



Quiste de vesícula seminal con agenesia renal ipsilateral. Tratado con resección laparoscópica

Grimaldo-Salazar R¹, Grimaldo-Oliveros ÁA¹, Chapa-Lobo AF¹, Ríos-Briones NI², Galán-Maraboto JJ¹



■ RESUMEN

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mediante abordaje laparoscópico, se realiza resección de lesión quística de vesícula seminal izquierda asociada a desembocadura ectópica de uretero ipsilateral. El abordaje quirúrgico permitió una adecuada exposición de las estructuras pélvicas profundas, una rápida convalecencia, así como una evolución posoperatoria en seguimiento a un año con ausencia de complicaciones.

Los quistes de las vesículas seminales se asocian con agenesia renal ipsilateral y uréter displásico o de localización ectópica. Las anomalías congénitas de las vesículas seminales son raras, algunas de ellas asociadas, con malformaciones del sistema urinario superior.

Palabras clave: anomalías congénitas, quistes de vesículas seminales.

■ ABSTRACT

CASE PRESENTATION

Laparoscopic resection of a left seminal vesicle cystic lesion associated with ectopic ureter was performed. The surgical approach provided adequate exposure of the profound pelvic structures, a rapid convalescence period and a postoperative progress follow-up at one year free from complications.

Seminal vesicle cysts are associated with ipsilateral renal agenesis and dysplastic ureter or they are located ectopically. Congenital abnormalities of the seminal vesicles are rare and some are associated with upper urinary system malformation.

Key words: Congenital abnormalities, Seminal vesicle cysts.



¹Centro de Urología avanzada del Noreste. Hospital CIMA Santa Engracia, Garza García, N.L. ² Centro de Urología avanzada del Noreste. Radiólogo adscrito al departamento de imagenología, Hospital Santa Engracia. San Pedro Garza García, N.L.

Correspondencia: Dr. Romualdo Grimaldo Salazar. Hospital CIMA Santa Engracia. Dirección: Ave. Frida Kahlo núm. 180, Col. Valle Oriente, C.P. 66260, Garza García, N.L. Tel: (81) 83 68 7838, fax: 83 68 7837. Correo electrónico: romelgrimaldo@hotmail.com

■ INTRODUCCIÓN

Las condiciones patológicas aisladas de las vesículas seminales son poco frecuentes y en el pasado, ignoradas en la mayoría de los casos.¹ Con el advenimiento de los estudios de imagen como el ultrasonido transrectal, tomografía computada helicoidal e imagen por resonancia magnética, ha sido posible detectar lesiones aisladas benignas de las vesículas seminales, como los quistes con mayor frecuencia.¹ El diagnóstico de estas alteraciones se establece principalmente en la etapa de mayor actividad sexual.^{2,3} Los quistes de las vesículas seminales pueden permanecer asintomáticos y ser descubiertos incidentalmente, o pueden presentarse con síntomas de frecuencia urinaria, disuria epididimitis o prostatitis crónica, eyaculación dolorosa e incomodidad perineal.^{1,2,4}

La valoración por estudios de imagen (ultrasonografía, tomografía computada y/o resonancia magnética) es de utilidad para establecer el sitio, la morfología y el contenido de la lesión.²

La selección de la modalidad terapéutica dependerá de la sintomatología, la que estará relacionada con el tamaño de la lesión y su localización. Cuando es necesario el tratamiento quirúrgico, éste es complicado dada la localización profunda en la pelvis de las vesículas seminales, requiriéndose un abordaje con disección extensa.¹ La cirugía laparoscópica representa una alternativa quirúrgica para la patología de estas estructuras del tracto genitourinario.¹

Presentamos el caso de un paciente con lesión quística de la vesícula seminal izquierda asociado a agenesia renal ipsilateral, tratado quirúrgicamente mediante laparoscopia con la técnica descrita por Kavoussi.⁵

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 22 años de edad, con un cuadro clínico de epididimitis izquierda y prostatitis crónica, dolor y aumento de volumen del contenido escrotal izquierdo, malestar perineal, así como dolor durante la eyaculación, de tres años de evolución. Fue multitratado con antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios. Se realizó ultrasonido transrectal, el cual demostró lesión quística retrovesical en la topografía de la vesícula seminal izquierda (**Foto 1**). En valoración de ultrasonido de vías urinarias no fue identificado el riñón ipsilateral. La tomografía computada confirmó la presencia de estructuras quísticas en topografía de la vesícula seminal izquierda (**Foto 2**), así como estructura tubular que se extendía desde las estructuras quísticas hasta la región del cruce de los vasos ilíacos en relación con uréter dilatado desembocando en dichas estructuras con extremo superior ciego (**Foto 3**). Además corroboró la ausencia de riñón ipsilateral. La imagen por resonancia magnética demostró los mismos hallazgos de la tomografía computada (**Foto 4**). Se le realizó cistoscopia encon-

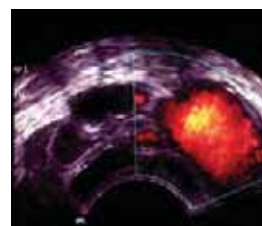


Foto 1. Ultrasonido transrectal, con lesión quística retrovesical en la topografía de la vesícula seminal izquierda.

