

TRAUMATISMO RENAL EN UN GRAN RIÑÓN HIDRONEFROTICO CON SCHISTOSOMUN HOEMATOBIMUM Y BALANTIDIUM COLI

Por el Dr. JUAN RAÚL LLIROD R.

El caso que presentamos creemos que es de interés general por varias razones clínicas que se puede considerar como un caso excepcional dentro de la patología urológica.

Se trata de un joven de 18 años, argentino, profesión: ayudante de carpintería.

En los antecedentes hereditarios y personales no se destaca ninguna patología de importancia hasta los 15 años que tuvo un accidente que lo relacionaremos con la enfermedad actual.

A. E. A.: Hace aproximadamente 3 años cuando el enfermo se encontraba jugando foot-ball sufrió una contusión en la zona subhepática; que en el momento, el enfermo no le dió importancia, pues se repuso rápidamente y siguió jugando, pero a la hora más o menos comenzó a tener hematurias francas acompañado de coágulos las primeras 24 horas que luego siguió con orinas del tipo de lavado de carne por espacio de una semana, en esa oportunidad fué atendido por un facultativo quien le indicó transfusión de sangre (500 c.c.) y lo mantuvo internado durante 20 días para su vigilancia médica, en esa época no se efectuó ningún otro estudio complementario. Después de este accidente el enfermo se recupera y reintegra a su trabajo de carpintería, no recordando haber tenido hematurias desde entonces hasta la fecha del nuevo accidente. Desde hace 6 meses comienza a notar una disminución en la rendición de su trabajo, pues al esfuerzo se agita con facilidad obligándolo al reposo frecuente durante su trabajo para poder reiniciar sus actividades, muchas veces ese estado de agotamiento era acompañado de dolores en la zona renal derecha, con puntadas, sin propagaciones, otras veces eran dolores subhepáticos. No había hematurias.

Hace 10 días jugando foot-ball recibe un pelotazo en la zona subhepática, dice el enfermo, que se reintegró al juego casi sin darle mayor importancia, pero a la media hora de estar jugando comenzó a sentir franco dolor tipo cólico, en la zona subhepática y flanco derecho que lo inmovilizaba, teniendo que ser llevado a su domicilio, donde pasa 3 días sin atención médica, sin hematuria, en espera de una cura espontánea; como el estado general, decaía, decidieron consultar con un facultativo, quien le indicó reposo y bolsa de hielo; al quinto día del accidente no había ninguna mejoría y comenzó a orinar ligeramente hematurica del tipo de lavado de carne sin coágulos, por otra parte no se repetían en todas las micciones, pues se aclaraba de tanto en tanto sin medicación alguna; en estas condiciones concurre a otro facultativo y quien por la vía subhepática punza la tumoración sacando 1 litro y medio de líquido hematurico y borroso, que al analizarlo se encuentra regular cantidad de *Schistosoma Hoematobium* y *Balantidium Coli*, gran cantidad de hematíes, leucocitos. Al sexto día del accidente la orina se aclaró completamente, pero el estado general se había desmejorado francamente, en estas condiciones es consultado en nuestro servicio del hospital.

Estado actual: Facie pálida, demacrada, miradas lánguidas, las mucosas pálidas, afebril, mente lúcida, en decúbito dorsal semiortopneico, posición que le alivia la respiración.

Ap. Cardiovascular: Pulso rítmico, ligeramente hipotenso, frecuencia 100 r.p.m. La presión arterial Mx. 90, Mn. 50. A la auscultación se oían ruidos patológicos.

Ap. Respiratorio: Lo más notable era la disminución de la excursión respiratoria, el aumento de frecuencia que llegaba a 28 r.p.m., la anulación funcional de la base del pulmón derecho reemplazado por una submatidez, hecho que se evidenciaba en la parte posterior y anterior donde el límite de la matidez hepática estaba a dos traveses de dedo debajo de la tetilla derecha. El resto del aparato respiratorio era clínicamente normal.

Abdomen: A la inspección se ve una gran tumoración subhepática que rebasa los límites de la cresta iliaca haciendo gran prominencia en el flanco derecho y anterior, tumoración que se abraza con las dos manos, delimitando sus bordes internos e inferior, la piel está

tensa, el ombligo en forma tensa está rechazado hacia el hipocondrio izquierdo marcando el límite interno más o menos preciso, es decir, abarcaba prácticamente todo el hemiabdomen derecho, daba la impresión de ser fluctuante. al movimiento provocado del paciente no se captaba las ondas líquidas, a la percusión: submatidez; es indolora al examen manual.

