

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL QUISTE HIDATIDICO DE RIÑON

Dres.: MARIO R. PALOZZO, JUAN A. CASAZA y CARLOS A. LAPLACE

Entre las enfermedades quísticas del riñón, la equinocosis hidatídica, configura una patología renal definida de suma importancia para el pronóstico del órgano y "quod vitam" del paciente.

La parasitosis hexacántica del equinococo, como localización secundaria, a nivel del parénquima renal, tiene una frecuencia relativa del 2,4 %. A pesar de ello, debemos tenerlo siempre presente en el diagnóstico diferencial ante un síndrome clínico infeccioso, doloroso o tumoral de las vías urinarias.

El diagnóstico precoz es difícil realizarlo. Son numerosas las causas por las cuales el quiste retarda su exteriorización clínica y por consiguiente la consulta del enfermo.

Los procedimientos del diagnóstico que nos auxilian hoy día, han mejorado enormemente. Se conoce mejor la epidemiología y las estadísticas reflejan su realidad.

En las formas clínicas de presentación del quiste hidatídico en la localización renal predomina el dolor lumbar, la hematuria, el cólico renal, la hidatiduria (vesículas hijas) que es patognomónica, pero puede exteriorizarse como una tumoración de flanco con peloteo renal, fístula lumbar, cuadro febril, etc.

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de la hidatidosis constituyen hechos de reales progresos. Se han investigado distintos tests, por ejemplo, la intradermoreacción de Casoni, la hemoaglutinación indirecta, la del látex, la de la floculación con la bentonita, de la fijación de complemento, la prueba de la inmunofluorescencia; se han estudiado los anticuerpos, aislándose del suero una fracción proteica IgG, siendo reactivo para las distintas pruebas mencionadas.

En cuanto a la sensibilidad de cada uno de ellos, diferentes autores, al efectuar estudios aislados y comparativos llegan a conclusiones coincidentes (Archivo Internacional de la Hidatidosis, volumen 24, año 1970). Así Kagan, Sorice y col. afirman que la mejor técnica para el diagnóstico de la hidatidosis es el test de la hemoaglutinación indirecta y combinándola con la prueba de floculación con la bentonita y el test de aglutinación del látex, la posibilidad alcanza a más del 90 % de los casos.

Costin comparó resultados entre las pruebas de intradermoreacción y fijación de complemento y encontró que la hemoaglutinación es la más sensible.

Nobili y col. comparó el test de fijación de complemento con la prueba de hemoaglutinación indirecta y la intradermoreacción de Casoni, encontrando que la primera tiene aproximadamente la misma sensibilidad que la hemoaglutinación indirecta.

González de Castro estudió la prueba del látex en comparación con la hemoaglutinación y la Casoni, encontrando que las dos primeras son de igual sensibilidad.

Para Rombert y Fraga de Azevedo, la floculación con bentonita tiene la sensibilidad similar a la prueba del látex.

Los trabajos de Panaitescu, entre otros, versaron sobre la inmunofluorescencia, y Moroni y Sorice observan que esta prueba es más sensible que la fijación de complemento, la floculación de la bentonita, la hemoaglutinación.

Sin embargo se concluye que la prueba intradérmica de Casoni es la más adecuada y tiene un gran valor tanto en el diagnóstico clínico como epidemiológico de la hidatidosis siempre que se usen reactivos y métodos estandarizados para la ejecución de la reacción.

El progreso técnico permitió igualmente avanzar en el diagnóstico radiológico; además del clásico urograma excretor con doble dosis o por goteo, la arteriografía selectiva y la centellografía son de suma utilidad y aun la Roentgen-Intensoscopia televisiva permite al radiólogo, llegar rápidamente al diagnóstico correcto y además registrar la imagen de salida del intensificador de imagen fotografiándola sobre película de 70 mm.

Frente a estos progresos debemos concluir que no está lejos el poder realizar el diagnóstico precoz del quiste hidatídico de localización renal.

El tratamiento biológico de desensibilización según el método de Calcagno para la hidatidosis, tiene resultados inciertos, y es por ello que el tratamiento quirúrgico constituye el método radical y curativo.

Como regla general, de acuerdo al tamaño, a la evolución de la hidátide, el biotipo del enfermo se elegirá la lumbotomía. Las operaciones por vía abdominal están contraindicadas. El peritoneo no debe ser abierto para tratar los quistes hidatídicos de riñón.

Nuestra casística corresponde a quistes hidatídicos de localización renal y para-renal observadas en enfermos que provienen de zonas rurales del norte de La Pampa, San Luis y Pcia. de Buenos Aires.

CASO N° 1

H. C. N° 284.

N. S.: 20 años. soltera, queh. domésticos. Quemú-Quemú (La Pampa).

Síndrome clínico: Consulta por dolor lumbar irradiado en F.I.I. con hematuria y eliminación de arenilla en orina.

