

CONSIDERACIONES SOBRE LA TOPOGRAFIA DEL QUISTE HIDATICO DEL RIÑON

Consecuencias operatorias

Por el Dr. **LUIS A. SURRACO**

Profesor de Clínica Urinaria de la Facultad de Medicina

Con la colaboración anátomopatológica

Del Dr. **PEDRO LARGHERO IBARZ**

Profesor Agregado de Anatomía Patológica

(Continuación)

Relaciones con la cápsula propia renal

La cápsula renal como envoltura total del órgano, protege la logia renal de los procesos tumorales o supurados que se desarrollan debajo de ella.

Constituida por varias hojas, fibrosa la superficial, con fibras musculares lisas y elásticas la profunda, encerrando en sus capas vasos sanguíneos y linfáticos y terminaciones simpáticas del plexo renal, ella es extensible.

Normalmente adhiere por finos tractos conjuntivos al parénquima, de donde es fácil separarla; no obstante, su hoja interna presenta a veces resistencia a la separación, sobre todo al nivel de las cisuras, siendo necesario cortarla sobre ellas, dejando aislado así un pequeño colgajo, separado de la hoja externa.

Su extensibilidad es limitada cuando se trata de ejercer tracción directa; no obstante, si se deja distender fácilmente en los aumentos de tamaños bruscos, por lo contrario, en las distensiones lentas, tales como las producidas por tumefacciones renales neoplásicas, líquidas y quísticas, y por colecciones infracapsulares, puede llegar a diámetros considerables.

Tratándose de quistes renales de desarrollo excéntrico lento, la distensión paulatina de la cápsula acompaña en todo momento el aumento de la tumefacción y al final del desarrollo, aun cuando se tratare de los más grandes quistes, lo envuelve por toda su periferia, realizando la función de membrana limitante.

Protegido por ella, las relaciones del quiste hidático con la logia renal serán de contigüidad y los procesos periquísticos desarrollados engloban la tumefacción, pero permaneciendo siempre separados de ella por esa cápsula (Láminas 1 y 2).

Cuando la tumefacción en su desarrollo exagerado toma contacto con las serosas o vísceras — colon, duodeno e hígado, del lado derecho, y colon, páncreas, bazo, del lado izquierdo, — la relación de contigüidad se establece en los mismos términos, existiendo entre las vísceras y la tumefacción una perinefritis esclerosa y una cápsula que marca la separación.

La prueba de estas afirmaciones la encontraremos en tres órdenes de hechos:

1º La constatación histológica de la existencia sobre la periquística de un tejido con la doble constitución fibrosa y muscular.

2º La constatación de la continuidad de esa envoltura con la cápsula renal al nivel donde el quiste parecería objetivamente separado del riñón.

3º La posibilidad y seguridad de realizar operatoriamente un decolamiento capsular total y fácil que englobe al mismo tiempo riñón y quiste.

La primera consideración ya ha sido tratada al hablar de las relaciones del quiste con el parénquima renal.

La segunda consideración puede ser fácilmente demostrada: hemos dicho que la prueba deberá ser dada mostrando la continuidad al nivel del lugar donde objetivamente el quiste parecería emerger del riñón, y en esas zonas que se señalarían por la consistencia y el color blanco-grisáceo de la tumefacción, todo está cubierto por la envoltura capsular. Además, y por eso hemos insistido sobre el límite objetivo, queriendo señalar que esa zona de limitación exterior entre quiste y riñón no existe. Como lo hemos demostrado al hablar de relaciones con el parénquima, el quiste permanece en todo momento recubierto por una capa de tejido renal, y por lo tanto, siendo una afección intravisceral, es en todo momento infracapsular.

La tercera consideración es obvia y nos lleva a fundamentales cuestiones, ricas en consecuencias de pronósticos y en resultados operatorios.

Partiendo del riñón se podrá encontrar un plano de clivaje capsular y prolongado sin interrupción sobre la tumefacción, quedando al final exteriorizados e independizados como órganos infracapsulares.

Esa decorticación es más o menos fácil según el espesor del parénquima renal que está en contacto con la periquística; a medida que nos alejamos del centro renal, la periquística está más distendida y recubierta por capas más delgadas de parénquima, y, por eso, es en las partes más extremas, allí donde la envoltura renal es más tenue, que el despegamiento capsular será más difícil.