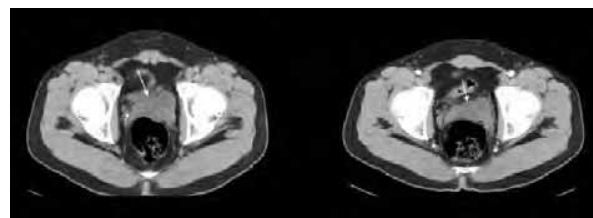


Foto 2. Tomografía computada que confirmó la presencia de estructuras quísticas en topografía de la vesícula seminal izquierda.

trando hemitrigono. El paciente es sometido a cirugía laparoscópica bajo anestesia general e intubación endotraqueal, se utiliza aguja de Veres a través de cicatriz umbilical para inducir neumoperitoneo, colocando trocar de 10 mm, se introduce videolaparoscopia con lente de 0 grados, se colocan 3 puertos adicionales bajo visión, uno de 10 mm y dos de 5 mm. Después se libera colon sigmoide, rechazándolo hacia la línea media, se abre una ventana en peritoneo parietal cerca de anillo inguinal interno del lado izquierdo, se localiza y se disecciona conducto deferente, es clipado y cortado. Traccionando el conducto deferente se continúa la disección hasta la lesión quística (**Foto 5**). Con disección roma se separa la lesión de la vejiga, siendo removida por completo (**Foto 6**). Se disecciona el uréter ciego, que desembocaba en la lesión quística, siguiendo el trayecto hasta retroperitoneo lumbar. Se deja drenaje tipo Blake. Se extrae el espécimen en una endobolsa a través de trocar de 10 mm, se retira neumoperitoneo y trocates. Finalmente se suturan las incisiones abdominales. El paciente es dado de alta a las 48 horas, teniendo una evolución satisfactoria.

■ DISCUSIÓN

Las anomalías congénitas de las vesículas seminales son infrecuentes, la mayoría de ellas cursan con malformaciones quísticas y algunas asociadas con malformaciones del sistema urinario superior, reportándose en menos de 100 casos en la literatura hasta el 2000.²

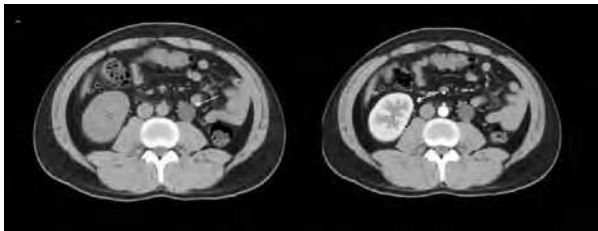


Foto 3. Estructura tubular que se extiende desde las estructuras quísticas hasta la región del cruce de los vasos ilíacos en relación con uréter dilatado desembocando en dichas estructuras con extremo superior ciego.

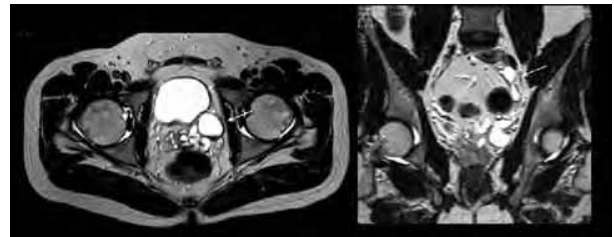


Foto 4. Se corroboró la ausencia de riñón ipsilateral. La imagen por resonancia magnética demostró los mismos hallazgos de la tomografía computada.



Foto 5. Traccionando el conducto deferente se continúa la disección hasta la lesión quística.

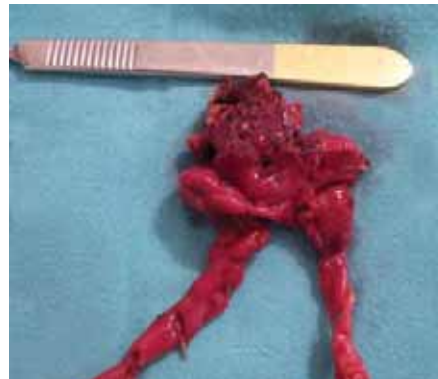


Foto 6. Con disección roma se separa la lesión de la vejiga, siendo removida por completo.

