

Retención crónica urinaria por quiste hidatídico retrovesical

Dr. Virgilio García Rodríguez-Acosta

Urólogo

Jaén

Muévenos a la publicación de este caso varios factores; por un lado, la infrecuencia de encontrar un quiste hidatídico localizado en esta región anatómica; por otro, la gran repercusión de obstrucción sobre vejiga y las vías urinarias superiores, así como del último tramo del aparato digestivo, que el paciente ha tolerado sin apenas molestias subjetivas hasta última hora, y, además, por la claridad de los radiogramas obtenidos, que por su tipismo nos llevan al diagnóstico de esta afección.

Historia clínica. — Diego Aranda Valenzuela. Edad, treinta y ocho años. Profesión, obrero agrícola. Estado, casado. Natural y vecino de Linares (Jaén). Fecha, 26-XII-58.

Antecedentes familiares. — Sin interés.

Antecedentes personales. — Sin interés.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente mes y medio que padece estreñimiento y disuria. Ultimamente, desde hace diez días, siente dolor y pesadez en hipogastrio y edema de pies y tobillos. Orina cada hora durante el día y la noche.

Exploración clínica. — Aparato cardiorrespiratorio normal. Edema en miembros inferiores que ocupa pie y mitad inferior de la pierna.

A la inspección abdominal apreciamos vientre prominente como el de una gestante de seis meses, con la submatidez característica de las colecciones líquidas a la percusión.

Se efectúa un cateterismo uretral recogiendo 1.500 c. c. de orina. Sorprendemos la buena tolerancia que muestra

el enfermo a tan gran retención, pero que se explica por haberse establecido paulatinamente hasta llegar a este estado de distensión vesical.

Una vez evacuada la vejiga sigue observándose una tumoración fija y redondeada a la palpación que sobrepasa el pubis en unos tres traveses de dedo.

Tacto rectal.—Próstata de tamaño y consistencia normales; apreciándose inmediatamente por encima de ella una tumoración lisa renitente, imposible de limitar por el tacto dado su tamaño. Por palpación combinada, su volumen puede compararse al de una cabeza de feto, sin movilidad alguna; encontrándose más lateralizado hacia el lado izquierdo.

Exploración radiológica.—Urografía descendente a los 10' de la inyección del contraste. Dilatación calicial en ambos riñones, bastante más acentuada en el lado izquierdo (Imágenes en bolas) (véase figura 1).

Cistografía.—Se aprecia el contraste rechazado hacia la derecha sobre el iliaco y suelo vesical con espacio claro en centro y lado izquierdo del área vesical, observándose la estructura ósea del sacro. (Véase fig. 2.)

Se practican nuevas radiografías combinando el relleno vesical con enema baritado, observándose las siguientes imágenes: En proyección anteroposterior, ampolla rectal normal, asa sigmoidea rechazada hacia atrás y arriba y comprimida. Contraste vesical rechazado hacia arriba y la derecha so-

bre el iliaco. En el centro zona clara sin contraste, apreciándose a través de ella la estructura ósea del sacro. (Véase fig. 3.)

Proyección lateroblicua. Vejiga en forma de coma desplazada hacia la pared abdominal. Asa sigmoidea rechazada hacia atrás y arriba. Espacio central claro de contorno circular correspondiente a la tumoración. (Véase figura 4.)

Análisis de orina.—Albúmina, indicios. Sedimentos. Leucocitos y hematíes aislados. Células renales.

Sangre.—Hematíes, 4.400.000. Leucocitos, 11.300. Eo., 5. Netro., 65. Linfocitos, 27. Mono., 2. Índice de Katz, 6 mm. H. Urea en sangre, 0,56 g. por 1.000. Reacción de Cassoni, negativa.

Descartadas las afecciones que pueden dar un cuadro clínico semejante como el sarcoma de próstata, abceso prostático, etc., el paciente fué llevado a la mesa de operaciones con el presunto diagnóstico de quiste hidatídico retrovesical, a pesar de la negatividad de las reacciones biológicas. Ateniéndonos, sobre todo, a los radiogramas tan característicos obtenidos con el relleno vesical y enema opaco, que nos dan unas imágenes muy semejantes a las del caso número 3, publicado por Alonso Sáinz en el número 3, tomo IX, de *Archivos Españoles de Urología*, año 1953.

