

Problemas quirúrgicos de los quistes hidáticos del fondo de saco de Douglas

Dres. HORACIO GONZALEZ VALES
y FRANCISCO A. CRESTANELLO *

Hemos tenido oportunidad, en un corto lapso, de realizar dos observaciones de quistes hidáticos de la pelvis, que llegaron a nosotros con una sintomatología diversa y que fueron resueltos también de una manera diferente.

Las dificultades técnicas que nos plantearon, nos llevaron a revisar otro caso de nuestra Clínica y extraer de todos ellos enseñanzas, en un tema que no parece definitivamente agotado.

Como el tema en su faz etiológica y patogénica, es ampliamente conocido por los cirujanos de nuestro país, nos ha parecido más útil encararlo en su parte práctica y en los problemas que plantea a todo cirujano general un enfermo portador de esta entidad clínica.

El primer problema es el diagnóstico
La sintomatología de un proceso típicamente pelviano puede ser clara, pero no es raro que se toleren grandes tumoraciones, sin síntomas ruidosos o que todo el proceso sea asintomático.

Cuando hay sintomatología dominante, ésta puede ir desde una polaquiuria y disuria por disminución de la capacidad vesical a los trastornos de la evacuación rectal, es decir trasuntan el sufrimiento de los principales órganos, contenido de la pelvis.

En algún caso los síntomas de compresión pueden ser tan severos como para determinar ora un síndrome anorrectosigmoideo con rectorragia, ora un cuadro de

oclusión intestinal, que desvía el diagnóstico hacia otras etiologías, principalmente las neoplásicas.

Ejemplo de esto es nuestro

CASO Nº 1.— D. Q., hombre, 70 años (Nº de Reg. 68-9694). Tiene una historia de cuadros suboclusivos de 1 año de evolución, últimamente diarreas, e incontinencia absoluta de materias. Desde hace 1 mes polaquiuria y retención aguda de orina. No ha tenido hematurias, ni rectorragia.

En el examen se confirma el síndrome suboclusivo al encontrarse un abdomen distendido y un síndrome de lucha. Además se palpa un importante globo vesical, por lo que se coloca una sonda a permanencia.

Al tacto rectal se encuentra una tumoración rectal polipoidea de varios centímetros de diámetro, situada en cara anterior de la ampolla de 5 cm. del ano y sin infiltración de la base ni de la mucosa vecina. Por encima se palpa, a nivel del fondo de saco de Douglas, una tumoración extrarrectal sólida, de superficie lisa.

En la rectosigmoidoscopia se comprueba un proceso poliposo con aspecto de tumor vellosos, cuya biopsia indicó que se trataba de un carcinoma glanduliforme bien diferenciado y sin infiltración más allá de la base, en este caso pues el diagnóstico de un proceso maligno con una metástasis del fondo de saco de Douglas era probable.

Pero además este paciente fue visto por un urólogo que interpretó la tumoración como correspondiente a un gran adenoma prostático, lo que explicaba la sintomatología urinaria.

En esos momentos el enfermo tenía un mal estado general, una suboclusión intestinal, y como se imponía una resolución rápida se fue directamente a la laparatomía.

Operación. Se comprueba una hidatidosis hepática peritoneal, mesoceliaca y pelviana. Enorme tumoración del fondo de saco de Douglas que lamina el recto contra el sacro, quística, que rechaza la vejiga hacia arriba y adelante. No hay signo de diseminación de su tumor rectal.

Se efectúa la quistectomía de los quistes peritoneales y del hepático y se drena con sonda Pezzer luego de esterilizarlo al quiste del fondo de saco de Douglas.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Palma. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de setiembre de 1970.

* Adjuntos de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

Evolucionó bien, con un drenaje moderado por la sonda de quistostomía, siendo dado de alta a los 30 días del postoperatorio, muy mejorado, con tránsito intestinal y continencia normales.

Como hemos visto la presencia de una tumoración del fondo de saco de Douglas o pelviana simplemente, puede hacer pensar en diversas etiologías, en especial, el neoplasma o en la mujer su origen genital; en este caso fue confundido además con un adenoma prostático.

Se palpan así, tumoraciones bastante firmes, en ciertos casos duras al tacto, relativamente poco dolorosas y desplazables.

El diagnóstico es más fácil en los casos de pacientes procedentes del Interior con antecedentes de hidatidosis o en los que se palpan una hepatomegalia irregular con los caracteres de una equinocosis hepática o de otra localización fácilmente detectable.

En todos los casos, y con fines de diagnóstico y de valorar la extensión de la enfermedad, es necesario efectuar un estudio radiológico simple de abdomen y un perfil hepático; radiografía de tórax y de colon por enema (con distintas incidencias pelvianas). Se completa con una rectosigmoidoscopia y muy importante con una gammagrafía hepática.

