



Patología infrecuente de quiste de vesícula seminal

Uncommon pathology of seminal vesicle cyst

Dasha María Palomino García¹, Diana Sucel Núñez Guevara¹, Arianna Rodríguez Jiménez²

¹ Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 4^{to} año Medicina.

² Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. MSc. Especialista de 1^{er} grado en imagenología. Profesora Instructora.

E-mail: dasha@feu.grm.sld.cu

Citación: Palomino-García DM, Núñez-Guevara DS, Rodríguez-Jiménez A. Patología infrecuente de quiste de vesícula seminal. 2 de Diciembre. 2018 enero-mayo; 1(1):57-62.

Fecha de envío: 7/3/18

Fecha de aceptación: 10/3/2018

Fecha de publicación: 25/5/18

Tipo de revisión: con revisión a doble ciego

Palabras clave: quiste prostático, quiste de vesículas seminales, quiste del conducto mülleriano, divertículo del conducto eyaculatorio

Keywords: prostatic cyst, seminal vesicle cyst, cyst of the müllerian canal, ejaculatory duct diverticulum

Resumen

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo con el objetivo de mostrar los hallazgos en un paciente de Manzanillo con diagnóstico de quiste de vesícula seminal. La información fue recogida de fuentes primarias mediante la observación de los distintos medios diagnósticos y el interrogatorio para datos generales del paciente. La tomografía axial computarizada confirma la agenesia del riñón derecho, dilatación moderada del sistema ureteropielocalicial contralateral, imagen hipodensa (densidad líquida) paravesical derecha de 48 x 50 mm compatible con quiste de vesícula seminal derecha.

Se concluye que la sintomatología miccional obstructiva o irritativa, el dolor perineal o escrotal y epididimitis a repetición en un varón entre la 2da y 3ra década de la vida, debe hacer sospechar la presencia de un quiste de vesícula seminal y que los estudios imagenológicos son imprescindibles para confirmar el diagnóstico de esta patología, sobre todo la tomografía o resonancia.

Abstracts

It was carried out a descriptive and qualitative study with the objective of describing the findings discovered in a patient with seminal vesicle cyst in Manzanillo. The data was gathered in primary sources by means of observation of the different diagnosis and the interrogation of the patient to collect personal information. The computer axial tomography confirms the right kidney agenesis, moderated dilation of the contralateral ureteropyelocalicial system and hypo dense image (liquid density) right paravesical of 48 x 50 mm compatible with the right seminal vesicle cyst. It is concluded that the miccional symptomatology obstructive or irritable, the pain perineal or scrotal and epididymitis in a male in the second and third decade



of its life must bring suspect of the presence of seminal vesicle cyst. The study of the images is essential to confirm the diagnosis of this pathology, mostly the resonance and the tomography.

Introducción

Las vesículas seminales (VS) o glándulas seminales están situadas en la excavación pélvica, detrás de la vejiga urinaria, delante del recto e inmediatamente por encima de la base de la próstata; son los productores del 60% del volumen del líquido seminal, son dos estructuras saculares yandrógeno-dependientes, situadas entre la vejiga y el recto, que se desarrollan en la pubertad y liberan líquido seminal durante la eyaculación. Se desconoce su papel fisiológico exacto, aunque se cree que sus secreciones pueden optimizar la motilidad, el transporte y la supervivencia de los espermatozoides. En condiciones normales, el semen está constituido por un 10% de espermatozoides, producidos en los conductos seminíferos del testículo, y por un 90% de líquido seminal, generado principalmente por las VS y, en menor medida, por la próstata y las glándulas de Cowper.¹

Los quistes de la vesícula seminal (QVS) constituyen una entidad rara. La dilatación quística de la vesícula seminal se presenta en menos del 0,005% de la población, asociándose una agenesia renal ipsilateral en las dos terceras partes de estos pacientes. Un 28% de los casos de desembocadura ectópica del uréter ocurren en la vesícula seminal.² Estos quistes pueden ser adquiridos o congénitos, el primer caso de QVS fue publicado por Zinner en 1914.¹

Los adquiridos son menos frecuentes y se presentan de forma bilateral y por lo general en un grupo etario de mayor edad. Su causa principal corresponde a una infección retrógrada del tracto urinario (ITU) con o sin obstrucción por litiasis, pero también se han visto en pacientes con antecedentes de cirugía prostática, traumatismo, prostatitis crónica, hipertrofia prostática benigna