La existencia de la cápsula propia recubriendo la tumefacción ofrece criterio para distinguir el quiste renal del supuesto quiste pararenal de origen lumbar, y lo mismo podríamos aducir sobre el quiste que por intermedio de un pedículo toma contacto con la superficie renal y parecería haber llegado secundariamente al contacto de la viscera.

Elemento de certidumbre, indica el origen del quiste y la razón de su progresión: su reconocimiento indica la vía de intervención y a su clivaje está ligado un factor fundamental del pronóstico.

Relaciones con el bacinete

Las relaciones de la periquística con el bacinete son de simple contigüidad: nunca el quiste se abre directamente en esa cavidad.

Que se trate de sus relaciones con el bacinete intra o extrasinusal, siempre se observa igual independencia, y la manera cómo el quiste hace irrupción en el hilio renal al nivel de las columnas de Bertin, y su recubrimiento inmediato, por lo que a ese nivel representa la cápsula, hace que por intermedio de ella se oponga a la pared del bacinete cabalgando y deslizándose sobre ella y quedando separada por una capa de tejido celular que arrastra el quiste en su locomoción: a lo más se observará la existencia de una periquistitis hiliar que contribuye a hacer más estrechas esas relaciones; pero que, en último término, como se solidariza con la envoltura capsular del quiste, permitirá quedar aislado del bacinete, siguiendo la vía infracapsular.

Esas mismas relaciones son las que guarda con los vasos del hilio; contacto mediato por intermedio de la cápsula propia del quiste y por la periquistitis sinusal.

Sabemos que la cápsula propia renal, después de recubrir sus caras, se insinúa en el hilio y recubre todo lo que queda libre fuera de donde se insertan los cálices, es decir, que recubre ampliamente las salientes de Bertin; por lo tanto, al hacer el quiste por ese punto irrupción en el seno, queda cubierto por la cápsula y por intermedio de ella apoya sobre las paredes sinusales de los cálices y del bacinete.

No existen, en nuestra opinión, casos de apertura del quiste en el bacinete, y los ejemplos citados deben responder a artificios de preparación o errores de interpretación.

Que la reacción periquística se extienda al bacinete, es un hecho derivado del proceso de periquistitis, que abarca todo el seno, y a ello son debidas las traslaciones y deformaciones bizarras que muestra el seno a la luz del pielograma.

Pero, volvemos a repetirlo, no hay contacto directo entre el quiste y el bacinete, y por eso, como podrá verse a la pielografía y al examen de piezas anatómicas, no hay nunca relación entre el volumen del quiste y el tamaño de la cavidad piélica; en general, se trata de bacinetes chicos, aun cuando se esté en presencia de grandes quistes, y la oscilación de volumen y tensión tumoral no van acompañadas de variaciones paralelas del bacinete, cosa que sucedería si la comunicación entre ambos fuera directa y amplia.

Relaciones con el uréter

Las relaciones de la periquística con el uréter son semejantes a las que tiene con el bacinete.

Por intermedio de la membrana envolvente, la cápsula propia renal, el quiste se aplica sobre el canal, tomando relaciones de contigüidad, desplazando, incurvando, arrollándolo a veces sobre la tumefacción, obstaculizando de esa manera el curso uretral con lo que repercute sobre el bacinete en la forma ya indicada.

Las mismas relaciones de adherencias por la periquistitis que hemos señalado a propósito del bacinete, se realizan con respecto a este canal y por ellas se solidariza en sus últimas porciones con la cápsula propia que la separa en todo momento de la tumefacción renal.

