*\*\*\*\* Equip. Capitán Méd. Servicio de Urología H.C.FF.AA.

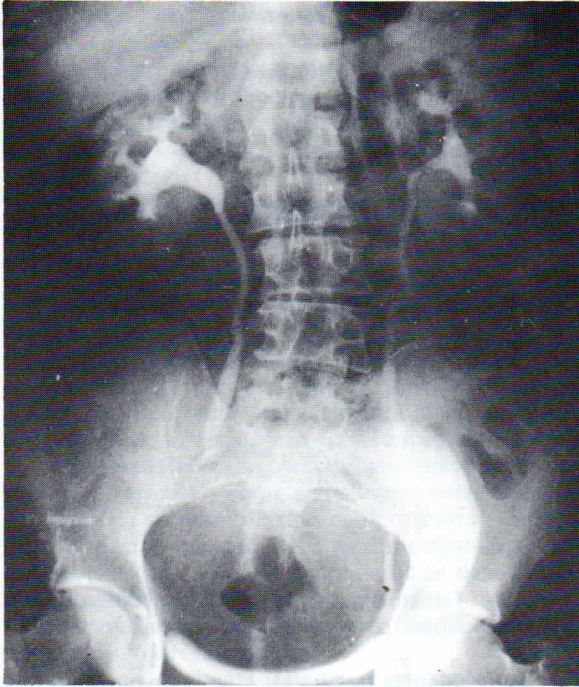


Fig. 1.a

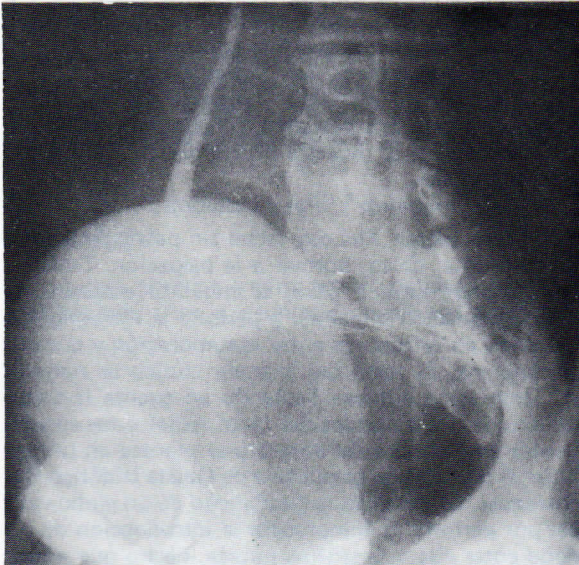


Fig. 1.b

abajo; la misma, ocupando toda la cavidad pelviana se extiende hasta el promontorio. Compresión ureteral con éstasis canalicular alta bilateral.

**b) Ecotomografía de abdomen (Fig. 2).**

Por detrás de la vejiga, ocupando el fondo de saco de Douglas, el hipogastrio y parte de la fosa ilíaca derecha, vemos un proceso expansivo quístico multiloculado, piriforme. Mide 14cm de diámetro céfalo-caudal y 12cm de diámetro transversal y antero-pos-

