

QUISTE HIDATIDICO PARARENAL

Por los Dres. R. ERCOLE Y J. CRESPO

En una comunicación anterior presentada a esta Sociedad a propósito de una observación sobre quiste dermoideo pararenal, nos referimos a los tumores pararrenales. En la misma analizamos en forma bastante amplia los aspectos más interesantes del problema, haciendo una síntesis de sus principales características etiopatogénicas, anatómopatológicas y diagnósticas. Recalcamos también la importancia que estos tumores tienen en Urología por su gravitación sobre la patología del árbol urinario superior y por su posible confusión con afecciones del riñón y del uréter. Por último, precisamos lo más claramente posible el concepto de limitación que debe tener el término de tumor pararenal, referido a tumores que se originan en la cápsula renal o en su envoltura adiposa adquiriendo relaciones íntimas de vecindad con el órgano, pero sin invadirlo. El caso de quiste hidatídico pararenal que presentamos justifica esta breve comunicación por su rareza como aporte de casuística.

J. L. de T., argentina, casada, 29 años. Ingres a nuestro servicio del Hospital Freyre el 10/7/45.

Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: a los 23 años, operada en Mar del Plata del riñón derecho con diagnóstico de quiste hidatídico renal. Posoperatorio largo, complicado por infección de la herida que curó bien a los 6 meses.

Enfermedad actual: desde hace un año y medio nota tumoración indolora en el hipocondrio derecho y región lumbar que aumenta paulatinamente de tamaño por cuyo motivo nos consulta.

Estado actual: sin particularidades. P. A.: Mx. 130, Mm. 90.

Hígado y bazo no se palpan. En hipocondrio derecho se palpa una gruesa tumoración redondeada, del tamaño de una cabeza de feto, de superficie lisa y que se separa bien del reborde costal, a gran eje anteroposterior. Tiene peloteo, contacto lumbar y excursión franca con los movimientos respiratorios. Riñón izquierdo no se palpa. No hay puntos ureterales dolorosos. Examen ginecológico negativo. Radiografía de tórax: negativa. Radiografía directa del aparato urinario: no hay imágenes litiásicas. Urograma por excreción: lado izquierdo, normal; lado derecho, discreta dilatación de cavidades y dislocación de las mismas hacia arriba; pelvis comprimida transversalmente; desviación del uréter hacia afuera. Se dibuja el contorno renal y por debajo del mismo y al parecer independiente, una sombra del diámetro de unos 15 cm., que corresponde a la tumoración palpable.

Exámenes de laboratorio: Orina, D. 1.020. Alb.: vestigio. Glucosa: no contiene. Sedimento: escasos picositos y células epiteliales planas; escasos colibacilos. Uremia: 0,38 por ciento. Eritro 1^ª H. 10, 2^ª H. 24. Eosinofilia 8%. Reacción de Cassoni: positiva. Coagulación y sangría normales.

Operación: 12/7/45. Anestesia con penthotal sódico.

Incisión sobre la cicatriz operatoria. Se individualiza bastante bien conservado el primer plano (oblicuo mayor y dorsal ancho); en cambio los planos más profundos han desaparecido. Lumbotomía anatómica. Llegado a la tumoración quística, se la libera parcialmente y previa inyección de 30 centímetros cúbicos de formol al 20 por ciento se la punza con el trócar del aspirador y se la evacúa. Hay un líquido claro cristal de roca.

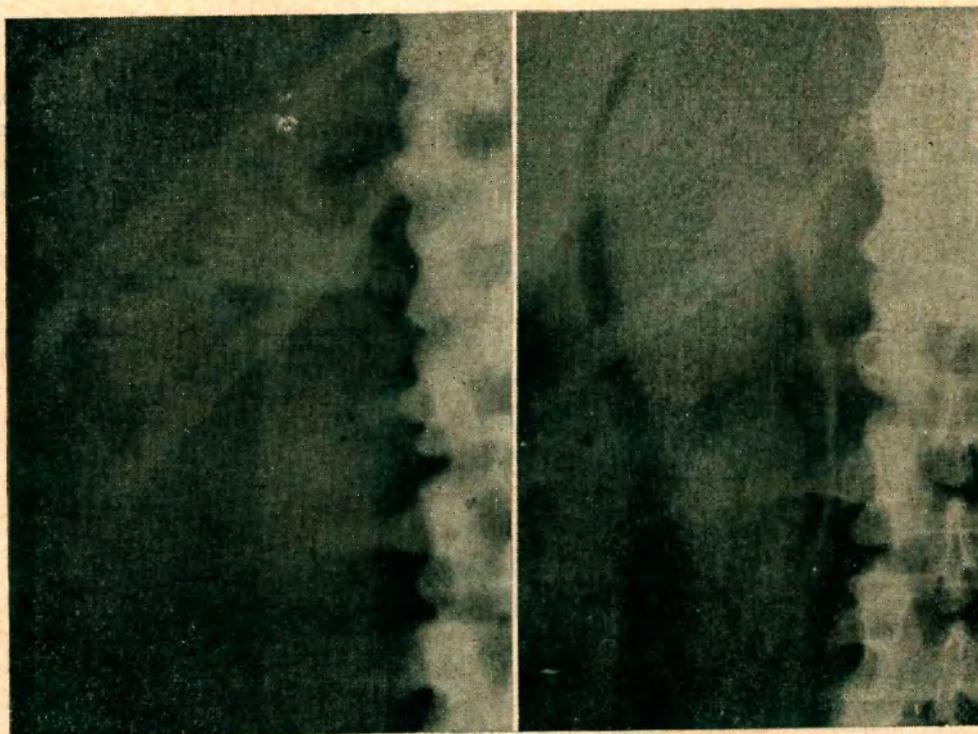
Se reseca totalmente la membrana prolígera del quiste. Por encima del mismo se palpa el riñón que no se ve. Una gasa y un tubo de drenaje. Dos puntos de aproximación al oblicuo mayor con el dorsal ancho. Lino a la piel.