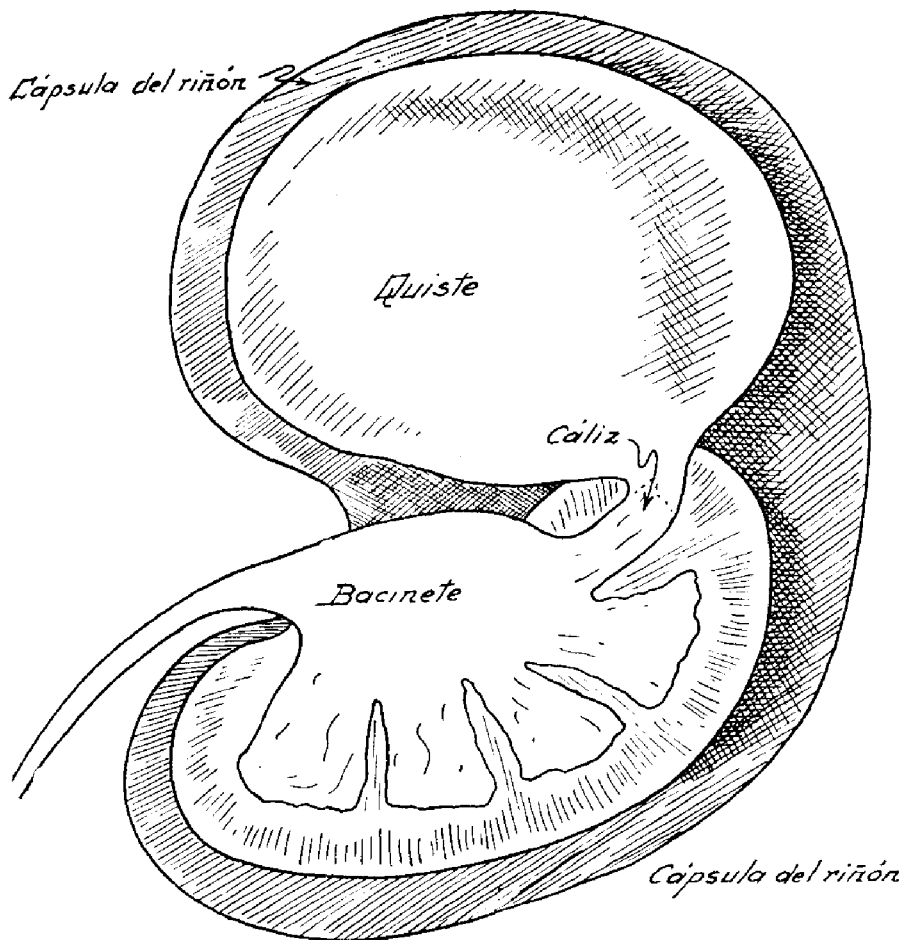
Debido a ello, el uréter, como el bacinete, no aparecen nunca perforados, y cuando se realiza la intervención de decapsulación, es necesario abrir el colgajo para descubrirlo, procediendo exactamente como en toda intervención infracapsular, donde es necesario abrir la envoltura para aislar uréter y pedículo.

Pronóstico:

El quiste hidático renal es afección grave, desde dos puntos de vista: primero para el órgano que la encierra y segundo para el portador de la afección.

ESQUEMA N.º 8

Concepto clásico de las relaciones del quiste con el riñón.



Relaciones del quiste con la cápsula propia del riñón.

La periquística, que no está recubierta ni por parenquima renal ni por la cápsula propia, toma contacto directo con los planos de la logia.

Es grave para el órgano, porque en su evolución, el quiste está destinado a limitar su función al principio, y más tarde a su destrucción total, con pérdida de su exponente secretorio.

Es grave para el portador, por sus reacciones de anafilaxia durante largo tiempo de su evolución, por su infección después, y en todos los momentos por las alteraciones mecánicas que por su

locomoción realiza sobre las vísceras y cavidades con las cuales está en contacto.

El concepto de benignidad citado por Nicaise y reproducido por los tratadistas, surge de la falta de exámenes funcionales y de exámenes pielográficos, que demostrarán en la evolución sucesiva: la limitación de la corticalidad renal y el poco valor de las superficies conservadas en la progresión del quiste y alteradas por procesos de nefritis intersticial o degeneraciones amiloidea o hialina.

El hecho de que la evolución del quiste sea larga y el hecho de que durante muchos años no repercuta sobre el estado general, son argumentos que a lo más podrían apoyar la tesis de **benignidad relativa**, puesto que el verdadero concepto de pronóstico, vital u orgánico, debe estar basado en todo momento en lo que representa el órgano como valor funcional.