Con el criterio de que el compromiso del aparato urinario es precoz e importante, es de regla la urografía de excreción y la cistografía. A este respecto, el desplazamiento de los uréteres puede ser importante y condicionar la táctica quirúrgica.

En otros casos la presencia de una hidatidosis pelviana es un hallazgo dentro de una laparatomía destinada a tratar una hidatidosis de otra localización.

Esto ocurre en nuestro

Caso Nº 2.— R. E., masculino, 11 años (Nº de Reg. 61-0714). Antecedentes de intervenciones sobre el pulmón y cerebro por quistes hidáticos. Ingresó por palpársele una tumoración de caracteres quísticos en el hipocondrio izquierdo. No tiene trastornos del tránsito intestinal ni urinario.

Operación. En la laparatomía se efectuó la extirpación de un quiste hidático de bazo, pero se hallaron además dos quistes hialinos del fondo de saco peritoneal en la parte anterior de la vertiente vesical, uno parcialmente vacío y el otro a tensión. Estaban adheridos a vejiga laxamente y al apéndice; se hace quistectomía total.

Esta conducta era fácil dado que sus relaciones eran con el pequeño fondo de saco anterior, lejos de los uréteres y cubiertos por sigmoide. Estos quistes probablemente con vejiga llena emergieran de la pelvis, por ello era difícil alcanzarlos por el tacto rectal. Alta a los 10 días del postoperatorio.

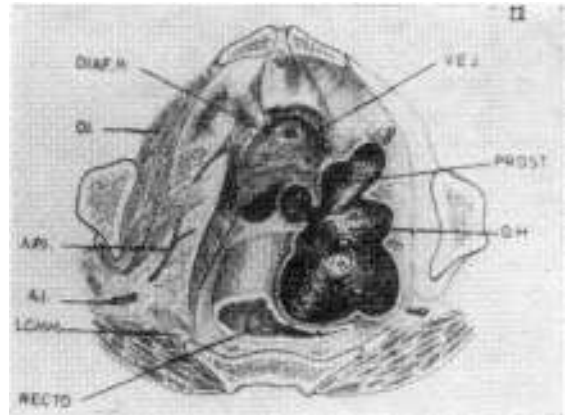


FIG. 1.— Un corte horizontal de la pelvis. Aquí se muestran las relaciones de un quiste con la fosa isquiorrectal a través del diafragma pelviano y su contenido (de un lado ha sido levantado). A su vez muestra el desarrollo del quiste en uno de los casos clínicos presentados, insinuándose por vesiculización exógena en todos los orificios pelvianos (según flechas). O.I., obturador interno; A.P.I., arteria pudenda interna; A.I., arteria isquiática; L.C.M. y M., ligamentos ciático mayor y menor; Vej., vejiga.

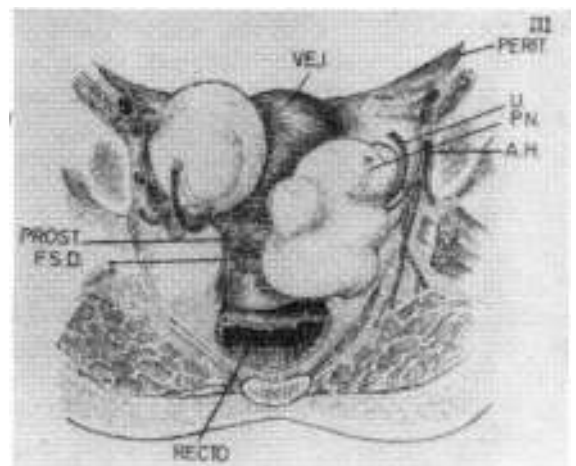


FIG. 2.— La situación de los quistes tal como se presentaron a la vista del cirujano; observar el distinto desplazamiento causado a los uréteres (u), uno hacia afuera y otro hacia atrás [la posición normal (P N) señalado en punteado]. Las relaciones del quiste hidático con las ramas de la arteria hipogástrica (A.H.). F.S.D., fondo de saco de Douglas.

El segundo problema que condiciona el tipo de tratamiento a aplicarse, son las relaciones anatómicas que contrae el quiste en la pelvis o mejor en el fondo de saco de Douglas, encrucijada donde se dan cita importantes estructuras que hay que tener cuidado de no lesionar.

a) *La vejiga* está modificada de manera diferente si el o los quistes son bajos en el fondo de saco de Douglas, que si pertenecen a la vertiente anterior, más alta. En el primer caso está rechazada hacia adelante y arriba, el quiste se relaciona con el trigono, la uretra posterior y el cuello vesical dando disuria, retención de orina (como en el caso N° 1) y hace difícil el cateterismo. En el caso N° 2 la vejiga está achatada y extendida horizontalmente (8, 9, 10).

