

Descripción microscópica: Se aprecia la membrana cuticular formada por el parásito y escasa capa adventicial del huésped. No se aprecia germinativa.

Diagnóstico: Quiste hidatídico retroperitoneal.

Evolución alejada: Se controla a los seis meses, observándose una normalización en la topografía renoureteral derecha.

Conclusión: Se presenta un caso de quiste hidatídico a localización retroperitoneal yuxtarenal. La ausencia de eosinofilia, de alteraciones alérgicas, como así la baja de peso, su discreta anemia y su eritrosedimentación acelerada despistaron la verdadera etiología tumoral determinando una inclinación diagnóstica en el sentido de una neoplasia maligna omitiéndose una intradermoreacción de Casoni que en nuestro país debería ser rutinaria. Apoyan la omisión diagnóstica esta rara localización en la casuística nacional e internacional.

Hospital Durand
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
XI Congreso Argentino de Urología

PROBLEMAS DIAGNOSTICOS DE LA HIDATIDOSIS RENAL

Por los Dres. HERENÚ ROLANDO C., LEONARDELLI CESAR A., TOBALINA ANTONIO y ALVAREZ ENRIQUE

Tumoración abdominal, lumbalgia, cólico nefrítico o hidatiduria son los síntomas que, asociados o no, pueden traer al portador de un quiste hidatídico renal a la consulta. A veces, se suman fiebre y hematuria.

Convengamos que lo único que certifica sin discusión la enfermedad que nos ocupa, es la eliminación con la orina de restos de membranas o de la clásica "arenilla" hidatídica compuesta por vesículas prolígeras, vesículas hijas, escólices libres y ganchos sueltos. Spurr en su libro ya clásico señalaba hidatiduria en 2/3 de sus casos⁷. En nuestros días, el diagnóstico puede y debe ser más temprano.

Recabar minuciosamente los antecedentes nos aporta datos muy importantes, como puede ser el lugar de procedencia, el haber padecido alguna intervención por hidatosis hepática o pulmonar⁹ o bien más indirectos como una crisis de asma bronquial, brotes urticarianos u otros accidentes de tipo alérgico, hechos nada infrecuentes en esta afección. En tal sentido resulta ilustrativo uno de nuestros casos, mujer de 33 años, quiste hidatídico renal izquierdo, que padecía asma bronquial desde hacía 6 años. Controlada hasta 1 1/2 año después de solucionada su afección no repitió las crisis.

RADIOLOGÍA:

La Rx simple, siempre tan valiosa, puede evidenciar calcificaciones totales, dibujando la forma esférica característica. Más comúnmente lo rodea en forma parcial, generalmente por su cúpula. Se constituyen las clásicas "catáfilas de cebolla".

Las calcificaciones centrales, no cupulares, inducen más a pensar en otros procesos necrobiosantes de riñón como pueden ser carcinomas, tuberculosis, etc., o en la presencia de un poliblastoma.

El agrandamiento de la silueta renal es la regla.

En el urograma y pielografía ascendente a veces es difícil aseverar la falta o no de un cáliz, otras veces se ven con evidencia elongaciones y desplazamientos pielocalicilares.

Hace 33 años Surraco⁸ describe sus cinco signos para quistes hidatídicos renales abiertos en la vía excretora que luego serían tan universalmente aceptados², pensamos que siguen muy vigentes aunque en nuestra serie no tuvimos la suerte de imágenes tan reveladoras.

Practicar un enfisema retroperitoneal es de utilidad relativa si se trata de un quiste complicado y con adherencias que no dejan penetrar el aire mostrándonos únicamente una fosa lumbar totalmente ocupada. No siempre ocurre así, como nos muestra la imagen correspondiente a uno de nuestros casos: La delimitación del quiste es casi geométrica.

Recordamos los desplazamientos colónicos tan frecuentes en los tumores retroperitoneales³.