Técnica operatoria.—Previo cateterismo vesical, incisión infraumbilical. Separando ampliamente los músculos rectos abdominales, caemos sobre la

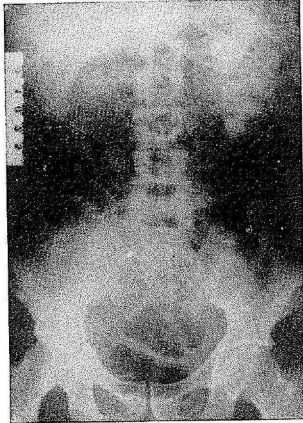


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

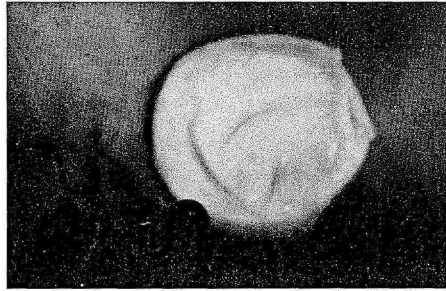


Figura 5

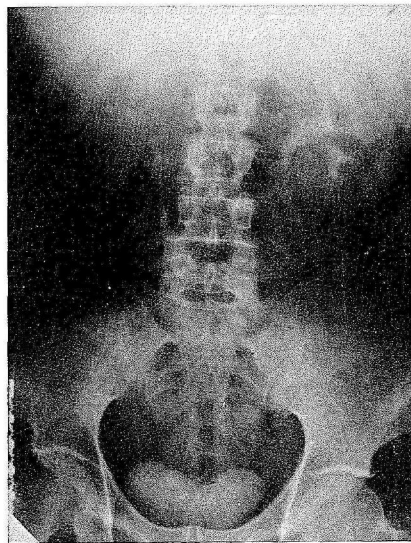


Figura 6

vejiga y la pared del mismo quiste. Con disección roma, se va rechazando la vejiga hacia la derecha y el peritoneo hacia arriba. Lateralizando hacia la izquierda ponemos al descubierto la propia pared del quiste. Protegemos con compresas y punzamos inyectando 40 c. c. de formol al 1 por 100; aspirando a continuación, extraemos un litro aproximadamente de líquido (quiste unilocular).

Seguidamente, ampliando la puntura con una incisión, se extrae con facilidad la cutícula o membrana hidatídica completa, como puede observarse en la figura 5.

Lavado con suero y formalina diluida la cavidad adventicial en la cual se aloja un drenaje de Penrose, que se saca fuera de la piel por contravertura de la pared abdominal 6 cm. por fuera y a la izquierda de la herida operatoria con el fin de no obstaculizar a la vejiga el ocupar su situación propia. Dicho drenaje se va retirando paulatinamente durante el curso postoperatorio. Sutura de la pared en dos planos.

El curso postoperatorio es bueno, siendo dado de alta el paciente a los doce días. Durante los primeros días tuvo sonda permanente con objeto de que se recuperara el detrusor, largo tiempo distendido. Cuando el paciente

se marcha, su ritmo miccional es normal.

A los cuatro meses vuelve por indicación nuestra, practicándose una urografía de comprobación, cuya imagen representa la figura 6; observándose cómo se han recuperado ambos riñones, habiendo desaparecido las dilataciones y estasis caliculares.

No entramos en disquisiciones sobre la patogenia de las equinocosis retrovesical, siendo eclécticos con respecto a la teoría circulatoria, de emigración directa, o de injerto secundario, según Deve, para explicar la localización del quiste hidatídico.

En nuestro caso, desde luego, se buscó por exploración clínica y radiológica la localización en otros órganos de algún quiste, con resultado negativo.

El quiste, que había alcanzado unas proporciones exageradas, debido a la escasa autoobservación del paciente, comprimía todos los elementos de la pelvis menor (uréteres, cuello vesical, vasos ilíacos), con la consiguiente retención urinaria, dilatación uréteropielocalicial y edema de los miembros inferiores, por dificultad del retorno venoso. Todos estos síntomas han regresado totalmente con la extirpación del quiste.

APIROSERUM SUERO GLUCOPOTASICO

COMPOSICIÓN

Glucosa anhidra pura, 34 g. - Cloruro potásico, 3'8 g. - p-hidroxibenzoato de metilo (sal sódica), 1 gr. - Agua desionizada y exenta de sustancias pirogénicas, c.s.p., 1000 cc.

INDICACIONES

Diarreas infantiles y agudas de adultos, colitis ulcerosa, obstrucciones intestinales altas, estenosis pilórica y en los casos de déficit de potasio. Panhipercorticalismo y aldosteronismo.

CONTRAINDICACIONES

Oligoanuria, insuficiencia suprarrenal y shock.

PRESENTACIÓN

Inyectable, frasco de 250 cc. y 500 cc.

IBYS