Las adherencias del quiste a vejiga, laxas al principio, se hacen intensas rápidamente, comprometiendo la túnica muscular.

b) Con respecto a la próstata, también puede tener importantes adherencias y dado su situación baja y de difícil disección se hace necesario a veces respetar a ese nivel dichas adherencias (quistectomía parcial).

c) Es interesante consignar los desplazamientos que determinan el o los quistes sobre los uréteres. En ese sentido hemos observado que si el quiste anida alto y sobre todo en la vertiente vesical del fondo de saco de Douglas desplaza el uréter hacia atrás (necesita ser un quiste voluminoso). En cambio si el quiste se implanta bajo en su crecimiento hacia adelante, desplaza al uréter hacia afuera. Esto debe tenerse en cuenta durante la disección con el fin de encontrar el uréter.

Las relaciones entonces pueden ser muy estrechas, implicando adherencias importantes, no sólo con su peritoneo, sino también con su túnica muscular, pero excepcionalmente llega a la mucosa por lo que puede intentarse su separación.

d) El crecimiento cuando llega a ser de cierto volumen, pone al quiste en contacto con el diafragma pelviano y a su través contrae relaciones con la fosa isquiorrectal y los vasos hipogástricos y sus ramas, que transcurren a ese nivel (en especial vasos pudendos internos).

e) Con respecto al recto, la mayoría de los autores ven poco frecuentes su compresión (1, 2, 5, 8, 9), sin embargo en dos casos observados por nosotros (caso N° 1 y N° 3) así ocurría.

f) En el caso de la mujer las adherencias al útero y anexos no son de tanta importancia. El útero se trata de un órgano de paredes firmes y gruesas cuya disección no ofrece grandes riesgos.

g) Con el sigmoide, la relación es más íntima cuanto más alto es el quiste en la vertiente vesical, haciendo el intestino las veces de envoltura.

h) Con el peritoneo la relación es íntima y puede ser difícil o imposible separar. Si bien en un principio todos los quistes pelvianos son intraperitoneales, las últimas adherencias a los órganos y el acolamiento que provoca el quiste hace que tengan tendencia a hacerse extraperitoneales [preperitoneales les llama Surraco (8, 9)].

El tercer problema es el estado anatómico del quiste. Larghero (5) insiste en que no está nunca calcificado, salvo contadas excepciones.

Sin embargo en nuestro caso N° 3 se encontraron dos quistes casi totalmente calcificados en la pelvis y de tamaño respetable.

CASO N° 3.—H. L., masculino, 46 años (N° de Reg. 68-9572). Ingres a nuestra Clínica con un cuadro doloroso de hemitórax derecho y síndrome toxiinfeccioso y a la radiografía de tórax se encontraba una importante sombra en el ángulo cardiopulmónico derecho y una cisuritis en ese pulmón.

Se trataba de un tránsito hepatopleural incipiente que requirió tratamiento quirúrgico en forma prioritaria. En ese primer acto quirúrgico se comprueban además dos quistes pelvianos que se dejaron para una segunda intervención.

Estos dos quistes cuya topografía muestra la figura 3 fueron tratados uno por quistectomía total y el otro parcial casi total, previa formolización y apertura. En este caso uno de los quistes calcificados había evolucionado con abundante vesiculización exógena, invadiendo así todos los espacios libres, insinuándose hacia la escotadura ciática por un lado y el canal obturatriz por otro, comprimiendo el diafragma pelviano hacia la fosa isquiorrectal.

Las adherencias fueron particularmente firmes con la vejiga, que fue abierta durante la

diseción y con el recto, que obligó a abrir su túnica muscular, dejando sólo un pequeño casquete adherido a la próstata.

Se mantuvo sonda vesical por 8 días, no teniendo ningún incidente postoperatorio.

El desplazamiento de los uréteres ya previsto por la urografía de excreción fue confirmado en el acto quirúrgico.

Esta modalidad evolutiva de vesiculización exógena, plantea un problema de tratamiento, dado que así contrae relaciones peligrosas, inclusive con estructuras vasculares y nerviosas haciendo difícil a la vez que necesaria su extirpación completa.

El cuarto problema es el del procedimiento quirúrgico. En síntesis, dos son los procedimientos: uno, el simple drenaje (quistostomía) previo tratamiento del parásito y extirpación del contenido; otro, es el de la quistectomía completa o parcial según las dificultades técnicas.

El primer caso de nuestra serie fue tratado por quistostomía ofreciendo un postoperatorio medianamente prolongado, con una fístula que persistió un tiempo, no mayor de 10 días, pero no es lo frecuente.