Ya hemos dicho que como afección polar, y, por lo tanto, local, durante mucho tiempo deja funcionar el polo contrario, pero sin llegar al período en que por la progresión del quiste dentro del órgano, éste aparece clivado en dos valvas y dislocados y atrofiados los elementos nobles; sin llegar a este estado, repito, desde el momento en que el quiste se abre en las cavidades piélicas y se vacía en ellas intermitentemente, la funcionalidad total renal aparece comprometida. Antes de la supuración, que casi siempre se presenta, y con mayor razón después de ella, el poder de concentración de la célula renal aparece profundamente alterado y se encontrarán en los datos de la separación ureteral, poliuria, pérdida de coloración, caída del valor urecio, la prueba de ese sufrimiento.

Mientras el quiste está abierto, ese déficit persistirá; con los progresos de la supuración o el cierre intermitente por pasaje de vesículas o grumos, su insuficiencia no hace sino acentuarse.

Las mejorías citadas de la función renal después de vaciamiento operatorio o espontáneo del quiste en las vías urinarias no llegan sino a un valor relativo, siempre inferior al riñón contrario, aún en

casos de quistes polares, y en general se puede observar un síndrome de déficit funcional, caracterizado por dos términos:

- 1º Poliuria clara o turbia.
- 2º Caída de la concentración ureica.

Tratamiento:

El tratamiento debería imponer, como en la mayor parte de las afecciones renales, el principio de la cirugía conservadora, pero tratándose de quiste hidático deberá apoyarse, para su realización, en el examen de dos consideraciones fundamentales:

1º Lo que representa desde el doble punto de vista vital y orgánico, la evolución de un quiste hidático intrarrenal.

2º Lo que significa el quiste hidático intrarrenal en la topografía del órgano y de la logia lumbar.

Sobre la primera cuestión no insistiremos mayormente en este trabajo, y al pasar por el capítulo del pronóstico hemos hecho a ese respecto alguna consideración.

El segundo aspecto está condicionado por dos premisas fundamentales, sobre las cuales ya hemos hablado:

1º Que el quiste renal, cualquiera fuere su volumen, está siempre en relación con los elementos de la arquitectura renal, *al punto que pudiera decirse que el quiste renal realiza, histológicamente, el concepto de la afección intrarrenal.*

2º *Que el quiste renal, cualquiera fuese su evolución y su volumen, está, como consecuencia de sus relaciones con el parénquima en íntima relación con la cápsula propia del riñón, y, por lo tanto, realiza histológica y clínicamente el concepto de afección infracapsular.*

3º *Que como consecuencia de esto último, las relaciones que se establecen entre el quiste con las vísceras y planos de la región*

lumbar, responden a un proceso inflamatorio periquístico, que no es en rigor sino un vulgar proceso de perinefritis, y que tiene, como los procesos similares, el carácter de estar separado del riñón y del quiste por la cápsula propia; es decir, que ese proceso de periquistitis o de perinefritis es siempre extracapsular. (Esquemas 8, 9 y 10).

La primera consideración la hemos desarrollado ampliamente en el capítulo sobre relación con el parénquima, y partiendo de su origen intrarrenal, el quiste aparece como tumefacción desarrollada en pleno órgano, clivándolo en dos valvas, distendiéndose para dar lugar a enormes bolsas, que apareciendo como extrarrenales, están sin embargo, en todos los casos recubiertas por una capa de elementos nobles del parénquima (glomérulos, tubos, vasos), lo que afirma su significación definitiva como órgano intrarrenal.

Cuando se tiene la oportunidad de observar una de esas enormes bolsas quísticas, y que han sido marsupializadas para ser posteriormente extirpadas por nefrectomía, se puede constatar cómo se ha reducido rápidamente, en pocos días, a una pequeña cavidad, sobre cuya pared es entonces más fácil constatar las relaciones renales que acabamos de indicar.

La segunda consideración, que ha sido también ampliamente desarrollada, a propósito de las relaciones capsulares, nos obliga a considerar el quiste como tumefacción infracapsular y, por lo tanto, susceptible de aprovechar esta vía de abordaje.