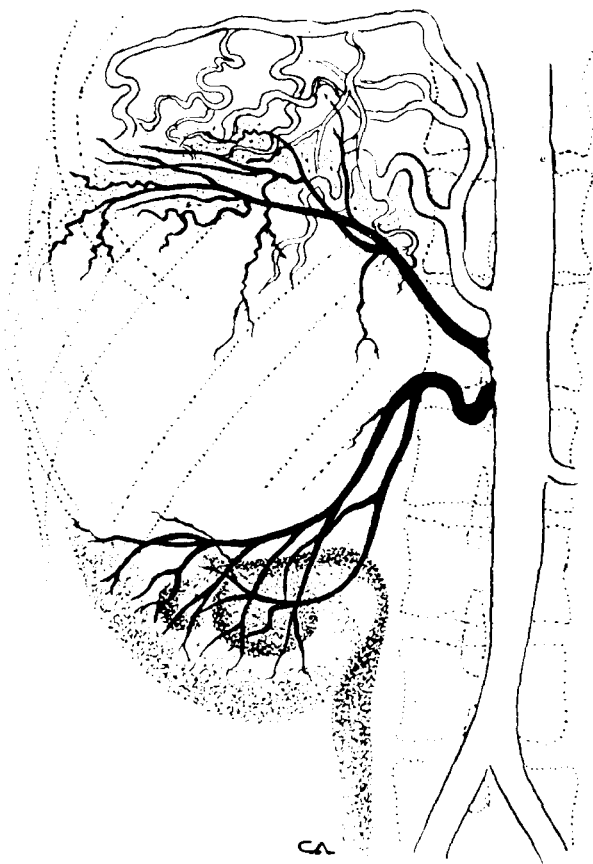


Figura de arteriografía de gran quiste hidatídico.
En el límite superior de la tumoración se observa circulación anómala.

La arteriografía renal selectiva nos aporta el dato de quiste renal, con sus imágenes en brazos de tenaza en la fase arterial y en el nefrograma imagen lacunar ovoide.

REACCIONES BIOLÓGICAS:

El parásito provoca en el hombre una serie de modificaciones humorales algunas de ellas específicas y otras absolutamente inespecíficas.

Pueden ponerse en evidencia por diversas reacciones que no resultan excluyentes en su negatividad, de la existencia de un quiste hidatídico. Estas pruebas no indican ni el estado evolutivo del quiste hidatídico ni su grado de actividad alérgica. En general se puede decir que la reacción que parece ser más específica es la de Imaz-Lorenz. Es importante que dos o más sean positivas lo que llevará a una firme presunción de hidatidosis.

Sórice, citado por Kagan⁵, utiliza la hemaglutinación, floculación con la bentonita y test del látex aglutinación y obtiene una triada que es positiva en más del 90 % de los casos.

La eosinofilia cuando está presente es de valor. También la determinación de la histaminemia⁶.

La localización de una masa anormal en hipocondrio derecho o izquierdo nos plantea diversos diagnósticos clínicos diferenciales: Hepato o espleno megalia respectivamente, vesícula hidrópica, quiste mesentérico, etc.

En una publicación de Bernardi y col.¹ se relata un tumor abdominal que durante 30 años se interpretó como bazo palúdico. En otra⁴, correspondiente a uno de nosotros también se pensó en patología intraperitoneal pues había una sintomatología digestiva alta asociada. En ambos casos se demostró el origen renal e hidatídico de la tumoración estudiada.

Cuando la historia clínica resulta muy categórica en la orientación diagnóstica, cuando las pruebas biológicas son positivas francamente, cuando las imágenes de calcificación resultan demostrativas o si se observan las situaciones descriptas por Surraco, pueden no haber mayores dudas.

En cambio, puede ocurrir que nada de ello sea definitorio.

El paciente consulta por el descubrimiento de una masa palpable o por la aparición de sintomatología confusa que inclusive para nada se vincula con su aparato urinario. En tales condiciones, suele ser muy problemático para el médico que recibe al paciente, sospechar siquiera el verdadero carácter de la afección.

Veamos algunos casos de nuestra práctica *: Fue muy firme la presunción diagnóstica de quiste hidatídico renal en una enferma de 30 años, enviada desde Chubut, con un cuadro doloroso de hemiabdomen izquierdo y tumoración en el hipocondrio correspondiente con características clínicas de ubicación retroperitoneal. En el urograma elongación pielocalicial izquierda y calcificaciones en "catáfilas de cebolla". Reacciones biológicas negativas y eosinofilia. Asma bronquial y urticaria gigante en varias oportunidades.

No siempre se tienen tantos elementos a mano a pesar de la negatividad de las pruebas biológicas.