Diagnóstico: Quiste hidatídico pararenal.

Operación: Extirpación del quiste.

Posoperatorio: Normal. Se retira el tubo a los 10 días. Es dada de alta y debe seguir controlándose en consultorio externo.

12/12/59. Concorre al C. E. del Servicio de Urología de la Cátedra. Refiere la enferma que desde la fecha de su operación hace 14 años no ha vuelto a tener ninguna molestia que pueda hacer suponer la existencia de otro quiste. Se practica un urograma por excreción que muestra un pielograma con aspecto normal en ambos lados. El riñón derecho en buena posición y con funcionamiento semejante al del lado opuesto.



Urograma por excreción: del lado derecho se observa el pielograma deformado y el polo inferior del riñón desviado hacia afuera. La sombra quística por debajo del riñón.

Urograma por excreción: realizado catorce años después de la operación, del lado derecho pielograma normal. Riñón de tamaño, forma y posición normales.

Es interesante consignar que la localización del equinococo en el riñón debe considerarse como bastante rara (1 1/2 % a 3 % de la enfermedad hidática en general). También es digno de tener en cuenta el hecho de que el quiste hidatídico de riñón es casi siempre primitivo y unilateral. Los bilaterales son poco frecuentes y los quistes hidáticos renales secundarios, generalmente debidos a procesos peritoneales o embólicos, muy raros. Por consiguiente los quistes hidáticos pararenales debe ser verdaderamente de excepción.

Hasta 1922 se han descripto en nuestro país 4 casos de quistes hidáticos pararenales, sobre 1.302 casos de hidatidosis, según la estadística de Herrera Vegas y Cranwell. Según Castex y Greenway hasta 1936, sobre 3.096 enfermos

operados se encontró un quiste pararenal. Spurr hasta 1937 registra 7 casos. Lamentablemente no contamos con la documentación de estos enfermos como para poder hacer una revisión crítica de los mismos.

Debe aceptarse, en el caso de los quistes de riñón, que el mismo está formado por la membrana madre y su contenido. La adventicia o periquística es la porción vecina del parénquima renal muy inflamada y fibrosa que lo rodea y que forma cuerpo con el resto del riñón, es decir que la periquística es el continente y el quiste el contenido. Cualquiera sea su tamaño o el grado de evolución es siempre intrarenal, intraglandular e intracapsular. Estos últimos conceptos tienen gran importancia y nos permiten comprender y distinguir el quiste hidático renal de los quistes hidatídicos pararenales, pues estos últimos nunca están recubiertos por parénquima renal ni por la cápsula propia del riñón. Además nunca invaden este órgano; pueden comprimirlo, traccionarlo, desplazarlo, etc., pero no invadirlo. En realidad los quistes pararenales son secundarios a un quiste vecino, el caso más frecuente de riñón, que siembra la atmósfera perirrenal ya sea por su rotura espontánea o, como sucede habitualmente, consecutivamente a una intervención quirúrgica sobre el quiste primitivo. Lo que se ve más frecuentemente es la presencia de un quiste secundario que se origina y desarrolla en la grasa perirrenal con posterioridad a una intervención quirúrgica sobre quiste renal, como probablemente ha sucedido en nuestro caso.

Para algunos autores, y en esto estamos de acuerdo, resulta discutible el término de quiste pararenal primitivo, por cuanto en las compulsas bibliográficas los casos citados son siempre secundarios a operaciones por hidatidosis renal. Es lógico pensar que si bien teóricamente puede existir una siembra hematógena directamente en la atmósfera perirrenal, esta posibilidad en la práctica es remota, tal como sucede también en las supuraciones perirrenales, secundarias siempre a procesos de vecindad en particular del riñón.

En lo que se refiere a la sintomatología de estos quistes, podemos repetir en términos generales los conceptos ya expresados en nuestro trabajo anterior, salvo claro está algunas diferencias condicionadas por la especificidad de esta afección.