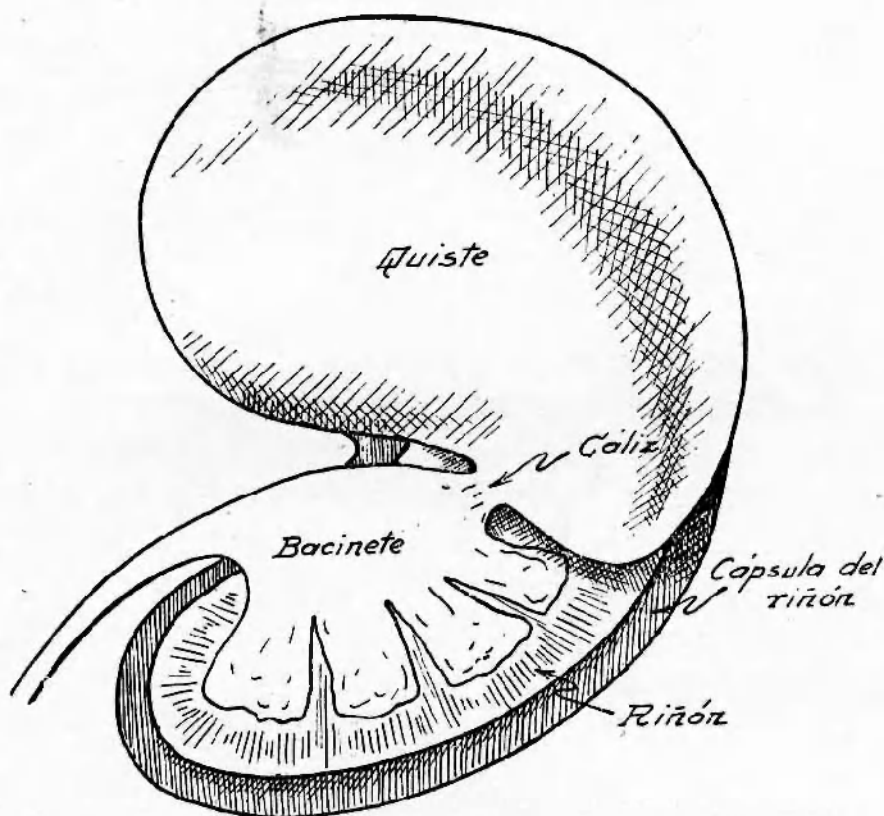
La tercera consideración, que explica el origen y asiento de los procesos que fijan el quiste y el riñón, nos explican por su solidaridad con la cápsula, la necesidad de concebir el problema quístico en su gruesa topografía regional, en tres términos:

1º Lo que es extracapsular y solidario con ella en un block de adherencias comunes: peritoneo, diafragma, aponeurosis lumbares.

2º Lo que es infracapsular (riñón y quiste) y está perfectamente separado de todo lo anterior.

ESQUEMA N.º 9

Concepto intermedio que puede encontrarse en la práctica para las zonas extremas de la periquística.



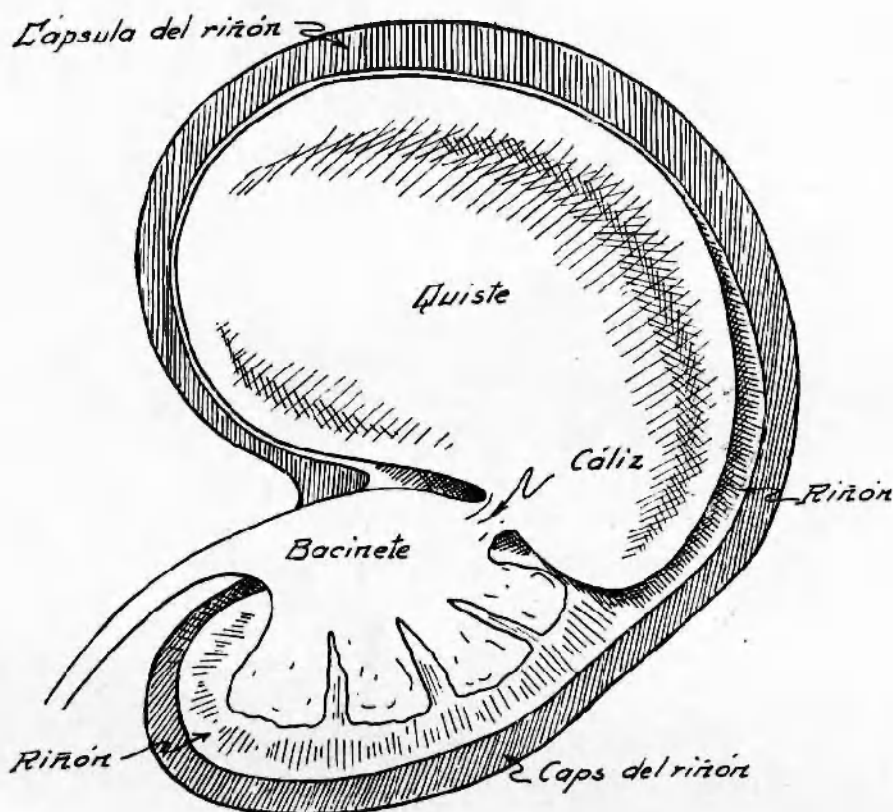
Debido a la desaparición de los elementos renales, la periquística aparenta estar recubierta solamente por la cápsula propia, teniendo contacto indirecto con los planos de la logia.

