

se demuestra en las siguientes placas (fotos), todos han sido únicos y en ninguno hemos encontrado calcificaciones; en cuanto a su sintomatología siempre coincidieron con la relatada por los diversos autores. En el tratamiento siempre obtuvimos buenos resultados con el clásico método de marsupialización.



El principal motivo de esta presentación, no es la demostración de algunos casos más de hidatidosis urinarias, ni el estudio exhaustivo de esta parasitosis sino llevar a conocimiento de los colegas cuál es la incidencia de la hidatidosis en nuestra ciudad y su zona de influencia.

Clinica Urológica
de Mar del Plata

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

QUISTE HIDATICO RENAL Y PARARENAL

Por los Dres. MAX BIRABEN, RODOLFO FOGLIA y ANDRES MONDO

Es nuestro propósito presentar en este trabajo dos casos de quiste hidático renal y pararenal que contamos en nuestra experiencia.

Por ser tema de relatos especiales en este Congreso obviamos toda clase de consideraciones relativas a esta localización de la equinocosis.

En diversas estadísticas la frecuencia de la hidatidosis renal aparece con cifras reducidas que confirman las enunciadas por Devé del 2 % del total, inferiores por consiguiente a la localización en peritoneo (6 %) y bazo (4 %) y muy alejados de las más comunes en hígado (70 %) y pulmón (10 %).

El embrión exacanto, más pequeño que un leucocito, llega al riñón por la circulación general después de haber atravesado las barreras del hígado y del pulmón y a favor de la abundante irrigación se fija en la cortical a nivel de un glomérulo o en la proximidad del mismo; desarrolla el clásico aspecto

vesicular y va creciendo paulatinamente, tomando una perfecta forma esférica, sobre todo si se localiza en la periferia del órgano y no encuentra la resistencia ofrecida por los elementos del parénquima renal. Son estos elementos reaccionales los que forman la membrana periquística a cuyo nivel tienen lugar con el tiempo los depósitos calcáreos que caracterizan las imágenes radiográficas y son de importante significado diagnóstico.

Por lo general se trata de quistes primitivos y únicos que pueden alcanzar un gran tamaño y que actúan por compresión provocando atrofia e hipoxia que llevan al deterioro progresivo del riñón.

La topografía constantemente intracapsular del quiste hace que el abordaje deba hacerse en forma subcapsular ya que es la regla que el riñón ha quedado firmemente adherido a su loge por los procesos reaccionales y de perinefritis como asimismo a los órganos y planos musculares vecinos. Por consiguiente, cualquiera sea su tamaño el quiste es invariablemente intrarrenal e intracapsular lo que lo diferencia de los quistes pararrenales, muy raramente descritos en la literatura médica y que nunca están recubiertos de parénquima renal ni en contacto con el mismo sino a través de la cápsula propia del riñón, que se encuentra indemne.

Sintomatológicamente el cuadro no es específico siendo similar al de cualquier proceso tumoral que asienta en el riñón o en el retroperitoneo.

Solamente le caben rasgos clínicos y radiográficos especiales al quiste abierto en la vía excretora lo que ocurre inevitablemente a lo largo del tiempo si estos enfermos no son operados.

La apertura nunca se realiza a nivel de la pared de la pelvis, sino a través de un cáliz por donde el quiste vuelca su contenido y provoca un característico cuadro de cólico nefrítico.

Es común que los riñones portadores de quistes hidáticos se muestren insuficientes al estudio urográfico por lo que se hace necesario realizar pielografías ascendentes para visualizar el árbol excretor y poner de manifiesto las variadas imágenes radiográficas que caracterizan a esta enfermedad y que corresponden a la deformación de los cálices y de la pelvis, desplazamiento ureteral, descenso o ascenso del riñón, elevación del diafragma, compresión del colon o del estómago, o las clásicas imágenes demostrativas de la abertura del quiste, con larva intacta o no.

CASO Nº 1

Historia clínica: Hombre de 23 años de edad, argentino, viajante de comercio.

Consulta por dolores de ocho días de duración en región lumbar izquierda de poca intensidad, irradiados a región inguinal del mismo lado.

Señala haber sentido a los 7 años de edad un fuerte dolor en la región lumbar por lo que consultó a un médico. Ha residido siempre en zona rural.

La palpación bimanual demostró un riñón aumentado de tamaño, más bien fijo y poco doloroso.

No hay antecedentes ni perturbaciones en la micción.

Citoscopia: mucosa de aspecto normal, orificios ureterales bien implantados. Las eyaculaciones del lado izquierdo son muy retardadas.

Orina turbia, densidad 1024 - Albuminuria 0,25 - Abundante pus.

Azoemia 0,30.

Glóbulos rojos 5.000.000 - Glóbulos blancos 12.500 - Polinucleares 87 %.

Reacción de Casoni: positiva.

Radiografía simple de abdomen: sobre riñón izquierdo, formación tamaño naranja, con calcificaciones múltiples (fig. 1). El urograma excretor demuestra buena excreción de la substancia de contraste del lado derecho con un pielo-grama de caracteres normales; ausencia de función del lado izquierdo.

