

Inst. Municipal de Radiología y Fisioterapia
Director: Dr. HUMBERTO H. CARELLI

Por los Doctores
LEON D. ARRUES

QUISTE HIDATICO DE POLO SUPERIOR DE RIÑON. IMAGEN ATIPICA

CUANDO al efectuar el estudio radiográfico del aparato urinario se obtiene una imagen típica y demostrativa, fácil es llegar a un diagnóstico sobre todo si previamente un buen examen clínico nos ha hecho suponer la presencia de tal o cual lesión.

En cambio si la radiografía simple, pielografía, cistoradiografía o uretrografía descartan nuestra presunción es entonces que debemos insistir en el examen semiológico para corroborar o negar los datos suministrados por la observación radiográfica.

En distintas ocasiones hemos presentado a esta Sociedad radiografías de litíasicos portadores de cálculos que no conseguimos visualizar en aquellas, a pesar de tener considerable volumen. La pielografía algunas veces y la expulsión espontánea nos demostró su presencia que la mayor parte de las veces nos había hecho suponer la sintomatología clínica. Se trataba como lo demostramos de cálculos transparentes a los rayos.

También insistimos con respecto al error que podría cometerse al obtener las pielografías de los supuestos ptósicos en una sola posición y demostramos asimismo la importancia que nos reportaba en algún enfermo la repetición, previo intervalo de algunos días de los exámenes pielográficos antes de negar o afirmar la presencia de pequeñas lesiones tumorales, incipientes bacilosis y en fin muchas otras alteraciones patológicas que en su comienzo no deforman las imágenes de las vías de excreción.

Traemos a colación estas citas porque nuevamente hoy presentamos un caso en el cual de atenernos a la pielografía obtenida nunca hubiéramos llegado a sentar un buen diagnóstico que consigui-

mos en cambio fundamentar luego de complementarlo con la observación clínica.

En el mes de agosto del año pasado nos es enviado al Instituto una enferma cuya historia clínica por demás suscita era la siguiente:

Luisa P., de 21 años de edad, soltera, argentina.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace diez años tiene cólicos en hipocondrio izquierdo con propagación hacia atrás y a la ingle. Estos cólicos alivian cuando elimina al orinar una mucosidad.

Estado actual. — Somatismo normal. Padece de insuficiencia mitral.

Diagnóstico de presunción. — ¿Bacilosis renal izquierda? ¿Litiásis renal izquierda?

Solicita se le efectúe una radiografía de árbol urinario mediante pielografía ascendente.

La radiografía simple nos mostró ambas imágenes renales (fig. 1) en sus dos tercios inferiores, sin deformación alguna que llamara la atención. La pielografía del lado izquierdo, en cambio, marcaba al nivel del caliz superior (fig. 2) la existencia de una sombra semi-lunar poco nítida con un rayado transversal y que en conjunto presentaba el aspecto de un gorro frigio cuyo vértice se hallaba unido a una de las papilas caliciales. En un primer momento esta imagen nos impresionó como producida por un reflujo pielo-canalicular pero la radiografía siguiente (fig. 3) obtenida 10 minutos después de retiradas las sondas nos mostraba a la vez que una buena evacuación de la pelvis renal la persistencia de la sombra anterior algo deformada. Fué entonces que pensamos en la existencia de alguna pequeña cavidad en comunicación con la parte inicial de las vías de excreción pero muy lejos estuvimos en suponer la presencia de un quiste hidático cuya imagen "en copa" también fué descripta por los doctores Surraco y Larghero Ibarz.

Pasados algunos días se nos apersonó el médico que nos había enviado a la enferma y con gran sorpresa de nuestra parte nos comunicó que al efectuar el examen anátomo-patológico de la mucosidad expulsada después del cólico había resultado ser un trozo de membrana hidática. No cabía pues pensar sino en un quiste abierto en alguno de los cálices.

La localización del dolor en el lado izquierdo, la observación



Figura 1

Radiografía simple. Se observan los dos tercios inferiores de ambas sombras renales de contornos normal.



Figura 2

Pielografía ascendente, lado izquierdo. A nivel de cáliz superior sombra triangular con aspecto de reflujo y que corresponde a la cav. quística.