3º Una zona de separación entre ambas (zona capsular renal), que permitirá en todo momento realizar con tranquilidad una extirpación infracapsular.

La operación de quistectomía aparece así como un acto de nefrectomía, realizado por vía infracapsular, evitando así las gruesas adherencias a las regiones vecinas (peritoneo, colon, diafragma y pleura), verdaderos fantasmas de la intervención por quiste hidático, que *hicieron decir a Nicaise, y luego repetir universalmente, que las*

ESQUEMA N.º 10

Nuestro concepto sobre las relaciones del quiste y el riñón.



La periquística, recubierta por una zona delgadísima de parenquima renal y por la cápsula propia, tiene contacto indirecto con los planos de la logia.

adherencias a las visceras son tan grandes, que hacen la intervención de quistectomía peligrosa y en muchos casos es preferible abstenerse.

Es que en el concepto clásico, el quiste es considerado como algo extrarrenal y extracapsular, teniendo su periquística relaciones directas con los planos vecinos, que transforma una quistectomía por esa vía en una intervención aleatoria.

Por eso, aún frente a casos de grandes destrucciones renales, y debido a la intensidad de esas adherencias, se limita a realizar la marsupialización, o a la llamada erróneamente parcial resección

del quiste, y que en realidad es una parcial nefrectomía sobre la parte más accesible de la tumefacción.

La intervención realizada de acuerdo con nuestra concepción, tiene el triple aspecto de ser: 1º, posible; 2º, fácil; 3º, benigna.

Es posible, puesto que la vía infracapsular está generalmente más o menos conservada.

Es fácil, porque la enucleación se hace en un plano de clivaje natural.

Es benigno, puesto que se evita el peligro de apertura de serosas o vísceras.

Modo de realización

La realización de la intervención comprende cinco tiempos:

- 1º Abordaje de la región renal.
- 2º Decapsulación del riñón.
- 3º Decapsulación del quiste.
- 4º Abordaje del pedículo renal.

Abordaje de la logia renal

Corresponde al concepto general que aplicamos a todas las intervenciones por afección renal y que se expresa en dos términos:

- 1º Abordaje de la región lumbar exclusivamente.
- 2º Abordaje por clivado de los planos musculares, evitando en absoluto la sección de los músculos oblicuos.

Ambas consideraciones, que pueden aplicarse con carácter general a todas las tumefacciones de la región renal, son de aplicación particular tratándose de quiste hidático.

El abordaje en todos los casos por la región lumbar y por disociación, de acuerdo con nuestro procedimiento operatorio, tiene dos

ventajas indiscutibles, que hacen preferirlo en la intervención: la amplia exposición del campo operatorio y la tranquilidad frente a la mínima posibilidad de shock, esfacelo y supuración de la herida, y la seguridad de integridad de la pared una vez realizado el cierre.

Todo procedimiento operatorio debe tender a cuatro fines:

1º Dar amplio campo de trabajo.

2º Evitar en lo posible la consecuencia inmediata (shock operatorio).

3º Evitar en lo posible consecuencias secundarias: infección (esfacelo, supuración).

4º Evitar en lo posible consecuencias terciarias: debilidad de la pared y eventración.