En el caso de un enfermo procedente de Zapala, de 40 años, con el diagnóstico clínico de esplenomegalia, se interpretó el desplazamiento renal como extrínseco. Sin embargo, observando atentamente, se ve el estiramiento calicial que pone el sello de masa parenquimatosa renal. Ello y el lugar de residencia, pese a la negatividad de las reacciones, hizo presumir el diagnóstico.

Otras veces el estudio de la pieza operatoria da la última palabra, como en un paciente de 60 años, procedente de Azul (Provincia de Buenos Aires), portador de una tumoración renal derecha con dolor y hematuria. Ningún otro dato orientador. Se le practicó nefrectomía pues el aspecto del quiste dejaba dudas con respecto a su naturaleza. Se trataba de un quiste hidatídico muerto y supurado con hemorragias intraquísticas y una litiasis calicial concomitante.

En el caso de una joven de 19 años, procedente de la Patagonia y portadora de una grosera tumoración de hipocondrio y flanco derechos, fija y de superficie irregular con mal estado general se pensó en tumor maligno, siendo muy difícil precisar clínicamente su ubicación hepática, colónica, etc. En el

* Los casos referidos pertenecen a la Sala IX. Hospital Durand y a la práctica privada.

urograma una imagen patológica pielocalicial nada aclaratoria. Reacciones biológicas negativas. La arteriografía renal selectiva aportó el dato de quiste renal, pero con una circulación anómala en los límites superiores del mismo que no hemos observado en los quistes simples. La nefrectomía fue muy laboriosa por firmes adherencias a vena cava y cara inferior hepática.

Individualizar con seguridad la localización del proceso en el riñón u órganos vecinos suele ofrecer grandes dificultades, así ocurrió en el caso de un paciente de 64 años, peón de campo en Corrientes, quien concurre a la Guardia del Hospital Durand con un cuadro de abdomen agudo; operado se comprueba una peritonitis por quiste hidatídico supurado y abierto en cavidad peritoneal, a juicio del cirujano de lóbulo hepático derecho. No obstante 7 días después comienza a salir orina por el drenaje. La fistulografía opacifica el árbol ureteropielocalicial derecho. La angiografía nos informa de una arteria hepática derecha muy disminuida de calibre y ramificaciones, la selectiva renal un órgano disminuido de tamaño y con severas lesiones de angioesclerosis Ecsinofilia y pruebas biológicas positivas.

Ante la persistencia de la fístula y del mal estado general se le practicó nefrectomía recuperándose el paciente muy favorablemente.

El examen anatomopatológico de la pieza no pudo ser excluyente.

¿Quiste hidatídico renal adherido a hígado o viceversa?

RESUMEN:

Se insiste en la necesidad de agotar la anamnesis en la búsqueda de pequeña sintomatología (alergia).

Se da especial importancia a la residencia en zonas endémicas.

La ausencia de reacciones positivas no descarta este diagnóstico.

La angiografía muestra imagen de quiste, aunque puede dar un tipo de congestión vascular periquística que no se observa comúnmente en los quistes urinosos simples.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Bernardi, R.; Lane H. y Wainberg, S.: Gran quiste hidático y calcificado del riñón. Rev. Arg. Urol., 23: 263, 1954.
- ² Coliez, R. T.: Kyste hydatique du rein. Enciclopedia Medico Chirurgicale. Fasc. 34280 A 10. París, 1963.
- ³ Garcia-Capurro, F.; Piaggio-Blanco, R.: Tumores del abdomen. Edit. Inter-Médica. Montevideo, 1946.
- ⁴ Hereñú, R. C.: Una indicación quirúrgica en equinocosis renal. Hidatidectomía. Rev. Arg. Urol., 32: 246, 1963.
- ⁵ Kagan, I.: Inmunodiagnóstico de la enfermedad hidatídica. Relato oficial. IX Cong Inter. de Hidatidosis, 1969.
- ⁶ Michans, J. y col.: Patología Quirúrgica. El Ateneo, Bs. As., 1961.
- ⁷ Spurr, R.: Quistes hidáticos del riñón. Kraft Ltda., 1927.
- ⁸ Sarraco, L. A.: El quiste hidático del riñón. Rosgal, Montevideo, 1937.
- ⁹ Torresi, S.; Guevara, C. E.; Yeremian, V. y Molina, J. J.: Hidatidosis renal. Rev. Arg. Urol., 30: 371. 1961.