Pielografía ascendente; se observan las típicas imágenes en bolas correspondientes a una hidronefrosis y proyectada sobre el tercio inferior del riñón se superpone la imagen calcificada ya descrita (fig. 2).

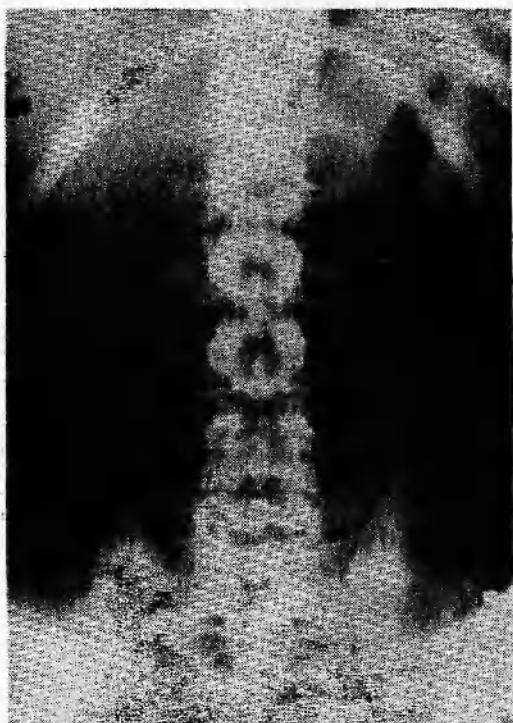


Figura 1.



Figura 2.

Operación: marzo 16 de 1962.

Incisión sobre XII costilla con resección amplia de la misma. Abierta la loge renal se constata la presencia de un riñón enormemente agrandado, fluctuante y muy adherido a nivel del polo inferior.

Para facilitar la maniobra de desprendimiento se punza la bolsa hidronefrótica en su tercio superior con el trocar aspirador de Finochietto, dando salida a gran cantidad de orina y pus lo que facilita el clivaje del polo superior que se realiza de inmediato. Se libera el pedículo y se efectúa doble ligadura con catgut crómico N° 3.

La liberación del polo inferior ocupado por la masa quística es sumamente difícil a causa de las múltiples adherencias que es necesario seccionar a punta de tijera. Las dificultades son mayores aún a nivel del músculo psoas.

Se coloca tubo de drenaje y se cierra por planos.

Se efectúa una transfusión de sangre intraoperatoria.

El enfermo evoluciona bien y es dado de alta a los 12 días.

CASO N° 2

Historia clínica: Hombre de 53 años de edad, jornalero, proveniente del Partido de Gral. Madariaga.

En octubre de 1958 presentó dolor de regular intensidad en la región lumbar izquierda, temperatura elevada y orinas turbias y mal olientes. Hizo tratamiento con antibióticos mejorando la sintomatología.

Continuó experimentando molestias y dolores de poca intensidad pero sin observar alteraciones en el aspecto de la orina.

Es examinado por nosotros en diciembre de 1964 presentando dolor lumbar y un grosero abultamiento del hemiabdomen izquierdo. No obstante lo cual tenía muy buen estado general.

La palpación permite demostrar la existencia de una gran masa tumoral lisa, renitente que ocupa la totalidad del hemiabdomen izquierdo. Puño percusión dolorosa del mismo lado. Resto del examen urológico negativo. Orinas claras. Reacción de Casoni: no se lleva a cabo por carecer de medios en el Hospital Rural donde se asiste. Los análisis de rutina dieron resultado normal.

En la placa directa se observa un gran desplazamiento hacia el lado derecho de las ansas intestinales y en el hemiabdomen izquierdo una densidad radiográfica que hace pensar en una gran masa tumoral.

En el urograma excretor: del lado derecho hay un pielograma de caracteres normales no observándose eliminación de la substancia de contraste del lado izquierdo hasta los 60'.



Figura 3.



Figura 4.

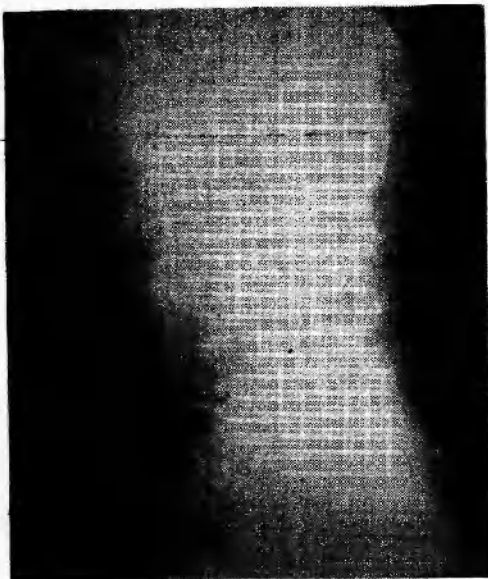


Figura 5.



Figura 6.