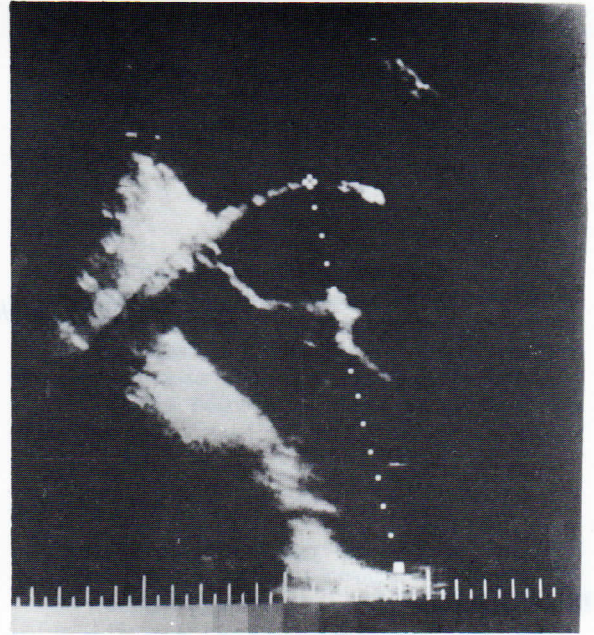


Fig. 2.- Corte longitudinal

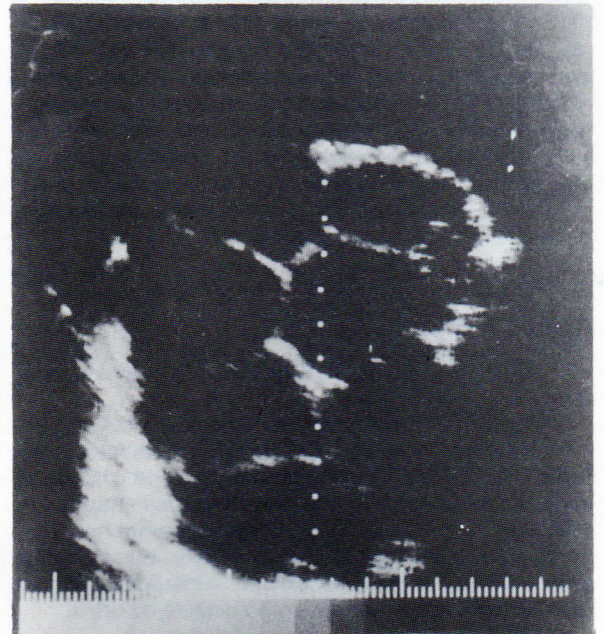


Fig. 2.- Corte transversal

terior. Desplaza y comprime la vejiga hacia adelante y arriba. Moderada ureterohidronefrosis bilateral. No vemos alteraciones en el resto del abdomen.

**c) Reacciones inmunológicas para hidatidosis.**

- Identificación del arco 5 por inmunoelectroforesis: positiva.
- Hemaglutinación: reactiva 1/1600 (positiva).
- Fijación de complemento: reactiva 1/4 (positiva).

d) Resto de exámenes paraclínicos: normales.

Se opera el 23/5/83. **Descripción operatoria:** incisión mediana infraumbilical extendida unos 3cm sobre el ombligo. Se protege el campo operatorio y se abre la cavidad peritoneal. La exploración minuciosa de la misma comprueba: hígado y bazo normales. Gastroduodeno sin particularidades. Epiplón normal. Peritoneo sin particularidades. Se cierra la serosa peritoneal.

Se aborda por el subperitoneo la tumoración, la cual es perfectamente decolable del peritoneo parietal pelviano, que se reclina hacia arriba. Dicha tumoración es supra y retrovesical, tensa, con importantes adherencias al reservorio urinario. Protección del campo operatorio con compresas embebidas con NaCl al 33%. Punción y aspiración del contenido quístico (líquido sero-purulento). Lavado de la cavidad con NaCl al 33%. Se colocan dos tubos gruesos de drenaje que se sacan por contraabertura. Cierre parietal por planos.

Buena evolución postoperatoria. El 7/6/83 se realiza quistografía de control que muestra el colapso total de la cavidad (Fig. 3). Alta.



Fig. 3

A la fecha (noviembre 1983), el enfermo ha evolucionado satisfactoriamente habiendo sólo presentado una supuración de la herida operatoria —cuyo cultivo desarrolló piocianico— poco después del alta. Tratada adecuadamente con medidas locales y antibiocioterapia la misma evolucionó bien.

