

Serv. de Urología del Hosp. Fiorito
Jefe: Dr. Ricardo Bernardi

GRAN QUISTE HIDATICO CALCIFICADO Y OSIFICADO DEL RIÑON (Comunicación)

Por los Dres. RICARDO BERNARDI, H. LARRE y S. WAIMBERG

La oportunidad de haber observado un gran quiste hidático, del tamaño de una cabeza de adulto, calcificado y sobre todo *osificado* del riñón en una paciente de 47 años, asistida en el Servicio del Profesor Silvestre, que palpaba su tumoración desde hacía más de 30 años, nos induce a presentarla como un caso digno de mención.

Se trata de A. de K. de 47 años. Yugoslava. Casada, domiciliada en Dock Sur (Avellaneda), internada primeramente en la Sala III, Cama II del Servicio de Clínica Médica del Policlínico P. Fiorito.

Antecedentes patológicos: paludismo a los 16 años. Hace 30 años aparición de una tumoración en hipocondrio izquierdo negándose a ser intervenida en esa oportunidad.

Antecedentes de la enfermedad actual: Desde hace más o menos 2 años: cefaleas, mareos, zumbido de oídos, nerviosismo, tristeza; se le diagnostica hipertensión arterial con cifras que oscilaban entre 22 y 26 para la máxima. En los últimos 6 meses y en coincidencia con disgustos familiares, estos trastornos se acentúan, agregándose, precordialgias, sensaciones parastésicas de los miembros, disnea de esfuerzo y dolor en base del hemitórax izquierdo que se irradiaban al hipocondrio y flanco del mismo lado y que únicamente se aliviaban con el reposo en cama. Tratada por menopausa, neurosis e insuficiencia cardíaca, como no mejora es internada. *En cuanto a su tumor abdominal fué interpretado durante años como un bazo palúdico y en tal sentido no se le concedió mayor importancia.*

Estado actual: Enferma afebril; decúbito activo, dorsal, indiferente; no existe cianosis ni ortopnea.

Cuello: Ingurgitación yugular de grado mediano. En el lóbulo derecho de la tiroides se observa y se palpa una tumoración del tamaño de una nuez, que se moviliza con la deglución, que está libre de adherencias a los planos superficiales y que es indolora y *renitente* al tacto (adenoma tiroideo).

Aparato cardiovascular: Pulso 85', de caracteres normales. Presión arterial: Mx.: 18 ½; M.: 9. Velocidad circulatoria (codo-lengua al Decholin): 18". *Corazón:* en sus límites. No se palpa choque de la punta. Segundo tono acentuado, preferentemente en foco aórtico. En foco mitral soplo sistólico débil, sin irradiación axilar ni al dorso (funcional?).

Aparato respiratorio: En ambas bases escasos rales mucosos medianos.

Abdomen: Discreto abovedamiento del hemiabdomen izquierdo que coincide con un franco aumento de la tensión. Profundizando la palpación se individualiza fácilmente una tumoración del tamaño de una cabeza de adulto, de forma redondeada, de gran dureza al tacto y ligeramente dolorosa a la presión; de bordes difíciles de precisar, cuyo polo superior se pierde por debajo del reborde costal izquierdo, mientras el inferior sobrepasa, hacia abajo el ombligo. No se palpan escotaduras, tiene contacto lumbar y pelotea. Se desplaza fácilmente en sentido lateral y parecería tener ligera movilidad diafragmática.

Miembros inferiores: Ligero "godet" a partir del tercio medio de ambas piernas.

Exámenes complementarios:

Fondo de ojo: papilas normales, arterias con lesiones de esclerosis incipiente; no hay exudados ni hemorragias.

Examen citológico: Ligeramente anemia. Fórmula normal (1 sólo eosinófilo).

Eritrosedimentación: Primera hora, 24 mm.; segunda hora, 46 mm.

Wassermann y Khan: negativas.

Intradermoreacción de Cassoni: negativa.

Electrocardiograma: sin particularidades dignas de mención.

Telerradiografía frontal de corazón y O.A.D. con relleno esofágico: sin área cardíaca de tamaño y formas normales.

Pulmones: Sin particularidades.

Radioscopia y radiografía de estómago: Órgano rechazado hacia adelante.

Con la presunción de tumor (en sentido general) renal o parrenal es enviada al Servicio de Urología donde se confirma clínica y urográficamente el diagnóstico de tumor renal.

En nuestro servicio se completa el estudio desde el punto de vista urológico, observándose las características que describimos a continuación.

Las orinas presentaban un aspecto normal, con análisis repetidamente negativos y el examen cistoscópico acusaba únicamente una falta de eliminación del indigo carmin del lado izquierdo.

El examen radiográfico del abdomen y urográfico complementario mostraba una gran tumoración ovoídea, francamente visible, cubierta por una capa opaca, espesa, variable de 1 a 3 mm. de espesor, que ocupaba la fosa lumbar con desplazamiento del diafragma, más arriba del estómago hacia la línea media y del ángulo esplénico hacia abajo, como se puede observar en las radiografías que exhibiremos a continuación.

El pielograma ascendente en distintas posiciones, mostraba los cálices y la pelvis dilatada, "montada" sobre el borde interno de la tumoración, desplazada hacia la línea media, conjuntamente con el uréter.

CONSIDERACIONES

Es evidente que el antecedente palúdico de esta enferma, justificó el diagnóstico y la confusión con un bazo hipertrófico, durante varios años. Pero un examen semiológico minucioso, como el realizado en el Servicio del Profesor Silvestre permitió corregir esta presunción, que demoró su curación tan largos años.

El estudio radiográfico del abdomen complementado por el urográfico practicado en nuestro Servicio definió la localización de la tumoración, al situarla en el riñón.

Surgía ahora la segunda pregunta:

¿Se trataba de un quiste hidático calcificado o de un quiste congénito calcificado?

La primera presunción diagnóstica fué desechada, sin embargo, por no provenir de un ambiente rural, por la ausencia de reacciones alérgicas, la negatividad de la reacción de Cassoni, y la circunstancia de no haber eliminado vesículas en ningún momento de su larga afección.

Fué por ello que nos inclinamos al diagnóstico de un quiste congénito calcificado.

La nefrectomía practicada el día 20 de abril hace 2 meses aproximadamente, mostró una gran tumoración líquida, inodora, ligeramente amarillenta, con algunas vesículas hijas, contenidas en una cáscara blanquecina, dura, calcárea, de 2 a 4 mm. de espesor.

El examen anatómo patológico practicado en el Servicio del Dr. Polak informó: "Quiste hidático calcificado y osificado del riñón".

RESUMEN

Se trata de un gran quiste hidático calcificado y osificado del riñón, que la enferma llevó durante 30 años sin haber producido ninguna manifestación específica, confundido durante mucho tiempo como un bazo palúdico que fué extirpado con todo éxito.