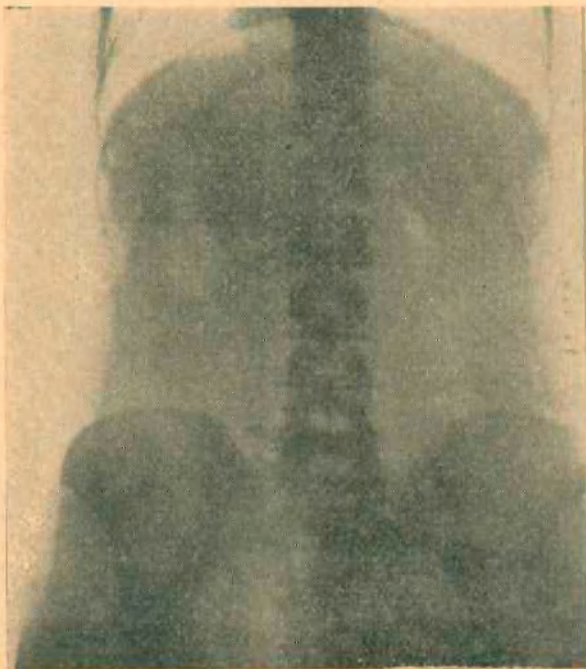


Figura 3

Radiografía obtenida 10 minutos después de retirada la sonda.



Figura 4

Pielografía derecha. Vías de excreción de forma y situación normal.

radiográfica simple y la pielográfica contribuyen a localizarlo con más precisión: Quiste hidático de riñón abierto en caliz superior.

Como se tratara de una imagen atípica y para ser más demostrativos propusimos al médico que enviaba la enferma la obtención de un enfisema perirrenal del Dr. Carelli. No estábamos por cierto ajenos a las graves consecuencias que podría reportar la punción del quiste y por ello efectuamos la inyección de oxígeno algo más bajo de lo que comúnmente la practicamos.



Figura 5

Enfisema peri-renal del Dr. Carelli. A nivel de polo superior de riñón. se percibe la imagen quística.



Figura 6

Radiografía obtenida pasadas 24 horas de la anterior.

La radiografía así obtenida nos mostró nítidamente el contorno del riñón derecho y confirmó en el lado izquierdo la presencia del quiste donde habíamos supuesto por los exámenes anteriores, pues al nivel del polo superior la sombra renal se interrumpía y nos mostraba una saliencia tumoral (Fig. 5).

El enfisema perirrenal fué tolerado perfectamente por el enfermo, a quien citamos a las 24 horas y practicamos una nueva radiografía que nos mostró la casi completa eliminación del oxígeno inyectado (Fig. 6).

No creemos indudablemente que sea este el método de elección para la localización de los quistes hidáticos por las graves consecuencias que él puede acarrear, punción del quiste y shock consecutivo, pero efectuado con prudencia puede, como en nuestro caso, dar datos muy ilustrativos.

Como puede comprobarse, la intervención quirúrgica efectuada algún tiempo después por el Dr. Kaplán confirmó nuestras observaciones radiográficas; se trataba en efecto de un pequeño quiste hidático de riñón que comunicaba con el cáliz superior por una pequeña fisura casi imperceptible. A ello se debió seguramente que el líquido inyectado no llenara la cavidad quística.

A continuación detallamos la historia clínica completa de la enferma, que obtuvimos luego por gentileza del Dr. Kaplán, cirujano que intervino a la enferma, a la cual agregamos además nuestro examen cistoscópico.

Luisa P., 21 años, argentina, soltera.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos. Tiene un hermano sano.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades de la primera y segunda infancia aparte de eruptivas comunes (sarampión, varicela). A los nueve años tuvo fiebre reumática que le dejó como secuela una lesión perfectamente compensada de insuficiencia mitral.

Hace seis meses a raíz de un cólico apendicular es operada con anestesia local.