## COMENTARIOS

Del punto de vista patogénico, desde los trabajos de Devé —citado por Surraco (6)— se acepta que la equinocosis pelviana, y dentro de ella la retrovesical, es secundaria siempre a la localización primaria del parásito en otra víscera intraabdominal. A pesar de ello, Perdomo (4) ha insistido en la posibilidad de que la topografía pelviana de la hidatidosis pueda deberse a embolización primaria del parásito por vía arterial en el tejido subperitoneal. Nuestro caso parece responder a esta patogenia a la luz de los elementos de que disponemos:

1) Ausencia absoluta en los antecedentes del enfermo de episodios agudos de abdomen, sobre los que se ha insistido cuando se produce la ruptura del quiste en la cavidad peritoneal ó su desprendimiento en totalidad para generar la hidatidosis peritoneal primaria heterotópica (5, 6).

2) La hidatidosis visceral previa y aún las cicatrices secundarias a la ruptura del quiste, generalmente rodeadas de una reacción plástica perilesional, son prácticamente siempre detectables durante el acto operatorio. En nuestro caso, dicha exploración fue absolutamente normal.

3) El peritoneo parietal pelviano es en nuestra observación fácilmente separable del quiste. Este hecho debe ser destacado pues es posible ver en la hidatidosis peritoneal primitiva heterotópica o en la siembra hidática posteriormente extraperitonizada, un grado mayor o menor de compromiso de dicho peritoneo al subperitonizarse el parásito, hecho macroscópicamente demostrable bajo forma de adherencias más o menos firmes (6).

4) Se conoce la reacción peritoneal bajo forma de folículos pseudotuberculosos, motivada por la reacción de la serosa a los restos exfoliados de la quitinosa (3); en nuestro caso la exploración peritoneal no mostró ningún tipo de alteración macroscópica.

### Aspectos clínicos y diagnósticos.

Perfectamente definidos por Surraco (6), queremos resaltar ciertos aspectos que creemos de importancia:

1) El Quiste Hidático retrovesical siempre se hace ostensible clínicamente, cuando ha adquirido cierto volumen que condiciona la tumoración hipogástrica o repercusión urinaria alta o baja. Tal hecho es particularmente cierto en aquellas formas anatómicas de hidatidosis retrovesical baja, del espacio intervesicogenital. En nuestro caso, la tumoración hallada en el examen no había llamado la atención del enfermo.

2) Los síntomas de polaquiuria y disuria han sido destacados con relación directa a la topografía del quiste: los apoyados en el tercio superior de la cara posterior de la pared vesical darían fundamentalmente polaquiuria; los retrovesicales bajos, al distorsionar el cuello y la uretra posterior darían fundamentalmente disuria (6). En nuestro enfermo los dos síntomas adquirieron importancia lo que está de acuerdo a la

topografía comprobada en el acto operatorio: el proceso hidático se apoyaba en la totalidad de la pared vesical posterior (Fig. 4).

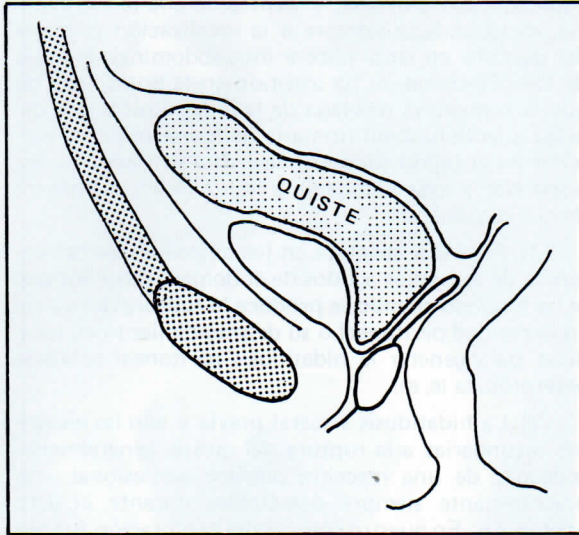


Fig. 4

3) Debe insistirse en el valor fundamental del tacto rectal combinado con la palpación hipogástrica: permite topografiar la tumoración prácticamente siempre supraprostática, dura y de escasa movilidad; nos informa sobre la normalidad prostática y periprostática, hecho de importancia como veremos inmediatamente. Es absolutamente excepcional que el quiste no permita tectar la próstata, lo que está perfectamente de acuerdo con la evolución natural del crecimiento del parásito siguiendo los planos decolables que ofrecen menor resistencia (1).