En la mayoría de los casos, lo primero que llama la atención de los enfermos o del médico que realiza algún examen rutinario es la existencia de una tumoración abdominal, con los caracteres de los tumores retroperitoneales. Cabe señalar que el examen semiológico a veces muestra en estos quistes algunos detalles que pueden permitir la sospecha de los mismos. Casi siempre son tumores indoloros, espontáneamente y a la palpación, redondeados, regulares y renitentes; muy raramente fluctuantes. Suelen ser poco móviles porque adhieren precozmente a los tejidos vecinos. Tienen contacto lumbar y peloteo. En nuestra enferma la tumoración era móvil y se apreciaban muy bien estos últimos signos.

El estado general del enfermo se mantiene inalterable durante mucho tiempo sobre todo si no hay complicaciones infecciosas del quiste. La urticaria, cuando se presenta, constituye siempre una manifestación de anafilaxia hidatídica. Este hecho muy frecuente en la hidatidosis hepática es por el contrario muy raro en la renal.

El estudio radiológico es indudablemente el que puede orientarnos mejor en el diagnóstico y localización de estos quistes. No es nuestro propósito repetir los conceptos ya establecidos sobre la gran influencia y gravitación de estos tumores sobre el aparato digestivo y urinario, los que prácticamente están

comprometidos por las presiones, desplazamientos, torsiones, rotaciones, etc., que dichos tumores le imprimen. En este sentido los quistes hidáticos pararenales se comportan como cualquier tumor pararenal cuyo diagnóstico se hace muchas veces por signos indirectos de alteraciones radiográficas, digestivas o urinarias. En nuestro caso, se hizo solamente el estudio radiológico del aparato urinario que, además de los antecedentes de la enferma, resultó suficiente por cuanto demostró un tumor pararenal que empujaba el riñón hacia arriba y acodaba y desplazaba el uréter. Algunas veces la radiografía podrá mostrarnos más o menos nítidamente la tumoración independiente del riñón y otras veces imágenes de calcificación, pero desde luego y como es lógico, faltarán los signos radiológicos que Surraco describe como típicos de los quistes renales (signo de la copa, del racimo y del creciente) así como la hidatiduria en los abiertos. En cuanto a los signos del laboratorio debe recordarse que la eosinofilia fluctúa en los quistes renales entre el 3% y el 10%. Se acepta que no constituya en general un signo de valor diagnóstico específico porque también se presenta en el cáncer de riñón, y además tampoco certifica en forma absoluta la hidatidosis porque puede estar ausente en los quistes muertos, calcificados o supurados. Su desaparición puede ser un índice de curación y su reaparición después de un cierto tiempo puede señalar la formación de un nuevo quiste en el mismo órgano, o en otro, o en la vecindad. En nuestro caso recibimos la enferma ya con su quiste pararenal. Ignoramos por lo tanto si existía una eosinofilia anterior a su intervención primitiva y si la misma desapareció en algún momento hasta que la examinamos nosotros.

Todos los autores están de acuerdo en el valor de la reacción de Cassoni cuando es intensa y precoz. Puede manifestarse en forma débil y tardía en neoplasias del riñón y del pulmón y puede ser negativa en los quistes supurados y en la caquexia hidática. Nuestra paciente tenía una Cassoni positiva que se ha negativizado después de la operación hasta la fecha.

En lo que se refiere a la evolución y pronóstico, si bien no existe en este sentido una experiencia suficiente para sacar conclusiones, debemos pensar que es comparable a la hidatidosis en general pero con mayor benignidad para esta localización, ya que no está comprometido inicialmente un parénquima noble. Así sucedió en la observación que presentamos en la cual, a pesar de su gran tamaño, el quiste era completamente asintomático y no comprometía ni anatómica ni funcionalmente al riñón.

El tratamiento debe ser esencialmente quirúrgico. La operación, lógicamente conservadora por las razones antedichas, debe ser lo más precoz posible. Así como en los quistes renales se aconseja cuando se puede, las intervenciones conservadoras puesto que estos quistes son durante mucho tiempo polares y cerrados, en los quistes pararenales con mayor razón debe efectuarse la extirpación total de los mismos con conservación del riñón. Como generalmente tienen adherencias precoces con los planos vecinos a veces su liberación o enucleación pueden ser dificultosas. En esta enferma felizmente tuvimos un buen plano de decolamiento, que por otra parte estaba de acuerdo con la movilidad que presentaba la tumoración en las maniobras semiológicas, lo que hizo posible su fácil extirpación. En los casos en los cuales no fuera posible la extirpación radical del quiste queda el recurso de realizar su marsúpialización. Deseamos insistir en el concepto de que en las intervenciones quirúrgicas por quiste hidático del riñón es necesario exagerar al máximo todos los cuidados y detalles técnicos, para evitar siembras secundarias que condicionen la ulterior formación de quistes pararenales.