



P-401 - TUMORACIÓN QUÍSTICA RETROVESICAL: UN DILEMA DIAGNÓSTICO

Romera Barba, Elena; Agea Jiménez, Belén; Navarro García, María Inmaculada; Gálvez Pastor, Silvia; Martínez Manzano, Álvaro; Sánchez Pérez, Ainhoa; Castañer Ramón-Llín, Juan; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Las masas quísticas retrovesicales siempre representan un dilema diagnóstico. Su escasa incidencia, la limitada experiencia clínica y la ausencia de sintomatología específica, al producir síntomas por compresión o simular cualquier proceso del tracto urinario inferior, hacen de ésta patología un escenario diagnóstico y terapéutico de interés. A pesar del amplio arsenal diagnóstico disponible, el diagnóstico definitivo solo se obtiene tras la extirpación quirúrgica y el análisis histopatológico de la pieza.

Caso clínico: Varón de 57 años que consultó en urgencias por dolor abdominal y síntomas de obstrucción urinaria de una semana de evolución. Se realizó analítica hallando creatinina de 2,2 y urea 42, y ecografía que informó de masa quística retrovesical e hidronefrosis grado II bilateral secundaria. El paciente quedó ingresado para completar estudio, precisando la realización de una nefrostomía bilateral por empeoramiento de la función renal. Se realizó TC con contraste iv hallando masa multiquística retrovesical de 10 cm que desplaza ambos uréteres. La biopsia de la masa mediante TC no resultó concluyente. Se decidió intervenir al paciente hallando una tumoración quística retrovesical de 11 × 10 × 5 cm, íntimamente adherida a cara anterior del recto. Se realizó exéresis completa incluyendo fragmento de pared rectal, sutura rectal primaria e ileostomía derivativa. La anatomía patológica de fue quiste mülleriano de próstata.

Discusión: Los quistes de próstata forman parte del espectro diagnóstico de masas quísticas retrovesicales, en el que se incluyen, además, otras patologías como divertículo vesical posterior, quiste de vesículas seminales, quiste hidatídico retrovesical, abscesos pélvicos, ureterocele, histiocitoma fibroso maligno, tumores presacros de cresta neural, quistes de origen mesocólico y de origen entérico, linfangiomas quísticos, linfoceles, hemangiopericitomas, leiomiomas y hamartomas quísticos. Los quistes de próstata son hallazgos muy habituales y se pueden dividir en laterales y mediales. Los primeros son más frecuentes y suelen aparecer en el contexto de la hiperplasia benigna de próstata o procesos inflamatorios de cualquier etiología. Los quistes de línea media son raros y se los considera de origen congénito. Estos los hay de dos tipos: los quistes müllerianos, derivados de restos de conducto paramesonefrico, y los quistes de utrículo, probablemente causado por dilatación de utrículo prostático. Suelen ser de pequeño tamaño, no dan manifestaciones clínicas y su hallazgo es incidental, si bien pueden generar clínica urológica inespecífica simulando procesos del tracto urinario inferior. En raras ocasiones, como en nuestro caso, alcanzan grandes tamaños, condicionan sintomatología derivada de la compresión de

estructuras vecinas, y generan problemas de diagnóstico diferencial. Las técnicas de imagen como la ecografía, TC o RNM demuestran la naturaleza quística de la lesión y su relación con las estructuras vecinas, si bien no siempre son capaces de determinar el origen. La biopsia mediante punción-aspiración puede contribuir al diagnóstico, aunque con frecuencia los resultados no son concluyentes. El tratamiento está indicado solo en los casos sintomáticos, mediante la punción-aspiración por vía transperineal o transrectal, o la decorticación endoscópica de la lesión cuando ésta protruya a vejiga. En nuestro caso, ante las dudas en el diagnóstico, extirpamos la lesión y por tanto realizamos una cirugía con mayor morbilidad, la cual se podrá haber evitado con un diagnóstico preoperatorio correcto.