4) Los diagnósticos diferenciales pueden ser múltiples. Descartado el globo vesical; **los procesos tumorales**: sarcoma y lipoma retrovesical, tumores vesicales, sarcomas prostáticos y vesiculares y aún neoplasmas rectosigmoideos (7); **procesos inflamatorios o supurados** de la región. En la práctica, el examen clínico cuidadoso permite reducir a dos grandes patologías el diagnóstico diferencial: sarcoma y lipoma retrovesical. El estudio paraclínico del enfermo generalmente permite el diagnóstico correcto en el preoperatorio, aunque debe indicarse que la edad del enfermo (niños), la repercusión general y la palpación de "alerones prostáticos" de aspecto tumoral debe inclinar al diagnóstico de neoplasma (5, 6, 7).

5) Desde el punto de vista paraclínico los exámenes serán de orden inmunológico (fijación del complemento, hemaglutinación, búsqueda del arco (5)) y radiológicos (urografía de excreción, uretrocistografía). Al respecto de los hallazgos cistográficos queremos hacer mención al signo de Ypiens, fenómeno consignado por este autor —citado por Gil Vernet (1)— que consiste en que la compresión del quiste sobre la parte media de la pared vesical posterior desplaza el con-

traste hacia la periferia del órgano y en las proyecciones antero-posteriores, es posible ver proyectada sobre la imagen cistográfica la estructura del hueso sacro; la presencia de este signo es prácticamente patognomónica (1). Actualmente la ecografía permite diferenciar claramente tumoraciones de naturaleza quística de aquellas que no lo son.

No deben descuidarse los estudios paraclínicos en busca de la hidatidosis visceral primitiva, y en caso de no tenerse éstos, durante el acto operatorio habrá de explorarse minuciosamente la cavidad abdominal (6).

### Tratamiento.

El tratamiento del quiste hidático retrovesical es quirúrgico. La intervención debe ser **precoz** y **conservadora** y estos dos hechos merecen ciertos comentarios. Todos los QH retrovesicales, aún los que inicialmente se han implantado en el tercio superior de la pared vesical posterior, en su evolución pueden comprometer el aparato urinario superior produciendo dilatación progresiva e insuficiencia renal; de entrada lo hacen, en mayor o menor grado, los del espacio intervesicogenital. Este concepto es de fundamental importancia y permite aseverar que no debe asignarse el término de afección benigna a la hidatidosis retrovesical (6).

La cirugía conservadora está plenamente indicada, salvo situaciones anatómo-quirúrgicas muy particulares, por varias razones: a) en la mayoría de los casos el quiste —fundamentalmente el retrovesical bajo— adquiere relaciones muy estrechas con las vísceras vecinas: vejiga, próstata, uréter; lo que hace prácticamente imposible intentar una quistectomía sin tallar el músculo vesical o lesionar el parénquima prostático o el uréter (2, 6); b) la calcificación del quiste en esta situación topográfica es muy poco frecuente y la terapéutica conservadora generalmente se acompaña, en un corto tiempo, de colapso de la cavidad residual y curación (3); nuestro enfermo evolucionó de acuerdo a este concepto; c) cuando el crecimiento es de cierto volumen, puede, en su expansión lateral, llegar a adquirir peligrosa relación de vecindad con los vasos hipogástricos o sus ramas, hecho que hace muy peligrosa la tentativa de enuclearlo en su totalidad.