Ap. Urinario: Riñón izquierdo: clínicamente normal. Riñón derecho: por el examen abdominal describimos la tumoración anterior; puño percusión francamente positivo.

Vejiga: como el enfermo no orinaba durante varias horas se le sonda obteniendo una orina hematurica; los análisis de orina por cateterismo vesical dieron: gran cantidad de hemáties, pus, pero no se encontró parásitos. Citológico sanguíneo: 3.000.000 de glóbulos rojos, 11.500 glóbulos blancos, 82% de eosinófilos; dosage de úrea y glucosa fueron normales. Estando en el octavo día después del accidente comenzamos a medicarlo con transfusión de sangre, suero glucosado hipertónico, vitaminas, etc.; se le practicó 1.500 c.c. de sangre durante los tres días y durante el acto operatorio se le practicó suero con 25 U de A.C.T.H. previéndonos contra el shock.

Cuando el estado general mejoró se le practicó una pielografía descendente previa directa, se intentó aprovechar la radiografía directa para controlar el cateterismo ureteral derecho cosa que no fué posible pues a 2 cm. la sonda encontraba un obstáculo que impedía su avance, por lo que quedó en vejiga como puede verse en N° 1 (directa y con sonda), sólo se ve una gran masa difusa que ocupa el hemiabdomen derecho; se le inyecta pielosil 50% y se obtiene a los 10 minutos con la que puede verse exclusión del riñón derecho y función conservada del lado izquierdo, que a su vez presenta una patología pieloureteral (placa N° 2).

Se intenta nuevamente el cateterismo penetrando 2 cm. el catéter y sin retirar el cistoscopio inyectamos la sustancia de contraste pero como puede verse en la radiografía el catéter a pesar de estar en el uréter el líquido no progresa y vuelve a la vejiga.

Se decide la intervención quirúrgica. Cirujano: Dr. J. Raúl Llirod. Ayudante: Dr. C. Belloni. Anestesia: general. Estado previo de la operación, bueno.

Posición del enfermo: Incisión de Israel, se secciona piel, celular y aponeurosis superficial; al efectuar una incisión superficial de los músculos irrumpe un líquido hematurico de "borra de café"; se comienza aspirar llegando ha reunir 6 litros 300 c.c. de la misma; nuestra primera impresión fué confusa, pues creíamos que se trataba de cavidades extrarenales o tabicamientos o adherencias que formaban grandes cavernas que se comunicaban entre sí o eran independientes; pero en el aislamiento progresivo de las adherencias, pudimos aislarlo siendo el más trabajoso el polo superior que rechazaba completamente el hígado, la capa muscular y la grasa perirrenal estaban hipotróficas de igual manera el pedículo renal se presentaba como un manojito fibroso cuyos latidos arteriales apenas perceptibles nos sirvió de guía para la ligadura del pedículo con cadgut cromado N° 2, se nefrectomiza, previa inspección de la loge renal se decide el cierre por planos: fascia lumbar, plano muscular la fascia superficial y celular subcutánea y piel en un solo plano, se deja una sonda de drenaje. Posoperatorio: tuvo una evolución muy buena, al segundo día se retira el drenaje, a los ocho días los puntos, a los 15 días se le da de alta, asistiéndose para su control por consultorio externo; a los 45 días se le autoriza para reincorporarse a su trabajo.