El origen embriológico común del tracto urinario y genital (mesonefros o conductos de Wolf y de la yema ureteral) conlleva a anomalías asociadas en el desarrollo de estos dos sistemas.² Los quistes de las vesículas seminales son lesiones usualmente menores de 5 cm de localización retrovesical, asociados con agenesia renal ipsilateral, uréter displásico o de localización ectópica, que desemboca en la vesícula seminal, cuello vesical o uretra prostática.⁶⁻⁸

El diagnóstico de estas alteraciones se establece principalmente en la etapa de mayor actividad sexual, cuando el líquido se acumula en las vesículas seminales como resultado de un incompleto drenaje secundario a estenosis del conducto eyaculador.^{2,3} En este momento es cuando se presenta la sintomatología de prostatitis crónica (disuria, frecuencia de micción, eyaculación dolorosa) y algunas ocasiones epididimitis recurrente. Los factores que justifican la cirugía en los pacientes con esta entidad son: 1) los pacientes son tratados con múltiples antibióticos y gastos considerables por un periodo prolongado y 2) los pacientes son predominantemente jóvenes y presentan infertilidad.³

El advenimiento de la cirugía laparoscópica ha ofrecido nuevas posibilidades a la cirugía urológica. A pesar de que las patologías de las vesículas seminales, que requieran tratamiento quirúrgico son raras, representan una excelente indicación para el abordaje

laparoscópico.⁵ De hecho la cirugía convencional es francamente invasiva, dada la localización profunda de las vesículas seminales.

Los abordajes quirúrgicos incluyen vías transperitoneal, transvesical, paravesical, retrovesical y transcoccígea.⁹ Este último abordaje, aunque directo, es doloroso y la recuperación posoperatoria es lenta, especialmente en pacientes físicamente activos.¹⁰ El abordaje laparoscópico lleva a una precisa disección anatómica de las vesículas seminales. Esta técnica es significativamente facilitada por la magnificación de 15 veces proporcionada por el laparoscopio.⁶ La disección laparoscópica es relativamente simple para el cirujano familiarizado con la técnica y con la anatomía de la pelvis, proporciona un abordaje seguro de las vesículas seminales y una excelente exposición de las estructuras profundas de la pelvis. El conducto deferente representa un marcador fundamental durante la disección. El ámpula del conducto deferente y las vesículas seminales son fácilmente identificadas y disecadas. El riesgo de daño a las estructuras adyacentes es importantemente disminuido si se mantiene el plano de disección en el trayecto de la vesícula seminal. Deben tomarse precauciones de no

dañar las estructuras del paquete neurovascular cuando se diseca, grapa y corta la delgada arteria que se extiende a la punta de la vesícula seminal.¹ Otra de las ventajas de la cirugía laparoscópica es la rápida convalecencia. El dolor es mínimo, no se requiere catéter vesical, el paciente puede ingerir alimentos inmediatamente posterior a la cirugía, pudiendo ser dado de alta 24-48 h posterior al evento quirúrgico. Después de siete días el paciente puede reanudar sus actividades físicas. Los riesgos potenciales del abordaje laparoscópico incluyen las complicaciones asociadas con el procedimiento laparoscópico vía transperitoneal.¹

El tratamiento de elección es quirúrgico y estará indicado sólo para aquellas lesiones que cursen con sintomatología urinaria importante. La cirugía abierta ha sido el abordaje utilizado en la mayoría de los casos publicados. Actualmente, la cirugía laparoscópica ofrece una nueva alternativa para la escisión de estas lesiones, es segura y efectiva en manos de cirujanos familiarizados con el procedimiento.^{1,5} La punción con aguja de la lesión quística para drenaje terapéutico, no está indicada por su alto índice de recurrencia o infección.²

BIBLIOGRAFÍA

1. Carmignani G, Gallucci M, Puppo P, De Stefani S, Simonato A, Maffezzini M. Video laparoscopic excision of a seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis. *J Urol* 1995;153:437-439.
2. Livingston L, Larsen CR. Seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis. *AJR* 2000;175:177-180.
3. Roehborn CG, Schneider H, Rugendorff EW, Hamman W. Embryological and diagnostic aspects of seminal vesicle cysts associated with upper urinary tract malformation. *J Urol* 1986;135:1029-1032.
4. Narlawar RS, Hanchate V, Raut A, Hira P, Nagar A, Chaubal NG. Renal agenesis and seminal vesicle cyst. *J Ultrasound Med* 2003;22:225-228.
5. Kavoussi LR, Schuessler WW, Vancaille TG, Clayman RV. Laparoscopic approach of the seminal vesicles. *J Urol* 1993;150:417-419.
6. Okada Y, Tanaka H, Takeuchi H, Yoshida O. Papillary adenocarcinoma in a vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis: a case report. *J Urol* 1992;145:1543-1545.
7. Heaney JA, Pfister RC, Meares EM. Giant cyst of the seminal vesicle with renal agenesis. *AJR* 1987;147:139-140.
8. Kenney Ph, Leeson MD. Congenital anomalies of the seminal vesicles: spectrum of computed tomography findings. *Radiology* 1983;149:247-251.
9. Williams RD. Surgery of the seminal vesicles. In: Campbell's Urology 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1992:2942-2943.
10. Hinman F Jr. Transsacral prostatectomy. In: atlas of Urologic Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1989: 385-388.