El tipo de cirugía conservadora debe limitarse a la marsupialización o a la quistostomía. En nuestro paciente la primera medida no podía ser realizada dado las importantes adherencias del quiste a los órganos vecinos; queremos con esto consignar que cualquiera de las dos medidas puede ser efectiva y en el momento del acto operatorio, el cirujano de acuerdo a los hallazgos, puede inclinarse por una u otra técnica.

Dada la frecuencia con que se produce la infección, no es recomendable realizar quistectomía parcial y cierre según el método de Posadas, pues muy frecuentemente se deberá reintervenir para proceder al drenaje, debido a los dolores, mal estado general y fiebre, consecutivos a la supuración de la cavidad quística residual (6).

Debe agregarse que como bien sostiene Surraco, la intervención ideal es la **quistectomía total**, pues

asegura curación rápida, completa y sin secuelas, y existen casos perfectamente documentados que así lo prueban (2); de cualquier manera, el cirujano deberá manejarse con criterio y de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, para no embarcarse en una cirugía que implica muchas veces amplias movilizaciones viscerales y graves riesgos quirúrgicos (6). Cuando el quiste está calcificado y la marsupialización es imposible, el intento de quistectomía total surge como medida de necesidad, pues la irreductibilidad de la cavidad condena al enfermo a una supuración siempre prolongada en caso de quedar restos cavitarios.

Finalmente, en relación al abordaje, digamos que la incisión más usada y que ha demostrado su utilidad, es la mediana infraumbilical más o menos extendida hacia arriba para realizar un correcto balance lesional; luego el tratamiento del quiste podrá ser realizado por vía transperitoneal o, como se hizo en nuestro enfermo, luego de cerrar la serosa, por vía subperitoneal.

El abordaje perineal no tiene indicación por las razones anatómicas ya mencionadas en relación a la topografía del quiste; llegar al parásito por esta vía implicaría un decolamiento retroprostático que debería ir muy alto, con riesgos innecesarios. Otras vías de abordaje como la transvesical, la isquiorectal o la rectal, sólo las mencionamos pues su uso es absolutamente excepcional.

## RESUMEN

A propósito de un nuevo caso de Hidatidosis retrovesical, los autores consignan la baja frecuencia de esta patología en el curso de la enfermedad hidática. Se analizan conceptos patogénicos, clínico-radiológicos y terapéuticos de esta afección.

## SUMMARY

Apropos of a new case of retrovesical hydatidosis the authors state the low frequency rate of this pa-

thology in the course of hydatid disease. Patogenic, clinica-radiological and therapeutic concepts of this affection are analyzed.

## RESUME

A propos d'un nouveau cas d'hydatidose retrovesicale, les auteurs remarquent la rareté de cette pathologie dans le cour de la maladie hydatique.

On fait l'analyse des concepts pathogéniques, clinique-radiologiques et thérapeutiques de cette affection.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Gil Vernet S:** Quistes hidáticos de la región próstato-vesicular. En: Patología Urogenital. Tomo II, Vol. II. Madrid: Ed. Paz Montalvo, 1955, 1469-90.
2. **Gonzales Vales H, Crestanello FA:** Problemas quirúrgicos de los quistes hidáticos del fondo de saco de Douglas. Cir Uruguay, 1971; 41 (4): 392-6.
3. **Larghero P, Venturino W, Broli G:** Equinococosis hidática del abdomen. Montevideo: Ed. Delta, 1962; 130-51.
4. **Perdomo R, Gardiol V:** Quistes hidáticos pelvianos primitivos. Cir Uruguay, 1966; 36(1): 70-81.
5. **Schenone H:** Quiste hidático retrovesical. En: Hughes F, Schenone H: Urología Práctica. Ed Intermédica, Bs. As., 1971; 550-4.
6. **Surraco LA:** Los quistes hidáticos retrovesicales; su relación al confluente espermático-uretral, pronóstico y tratamiento. An Fac Med, Montevideo, 1937; 22:855.
7. **Surraco LA, Cendan Alfonso JE:** Sarcoma retrovesical. Cir Uruguay, 1945; 16: 526-37.