(HPB) o tumores malignos de próstata; todas situaciones responsables de inflamación y obstrucción de las VS y del conducto eyaculador. Por su parte, los congénitos son un tipo de malformación embriológica poco común. Corresponden a la mayoría de los QVS.¹

Si bien esta afección no es muy frecuente nos parece muy ilustrativa como malformación embriológica. Los quistes de la vesícula seminal constituyen una anomalía congénita urológica de infrecuente aparición, que junto con los quistes del conducto mülleriano, los del utrículo prostático, las dilataciones quísticas del conducto eyaculador y ampolla deferencial y los quistes prostáticos, forman parte de los denominados quistes pélvicos profundos.³

Navalón⁴ refiere que hasta hace unas décadas la forma de diagnóstico más frecuente de esta entidad la constituía su hallazgo casual durante la autopsia, ya que por ser generalmente asintomáticos y no producir manifestaciones clínicas relevantes, son aún en la actualidad muchas veces diagnosticados de forma incidental durante el estudio de otra patología. Dice además que desde la aparición de la ecografía y particularmente desde que se popularizó la ecografía transrectal, su incidencia ha aumentado, aunque sigue tratándose de una patología de rara presentación. Refiere que otros autores en estudios anteriores establecen su frecuencia en 0,002% tras una búsqueda ultrasonográfica en 280.000 niños y adolescentes, siendo la forma de presentación bilateral un hallazgo excepcional.

Diversos son los estudios^{5,6} que concuerdan en que, aunque su etiología es desconocida, la patogenia del quiste podría estar relacionada con defectos en el desarrollo de la porción proximal o distal del conducto de Wolf y en ocasiones se

asocia también con un desarrollo anormal del tracto urinario superior ipsilateral que conlleva a agenesia renal. El diagnóstico se basa en la exploración rectal y en las técnicas de imagen, comúnmente ecografía y TAC. En la literatura médica nacional registrada en Infomed solamente se referencia una investigación que trata esta entidad ⁷ y es importante ante el hallazgo de estas patologías particularizar los detalles para poder establecer su diagnóstico.

Objetivo:

Describir los hallazgos en un paciente con quiste de vesícula seminal.

Presentación del caso

Paciente masculino de 48 años de edad, que acude al hospital por presentar desde hace varios meses síntomas dados por disuria, polaquiuria y tenesmo. No se identificaron antecedentes de infecciones urinarias o episodios de prostatitis y/o epididimitis. Estudios imagenológicos realizados:

Ultrasonido renal y de vías urinarias, urograma descendente y tomografía axial computarizada.

Resultados de los estudios imagenológicos:

- Ultrasonido renal y vías urinarias:

Riñón derecho: No se visualiza en su fosa lumbar correspondiente.

Riñón izquierdo: Aumentado de tamaño de aspecto compensador con dilatación ureteropielocalicial ligera sin visualizar factor obstructivo alto.

Vejiga: Contornos finos y regulares. Se observa

imagen anecóicaparavesical derecha de paredes finas y refuerzo ecogénico de su pared posterior (aspecto quístico).

- Urograma descendente:

Ausencia de riñón derecho. Riñón izquierdo de aspecto compensador con buena eliminación y concentración del contraste, ureteropielocaliectasia moderada. Vejiga con compresión extrínseca hacia su cara lateral derecha.

- Tomografía axial computarizada:

Confirma la agenesia del riñón derecho, dilatación moderada del sistema ureteropielocalicial contralateral, imagen hipodensa (densidad líquida) paravesical derecha de 48 x 50 mm compatible con quiste de vesícula seminal derecha.

Diagnóstico:

Confirmado el diagnóstico de quiste de vesícula seminal en el paciente, la conducta será expectante mientras la clínica lo permita.

Discusión:

Ortega ¹ en su estudio de Quiste gigante de vesícula seminal concuerda con varios autores de que la patología primaria de las VS es infrecuente, pero que los recientes avances en imágenes han aumentado su detección.