El procedimiento indicado por nosotros responde integralmente a esos postulados, y, por lo tanto, tratándose de quiste hidático, que debe ser considerado como cualquier tumefacción renal, no nos parece que deben *ser consideradas*, ni las incisiones anteriores, laterales o transversales, ni las ampliaciones laterales unidas a la vía lumbar, y mucho menos las aberturas peritoneales y los decolamientos paracólicos, como realizan decididamente algunos cirujanos.

Consideramos que el abordaje de la fosa lumbar, por incisión posterior, por disociación y sin secciones musculares, es en el terreno técnico lo razonable y en el terreno práctico lo suficiente.

Decapsulación del riñón y del quiste

El riñón está rodeado, como hemos indicado al hablar de sus relaciones con la logia renal, de un cuadro de perinefritis que lo solidariza fuertemente a su logia. El proceso de periquistitis de que se habla, debe ser considerado, de acuerdo con las nociones que hemos sentado, como una alteración semejante a la anterior, y por lo tanto, cuando se habla de perinefritis y de periquistitis, sólo quiere referirse a un único proceso de perinefritis que traduce el mismo ele-

mento patogénico: la inflamación; y de un mismo proceso topográfico, localizado fuera del órgano y estableciendo relación por intermedio de la cápsula propia con los planos musculares y serosas que limitan la logia lumbar: proceso de adherencias situado fuera de la cápsula propia tan grandes y tan fuertes e importantes, que constituyen el principal escollo a la nefrectomía por quiste hidático, al punto de hacer considerar esa operación como muy chocante, muy peligrosa, y a veces tan imposible de conducir, *que hace decir, en un trabajo reciente, a S. Courniot, de la Escuela de Argelia — repitiendo una afirmación conocida, — que la nefrectomía por quiste hidático debe desaparecer frente a intervenciones menos graves y acompañadas de menos alta mortalidad.*

Son indiscutibles las enormes dificultades operatorias de la nefrectomía y quistectomía, siguiendo el plano muchas veces indestructible de perinefritis hidática, tan difíciles de vencer y tan peligrosas por las adherencias viscerales, que en nuestras primeras intervenciones proseguimos, como lo hacen actualmente muchos cirujanos (Oulie), y de propósito deliberado, la apertura del peritoneo laterocólico, para realizar con más tranquilidad la decorticación de la periquística.

Debido a esas fundamentales dificultades y de acuerdo con el concepto patogénico y topográfico señalado, en nuestras últimas intervenciones hemos seguido la vía infracapsular, pudiendo sentar las siguientes afirmaciones:

- 1ª Es la vía lógica de decorticación.
- 2ª Es en general vía de fácil realización.
- 3ª Es la menos traumatizante y peligrosa de las vías a seguir.

Es vía lógica de decorticación

La periquística es en toda la extensión intrarrenal y, por lo tanto, sus relaciones capsulares son las del riñón mismo; es decir, que siempre será infracapsular.

La cápsula renal pasa suavemente de la porción renal libre al polo que encierra el quiste, recubriéndolo completamente y permitiendo, si se sigue el plano de separación, exteriorizar en un *block*, *riñón y quiste*, confundidos en una única tumefacción.

Procederemos para realizar, partiendo del polo conservado renal, donde el plano infracapsular será más fácil de descubrir, y de allí nos extenderemos a la porción que encierra el quiste, lo que será siempre posible conservando fuertemente el contacto con la tumefacción.

Es, en general, vía de fácil realización

Será, como sobre la superficie del riñón no alterado, fácilmente realizable y tendrá la maniobra todas sus modalidades; encontrará cápsulas más gruesas sobre la cara posterior y la decapsulación será más fácil a ese nivel; y será más difícil sobre la cara anterior, interrumpiéndose al nivel del borde del seno renal, debido a que en general el quiste hace irrupción en él sobre su bóveda, al nivel de las salientes de Bertin.

Y que se tratare de un quiste ya marsupializado, en cuyo caso aparecerá como un pequeño muñón agregado al riñón, o que se tratare del quiste aún cerrado en gran bolsa fuertemente tensa, la decapsulación se hará en general con facilidad, quedando al final de la maniobra, por un lado exteriorizado el riñón con su quiste y en la profundidad la cápsula propia apoyándose, por intermedio de la perinefritis, sobre las zonas peligrosas: diafragma y pleura arriba, peritoneo y colon adelante.