Comentario: Se trata de un caso excepcionalmente raro tanto por su desarrollo hidronefrótico como por su parasitosis, sobre todo tratándose del schistosoma hoematobiun, que en nuestro medio es rarísimo encontrarla en el riñón, no siendo frecuente encontrarla en la vejiga, pues como sabemos es un parásito que abunda en zonas tropicales como Egipto, Africa, etc. Estos parásitos se caracterizan por la existencia de dos sexos separados y el dimorfismo marcado del macho y la hembra; el macho es más voluminoso que la hembra y tiene un canal ventral llamado canal ginecóforo, la hembra es más delgada, filiforme, con un canal ventral. los dos parásitos se adosan por sus caras ventrales durante la cópula dejando correr el esperma por el canal ginecóforo, procesos que generalmente se realizan en la vena porta y mesentérica; efectuada la cópula la hembra abandona al macho para dirigirse al parecer en sentido inverso de la corriente sanguínea hacia los pequeños vasos del plexo vesical. La vía de entrada según la experiencia de Louuss y los trabajos experimentales sobre gatos efectuados por Katsurada y Hashegawa demostraron que el miracidiun penetraba por la piel, llegando a las venas y su ulterior ubicación que por deducción se la considera que ella avanza en sentido contrario a la corriente sanguínea, pues de no ser así se la encontraría en el hígado y en el pulmón, hecho que no sucede. La vía digestiva no es apta para su entrada por la acción del ácido clorhídrico que la destruye. Aún en zonas endémicas de schistosomiasis no es frecuente encontrarla en el riñón pues la mayoría de las veces según la literatura al respecto, habitan la submucosa vesical. Debo aclarar que en Misiones es el segundo caso que se encontró schistosoma hoematobium en orina, la primera carecemos de toda documentación, se trataba de un joven que sin poderlo estudiar lo perdimos de vista.

En cuanto al Balantidiun Coli: Parásito ciliado, de forma oval, parásito habitual del cerdo, que ocupa el intestino grueso y recto suele habitar el intestino grueso del hombre, produciendo disenteria Balantidiana. Su vía de entrada es la bucal, previamente es necesario un medio alcalino y anaclorhídrico para sobrevivir a través del estómago e intestino, medio

que es más fácil encontrarlo en zonas cálidas; por otra parte el balantidium se enquista bajo la influencia de modificaciones químicas del contenido intestinal, pierde sus ciliias, llamándosele quistes de resistencia, forma en que vive fuera de su huésped asegurando su diseminación y su pasaje de un animal a otro o al hombre, pues la forma vegetativa es destruída por el jugo gástrico. El Balantidium puede invadir los vasos linfáticos y sanguíneos. Como puede haber portadores del mismo sin manifestaciones mórbidas, como el caso descrito por Paradi.

En la literatura urológica que hemos podido revisar tampoco hemos encontrado balantidiosis renal, hecho que lo consideramos excepcionalmente raro; y que en el caso como el presente se explicaría su presencia en el riñón a través del sistema linfático venoso.

La anatomía patológica efectuada por el Dr. Alfredo A. Ferraris del Instituto de anatomi-



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

mía patológica de la Universidad de Córdoba dice: "Gran riñón hidronefrótico desgarrado en dos porciones de su superficie y cuyo parénquima muy delgado presenta marcadísimas lesiones de nefritis intersticial, nefrosis e hidrogglomérulos. El uréter sólo presenta discretos fenómenos inflamatorios. La relación entre la bilharziosis y otros gérmenes es evidente al producir papilomas de pared o procesos inflamatorios que finalmente retraen la misma con la consecuente hidronefrosis". (Nº 551/1959).

Conclusión: Se trata de un caso clínico muy raro tanto desde el punto de vista de la gran modificación anatómica del riñón, como por su parasitosis de raro hallazgo en el riñón.

Es relativamente frecuente encontrarse con una hidronefrosis postraumática, pero la mayoría de las veces son hidronefrosis que abarca parcialmente el riñón, encontrándose un buen porcentaje de parénquima sano, es decir, hidronefrosis de tamaño regular; como el caso que publicáramos en el Acta médica de Córdoba; en esos casos la hidronefrosis como es parcial y existe parénquima sano la hematuria suele ser rutilante y mucho más dramática.

En cambio es rarísimo el hallazgo de una hidronefrosis gigante postraumática, y

como en nuestro caso donde prácticamente no existía parénquima sano, se explica la poca hematuria que determinó su estallido renal. A la forma de crecimiento verdaderamente se suman la schistosomiasis hoematobiun y el balantidiun coli.

El primero de raro hallazgo en nuestro medio, mucho más raro aún en el riñón. El segundo: parásito que habita el intestino grueso lo hemos encontrado dentro de la cavidad renal, hecho rarísimo que estaría a favor de su explicación de invadir el sistema linfático venoso.

En las 4 fotos se ve el riñón con sus grandes cavernas, de 23 cm. de largo.

Pero es posible, que en nuestra zona subtropical como Misiones podamos encontrar con más frecuencia parasitosis de la más rara ubicación y especie. Sólo nos falta tenerla más presente en nuestro examen clínico urológico.