Las anomalías congénitas de las VS pueden ser de número (agenesia, fusión, duplicación), maduración (hipoplasia), posición (ectopia) y estructura (divertículo, quiste, comunicación con el uréter) (Ver Figura 1). Las más frecuentes en la práctica diaria son los quistes y la agenesia. ¹

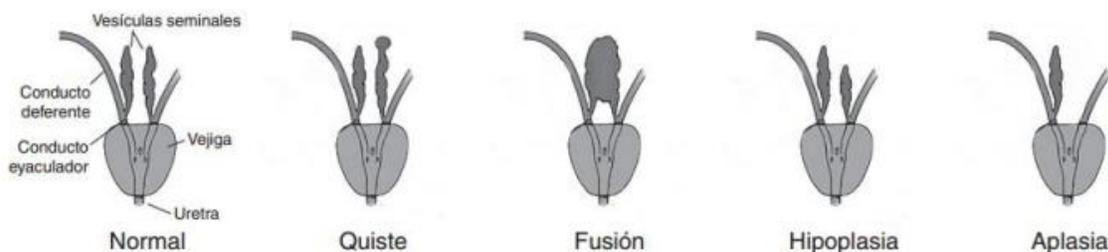


Figura 1. Anomalías congénitas de la vesícula seminal

Varios autores ^{1-3,7} concuerdan que en su mayoría, los QVS menores de 5 cm son asintomáticos y se descubren en forma incidental en las ecografías de rutina que exploran la vejiga o la próstata. Cuando miden más de 12 cm ¹, se consideran quistes gigantes (situación altamente inusual y por lo general sintomática). En caso de producirse sintomatología la más frecuente es reflejada por irritación u obstrucción miccional, como ocurrió en este paciente. En los casos con expresión clínica dice Ortega ¹ que los síntomas incluyen dolor abdominal, pelviano, escrotal o perineal (que puede agravarse con la eyaculación o la defecación), prostatismo, polaquiuria, disuria, infertilidad, infección del tracto urinario, hematuria, epididimitis, prostatitis o síntomas de tipo obstructivo intestinal o vesical, alguno de estos síntomas fueron presentados por el caso en estudio.

En el hombre el sistema reproductor y el urinario son funcionalmente distintos, ambos están relacionados, anatómicamente y embriológicamente, por su origen común en el conducto mesonéfrico, por lo que una falla en el

desarrollo de este durante la vida fetal, explica la frecuente coexistencia de QVS y otras anomalías urinarias y/o genitales, como: la disgenesia renal ipsilateral (80%), la duplicación del sistema colector (8%), la criptorquidia, la agenesia testicular, el megauréter, la inserción ureteral ectópica dentro de la VS o el uréter ciego (evaginación digitiforme del uréter con su extremo sacular, sin rudimento ni parénquima renal asociado, que no drena un segmento renal). ¹

Por lo general, todas estas entidades presentan una localización ipsilateral en relación con los QVS congénitos y el diagnóstico de las malformaciones mencionadas se basa en los síntomas clínicos, el tacto rectal y los estudios imagenológicos, según recomienda Ortega ¹ (Figura 2). Debido a la inespecificidad de los síntomas, se aconseja evaluar a aquellos pacientes que se consultan por un cuadro de epididimitis, dolor perineal o ITU arepetición, incluyendo un estudio del árbol urinario en toda su extensión por la frecuente asociación entre patología de las VS y las malformaciones urinarias.

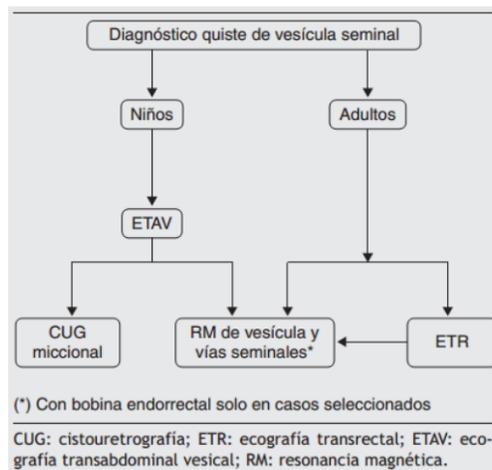


Figura 2. Algoritmo de diagnóstico de imágenes para quiste de vesícula seminal



Ante la sospecha de un masa en la vesícula seminal se realiza una ecografía abdominal, la cual demuestra su naturaleza, tamaño y localización, se escoge este método por ser económico y no invasivo. El urograma descendente sirve para observar la agenesia renal y mostrar defectos de repleción vesical causados por el quiste. La TAC, tecnología de avanzada, confirmó la lesión y define con mayor precisión las características de la misma.