Y decimos generalmente, para puntualizar excepciones, que representan períodos de evolución especial de la periquística o transformaciones producidas por complicaciones, y sobre las cuales hemos insistido al hablar del aspecto anátomopatológico.

Decíamos, entonces, que debido:

- a) a grandes espesamientos fibrosos;
- b) a procesos inflamatorios;

c) a degeneración calcárea;

d) a crecimiento vesicular parietal-exógeno, en todas esas circunstancias, la relación es posible directamente entre la periquística y el tejido celular de la logia renal, y por lo tanto, en esos lugares se encuentra bloqueada.

Así, en las degeneraciones calcáreas, la periquística puede resquebrajarse, haciendo lo mismo la cápsula de envoltura. En aumentos bruscos de tensión quística por cierre transitorio de su comunicación con las cavidades piélicas (nosotros hemos observado un caso en accidente de pielografía), en quistes cerrados y supurados, posiblemente por desarrollo de gases en la cavidad, igual fenómeno puede presentarse. Pero debe observarse que en general, y para todas esas circunstancias, el lugar preferente para la producción de esas complicaciones se encuentra sobre los puntos extremos de la envoltura quística, lo más alejado del centro renal; allí puede encontrarse adherencias directas a los planos de la logia como resultado de la destrucción de la envoltura capsular; pero en general, el obstáculo al despegamiento es limitado, pudiendo, frente al temor de grandes adherencias, seccionar y dejar adherido a la logia lumbar un segmento de la periquística, haciendo la fácil extirpación infracapsular de toda la parte restante.

Es la menos traumatizante y peligrosa de las vías a seguir

Será la consecuencia de la vía seguida, y permitiendo realizar intervención rápida y poco traumatizante, nos pondrá al abrigo de complicaciones inmediatas o tardías.

Liberación del uréter

Realizada la decapsulación, el riñón y su quiste quedarán amarrados, como en todo proceso infracapsular, por las adherencias capsulares, al plano parietal y visceral, y por lo tanto, será necesario complementar la liberación aislando de inmediato el uréter y el pedículo renal.

Englobado en las adherencias periquísticas, desplazado por la tumefacción y muchas veces arrollado en vueltas sobre el quiste, deberá ser objetivado por un catéter antes de iniciar la intervención y su descubierta, empezando por la parte más inferior de la herida, y clivando su pasaje al través de la envoltura periquística, será semejante a la de cualquiera intervención infracapsular.

Descubierta del pedículo

Hemos dicho en el capítulo de relaciones con el hilio, que el pedículo envuelto en la atmósfera periquística tendrá con el quiste relaciones de contigüidad, estando separado por la cápsula.

Realizada en la quistectomía infracapsular la liberación del uréter, el tiempo operatorio del pedículo será su continuación y, por lo tanto, se procederá con el mismo criterio y seguridad que en cualquier intervención por esa vía.

Se ha dicho que la cápsula suprarrenal está englobada en el proceso quístico del polo superior y, por lo tanto, la liberación del pedículo se dificultaría por ese hecho. Y bien: aun cuando el proceso de periquistitis haya englobado la cápsula suprarrenal con respecto al riñón, la liberación es fácil, por tratarse de adherencias extracapsulares, y en lo referente al pedículo, la liberación se simplifica empezando por la región ureteral.

Tales son las consideraciones que la localización hidática en el riñón ofrece al cirujano frente al problema de la nefrectomía.

Partiendo del concepto topográfico del quiste en la arquitectura renal, su evolución y tratamiento responden a dos consideraciones:

a) *El quiste hidático renal, en todos los momentos de su desarrollo, deberá ser considerado como afección intrarrenal.*

b) *El quiste hidático renal, en cualquier momento de su evolución, deberá ser considerado como afección infracapsular.*

Frente a esos conceptos topográficos, la terapéutica radical de la nefrectomía que inspirará diferentes posiciones clínicas, hará resaltar dos aspectos, que facilitarán su realización y contribuirán a hacer retroceder el índice de mortalidad de las estadísticas:

1º *La facilidad de exteriorización del riñón y quiste por la vía infracapsular.*

2º *La benignidad de realización en sus consecuencias inmediatas y tardías.*