Enfermedad actual. — Hace diez años tiene cólicos dolorosos intensísimos en hipocondrio izquierdo, con propagación hacia atrás y hacia la ingle del mismo lado. Refiere la enferma que estos dolores alivian cuando elimina una mucosidad. Estas crisis dolorosas en un principio espaciadas con intervalo de cuatro a cinco meses se hacen más frecuentes en el último año en tal forma que se instala un estado de mal continuo pues las crisis se repiten cada +8 horas. La temporada que pasa cinco o seis días bien la enferma está perfectamente. Dada su fiebre reumática anterior fué tratada en muchos consultorios con medicación salicilada. Pedimos un análisis de orina y se comprueba tan sólo en el sedimento, escasa cantidad de leucocitos, algunos granulosos.

Estado actual. — Riñones, examen físico negativo. No se palpan las glándulas, ni en posición horizontal, ni en vertical. No hay puntos dolorosos. (La enferma fué observada fuera de su crisis).

Vejiga. — Cistoscopia. Capacidad 150 c. c. Mucosa normal de aspecto brillante. A nivel de meato ureteral izquierdo que se presenta algo entreabierto, ligera congestión.

Por cateterismo se recoge orina por separado de ambos riñones y el examen bacteriológico del sedimento nada nos ilustra.

A los pocos días de este examen la enferma tiene un cólico del lado izquierdo y como siempre expulsa una pequeña membrana con el aspecto de hidática.

El laboratorio que efectúa el examen envía el siguiente protocolo: se trata de una membrana de vesícula hija y se observan regular cantidad de escólex. Los exámenes pielográficos y el enfisema perirrenal ya han sido informados anteriormente.

En el transcurso de todas estas observaciones el estado general de la enferma se comprometió más y más y llegó a pesar 32 kilos, inapetencia, facies de intoxicada y los últimos 15 días aparecieron décimas de temperatura que en ocasiones llegó a 38 grados por la tarde.

Los ataques se hacen sub-intrantes y algunos de ellos requieren morfina para calmarla, a pesar de hallarse en reposo absoluto. Aparece pus en gran cantidad en la orina y es entonces que se aconseja la intervención que es aceptada por la familia del paciente.

Operación. — 30 de Julio de 1934. Anestesia general. Cirujano Dr. Salomón Kaplán. Lumbotomía izquierda siguiendo método clásico. Se observa una franca esclerolipomatosis sobre todo en polo superior. Se debrida y luxa el riñón hacia afuera, aparece en el polo superior y cara posterior una tumoración quística del tamaño de un huevo de paloma, renitente. Previa instilación de formol al 10 % se punza con jeringa grande y aguja gruesa absorbiendo unos 15 c. c. de pus amarillo verdoso, espeso. Así vaciado y con todo cuidado previo buen aislamiento de la loge se evacúa la cavidad repleta de vesículas hijas, chiquitas, restos de membranas, pus y tejidos necrosados. Se lava la cavidad con formol y es dable observar la fisura de 1 cm. de largo más o menos en el fondo de la periquística. Se deja un tubo de drenaje, se cierra con un surjet de manera de permitir sólo el paso del tubo que es fijado. Reintegrado el riñón a la loge dejamos un acolchado de gasa enrollada en polo inferior. Tubo y gasa salen por el extremo inferior de la herida. El post-operatorio fué satisfactorio, por el tubo drenó en los primeros días enorme cantidad de orina lo que obligaba a cambiar la curación dos o tres veces al día. Las gasas se retiran a las 72 horas y el tubo al sexto día. Los primeros días eliminó por vejiga varias vesículas chicas y restos de membrana y orina francamente hematórica. La temperatura al quinto día bajó del todo y la enferma empezó a reponerse y alimentarse levantándose al décimo día. Se va de alta curada.

Hace aproximadamente un año de la intervención y la enferma sigue perfectamente y engrosó 15 kilos.

DISCUSION.

Dr. Salleras. Piensa que la imagen pielográfica, es una muy característica de un reflujo pielovenoso, por su dirección, por su aspecto y porque se han producido todas las condiciones anatómicas necesarias para la producción de tales reflujos. Cree que la abertura fisural del cáliz superior al nivel del fornix, ha determinado el pasaje fácil del torotrast al sistema venoso pericaliciar con la imagen característica.