Síndrome humoral: Leucocitosis: 10.000 blancos con neutrofilia; G.R.: 3.400.000/mm³. *Orina:* piuria, albuminuria (dos cruces), hematuria; sedimento: oxalatos, reacción alcalina.

Síndrome Rx: R.x. simple de abdomen se visualiza imagen calcificada sobre riñón izquierdo de 3 cm x 5 cm e imágenes litiásicas que se superponen. A nivel del uréter pélvico, imagen de densidad cálcica

Urograma excretor: A los 5' se visualiza dilatación ureteropielocalicial izquierda. Riñón derecho: normal.

Primera operación: 18/7/70.

Diagnóstico pre-operatorio: Litiasis ureteral izquierda. Incisión de Gibson. Investigado el uréter pélvico se efectúa la ureterostomía con extracción de concreciones calcáreas.

Evolución: Control radiológico: persiste imagen litiásica renal.

Segunda operación: 13/8/70.

Diagnóstico pre-operatorio: Litiasis renal. Lumbotomía izquierda. Abierta la celda renal se constata: perinefritis y a la palpación tumoración quística en polo superior del riñón con elementos litiásicos en su interior. Se abre la pelvis renal previo cuidado de asepsia hidatídica, en su cara posterior, produciéndose la expulsión de gran cantidad de elementos de vesículas hijas, arenillas, membranas y pus, cálculos bien constituidos.

A la exploración de dicha cavidad se comprueba su adherencia a planos posterior y glándula suprarrenal (slide). Se decide por lo tanto nefrectomía total por el gran compromiso parenquimal.

Post-operatorio: Satisfactorio.

Anatomía patológica: Protocolo N° 71.245 - Dr. A. H. Mosto, del Servicio Anatomía Patológica, Hospital Ramos Mejía - Quiste hidatídico de riñón. Sectores periquísticos de pielonefritis crónica focal.

Comentario: En este caso predominaron los síntomas de infección urinaria y concomitancia de litiasis renal que ocultaron el diagnóstico del quiste hidatídico que fue un hallazgo operatorio. Al efectuarse la reacción de Casoni en el post-operatorio, resultó ser positiva.

CASO N° 2

H. C. N° 120.

S. C.: 19/9/69.

M. S.: 36 años, argentino, soltero, agricultor, Nueva Galia (San Luis).

Síndrome clínico: Hipertensión arterial 220 mm, Hg/120 mm Hg y dolor lumbar con predominancia lado derecho.

Síndrome humoral: Leucocitosis: 8.000 blancos. Eosinófilos: 4. Reacción de Casoni: negativa.

Glóbulos rojos: normal

Eritrosedimentación: 1ª hora 11
2ª hora 18

Análisis de orina: albuminaria (dos cruces).

Síndrome radiológico: Placa N° 1: imagen quística con contenido cálcico en su interior que recuerda el signo del camalote. Urograma excretor placa N° 2. A los 5' esa imagen se tiñe y se debilita junto con el sistema excretor urinario. Placa N° 3: se ubica ya delineado en el sistema excretor en la zona renal derecha sin alterar su arquitectura. Placa N° 3: se focaliza claramente. Placa N° 4: se realiza colecistografía simultánea, visualizándose la vesícula y la imagen, dando un colecistoquinético (Placa N° 5) la vesícula biliar se reduce y la imagen permanece igual. Placa N° 6: en el perfil, la vesícula biliar queda por delante y la imagen quística por detrás, junto a la columna.

R.X. de tórax: normal.

Diagnóstico: Quiste polar de riñón derecho probablemente hidatídico.

Operación: 7/11/69.

Lumbotóracotomía con resección XII costilla. Aparece riñón derecho (slide) con un quiste bien delimitado de 5 cm el esférico, ubicado en el polo superior. Campo operatorio amplio. Al tomar el quiste para comenzar la nefrectomía parcial se produce paro cardíaco, saliendo del mismo con masaje. A continuación se realiza quistectomía con conservación renal. El contenido quístico era de una sustancia caseosa y arenilla.

Anatomía patológica N° 13.548 - Dr. A. H. M. - Quiste simple de riñón.

Comentario: Presentamos este caso a los efectos del diagnóstico diferencial entre quiste hidatídico de riñón y otros tumores abdominales. En la anatomía patológica se comprueba la presencia del quiste simple con contenido caseoso.

Post-operatorio: Normal con valores de tensión arterial normal.

CASO N° 3

H. C. N° 84.

S. C.:

G. L.: 33 años, soltero, argentino, Arizona (San Luis).

Síndrome clínico: Tumor de la región lumbar doloroso.

Síndrome humoral: Blancos: 16.40. Rojos: normales.

Eritrosedimentación: 1ª hora 90
2ª hora 120

Orina: albuminuria. Sedimentación: piuria franca.

Síndrome radiológico: Radiografía simple: negativa. Urograma a los 5' se visualizan ambos sistemas pielocaliciales con características normales no