La ecografía ¹ es el método de elección para el análisis inicial, en tanto permite obtener un diagnóstico presuntivo en la mayoría de los casos. La valoración se realiza primeramente con una ecografía transabdominal vesical (ETAV) o transrectal (ETR), que son de gran valor en la detección de la patología quística.

Según estudio anterior ⁸ se plantea que el 41% de los quistes renales complejos asintomáticos son carcinomas y que con las técnicas de imagen actuales se diferencian la mayoría de los tumores malignos de los quistes simples.

Ecográficamente los últimos tienen forma esférica, paredes lisas y finas, contenido anecoico y claro refuerzo posterior, que concuerda con los resultados de este estudio.

Por lo analizado en este caso y en la bibliografía consultada ¹⁻⁸ si bien la ecografía y la tomografía son útiles en la evaluación de las vesículas seminales, el mejor método en adultos y niños es la resonancia magnética por su gran capacidad multiplanar y el excelente contraste entre tejidos blandos. Además, brinda un detalle preciso de la anatomía abdómino-pélvica y sus relaciones, diferencia las malformaciones quísticas de la pelvis y caracteriza óptimamente las estructuras ductales, las paredes y el contenido vesicular, al mismo tiempo que evita el uso de radiación ionizante (punto fundamental en niños). Así, permite un diagnóstico rápido y certero.

Conclusiones

1. La sintomatología miccional obstructiva o irritativa, el dolor perineal o escrotal y epididimitis a repetición en un varón entre la 2da y 3ra década de la vida, debe hacer sospechar la presencia de un quiste de vesícula seminal.
2. Los estudios imagenológicos son de vital importancia para el diagnóstico de esta patología, recomendándose la confirmación del diagnóstico a través de tomografías o resonancia.

Referencias

1. Ortega Hrescak MC, Ezquer AJ, Socolsky GA, Blanque JP, Acuña SM, Medina G. Quiste gigante de vesícula seminal: presentación atípica de una patología infrecuente. Rev Argent Radiol. [Internet]. 2015 [citado 05 Dic 2017]; 79(2): [aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v79n2/v79n2a07.pdf>
2. Pascual Samaniego M, Egea Camacho J, Cortiñas González JR, Calleja Escudero J, Rivero Martínez MD, Fernández del Busto E. Agenesia renal derecha y abocamiento ectópico del uréter en dilatación quística de la vesícula seminal. Actas Urol Esp [Internet]. 2004 [citado 05 Dic 2017]; 28(9): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v28n9/nota5.pdf>
3. Soler JM, Domínguez C, Cabello J, Murillo J, Torrubia FJ. Quiste de vesícula seminal y agenesia renal ipsilateral: asociación frecuente. Actas Urol Esp. 1992; 16: 800- 04.
4. Navalón Verdejo P, Pallas Costa Y, Cánovas Ivorra JA, Ordoño Domínguez F, Torre Abril L. de la, Fabuel Deltoro M. Sobre el diagnóstico y tratamiento de la displasia quística de la vesícula seminal. Actas Urol Esp [Internet]. 2006 [citado 05



Dic 2017]; 30(2): [aprox. 7p.]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v30n2/v30n2a07.pdf>

5. Sandlow JI, Williams RD. Cirugía de las vesículas seminales. En: Walls CD, editor. Campbell Urología. 8ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004. p. 4235 -252.

6. Domínguez M, Amaya J, Salazar R, Rico J, Camacho E, García M. Displasia quística en vesícula seminal. Caso clínico y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 1999; 23: 532- 35.

7. Milanés Sánchez JL, Sánchez Iturriaga M, Ferrer Magadán C, Domínguez González M, López González JC, Bernal ME, et al. Quiste de Vesícula Seminal Derecha Asociada a Agenesia Renal. Ipsilateral. Presentación de un Caso. Multimed [Internet]. 2007 [citado 05 Dic 2017]; 11(Supl 1) : [aprox. 8p.]. Disponible en:
<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2007/V11-S1/11.html>

8. Alapont Alacreu JM, Andreu García A, Herrero Polo E, Schiefenbusch Munne E, Botella Almodóvar R, Brotons Márquez JL, et. al. Quiste renal complejo: A propósito de un caso. Actas Urol Esp [Internet]. 2004 [citado 05 Dic 2017]; 28(8): [aprox. 4p.]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v28n8/nota3.pdf>