En el segundo y tercer caso se hizo quistectomía y extirpación completa luego de individualizar bien los uréteres. Si bien la diseción fue difícil, en especial en el último caso, el postoperatorio fue excelente, obteniéndose una recuperación más rápida.

Larghero (5) ha recomendado la quistostomía en los quistes hidáticos de la pelvis; sin embargo creemos que un estudio cuidadoso de sus relaciones anatómicas puede permitir, aun en los casos más difíciles, una extirpación casi completa.

Por otro lado, en los casos en que el quiste hidático está calcificado la cavidad residual no es colapsable y hay obligación entonces de hacer quistectomía. Además la profundidad de la excavación pelviana hace que el recorrido del tubo de drenaje y la fístula así creada sean más largos, elementos que condicionan la persistencia de una fístula postoperatorio. Por otra parte, el drenaje no se hace en sentido declive.

Hemos querido hacer así una breve reseña de los problemas más importantes que nos plantea el desarrollo de quistes hidáticos en la pelvis, con especial dedicación en sus relaciones anatómicas y las relaciones que contraen con las vísceras allí contenidas, con el fin de plantear el tratamiento quirúrgico radical.



FIG. 3.—Urografía de excreción del caso N° 3. Se ve el quiste calcificado comprimiendo el uréter derecho y la vejiga, deformada por el apoyo del otro quiste no visible ya que no está calcificado.



FIG. 4.—Urografía postoperatoria. Se ve el relleno normal de la vejiga y el uréter, ahora no desplazado.

RESUMEN

Se estudian los problemas que plantea al cirujano el desarrollo de quistes hidáticos en la pelvis; el diagnóstico y los exámenes complementarios; las relaciones anatómicas con vísceras y elementos vasculares y peritoneales.

La importancia del estado anatómico del quiste, si está o no calcificado y sus prolongamientos por vesiculización exógena.

Por último la táctica quirúrgica, sea de drenaje (quistostomía) o de extirpación completa o casi total, con las dificultades técnicas que esta última plantea.

El mejor resultado postoperatorio de la quistectomía, compensa sus dificultades técnicas.

RÉSUMÉ

Etude des problèmes que pose au chirurgien le développement de kystes hydatiques dans le pelvis; le diagnostic et les examens complémentaires; les relations anatomiques avec les viscères et avec les éléments vasculaires et péritonéaux.

Etude de l'importance de l'état anatomique du kyste avec ou sans calcification et ses prolongements par vésiculation exogène.

Enfin, tactique chirurgicale, soit de drainage (kystotomie), soit d'extirpation complète ou quasi totale, ainsi que les difficultés techniques que celle-ci comporte.

Le meilleur résultat post-opératoire de la kystotomie compense ses difficultés techniques.

SUMMARY

The paper discusses the problems with which the surgeon is faced in cases of hydatid cysts of the pelvis with reference to diagnosis; complementary tests; its anatomic relation with vascular and peritoneal viscera and elements.

The importance of the anatomic condition of the cyst, whether it is calcified or not and its prolongations by exogenous vesiculization.

Finally to surgical tactics either through drainage (cystostomy) or complete or almost total resection, including the technical difficulties which the latter presents.

The author concludes that better post-operative results of cystectomy compensate its technical difficulties.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRENECHE, O. Táctica y técnica quirúrgicas en la equinococosis peritoneal. *XI Cong. Urug. Cir.*, 193, 1960.
2. DEL CAMPO, J. C. Quistes hidáticos peritoneales. *XI Cong. Urug. Cir.*, 2, 1960.
3. DIMOPOULOS, C. Retrovesical hidatid cyst, associated with prostatic adenoma (a prop. of two cases). *J. Urol. Nephrol.*, 73: 82, 1967.
4. KOURIAS, B. Reglas actuales del tratamiento quirúrgico de la equinococosis abdominal secundaria (según 110 casos). *Arch. Intern. Hidat.*, 14: 49, 1955.
5. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. *Equinococosis hidatídica del abdomen*. 224 pág. Edit. Delta, Montevideo, 1962.
6. PEREZ FONTA A, V. Equinococosis secundaria de la pelvis. *Arch. Intern. Hidat.*, 14: 54, 1955.
7. SEROR, M. Peritonite encapsulante et kyste hidatique pelvienne. *Arch. Intern. Hidat.*, 12: 453, 1951.
8. SURRACO, L. A. Los quistes hidáticos retrovesicales; su relación al confluente espermático ureteral, pronóstico y tratamiento. *An. Fac. Med. Montevideo*, 22: 855, 1937.
9. SURRACO, L. A. Kystes hydatiques sous peritoneaux. *Arch. Intern. Hidat.*, 12: 435, 1951.
10. SURRACO, L. A. La hidatidosis de las vías urinarias. *Arch. Intern. Hidat.*, 11: 483, 1950.