

Instituto de Clínica Quirúrgica,
Hosp. de Clínicas; Jefe: JOSE ARCE

Por los Doctores

A. ASTRALDI, A. RISOLIA
y J. AMICI DI SAN LEO

QUISTE HIDATIDICO CERRADO DEL RIÑON. SU DIAGNOSTICO OPERATORIO

UNO de nosotros, Astraldi, en una publicación anterior titulada "A propósito de un error de diagnóstico clínico y quirúrgico", decía: es muy agradable presentar en reuniones científicas observaciones o trabajos en los cuales ha habido una orientación clínica que ha permitido realizar las exploraciones necesarias para la amplia ratificación o confirmación de la lesión que se sospechaba; pero, no deja tampoco de tener su más grande satisfacción el hecho de presentar observaciones o casos clínicos en los cuales la fenomenología y las exploraciones instrumentales no han podido orientar en definitiva, para poder asegurar antes de la intervención, el tipo de lesión que aquejara al enfermo.

En estos casos, cuando la operación es la única que dilucida el diagnóstico, es impone averiguar si el error es imputable a la falta de interpretación de los signos recogidos, o lo es, a la imposibilidad de exigir a los medios exploratorios más de lo que son capaces de dar.

El caso que presentamos, creemos que podemos incluirlo con las lesiones en las cuales el cuadro clínico por un lado, y los elementos de exploración por otro, son incapaces de orientarnos hacia la lesión definitiva.

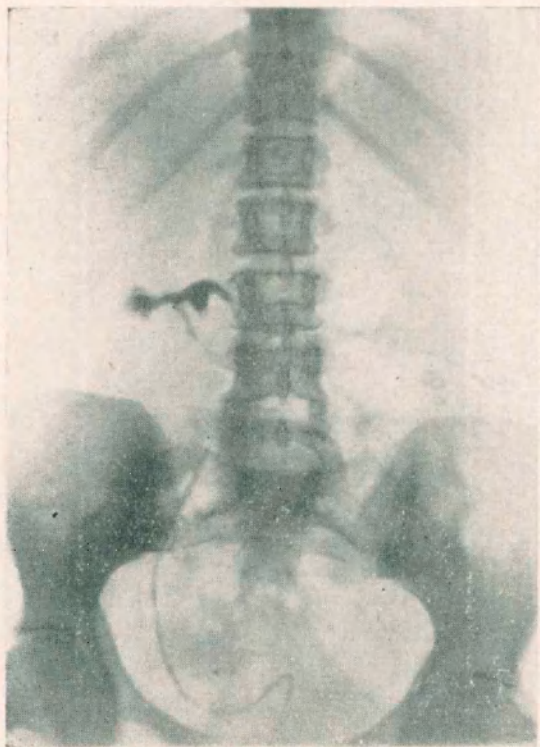
La intervención definiendo posiciones, demuestra que se trata de un quiste hidatídico cerrado y muerto de riñón, cuyo diagnóstico, no fué hecho antes de la operación.

HISTORIA CLÍNICA.

Enferma de 52 años.

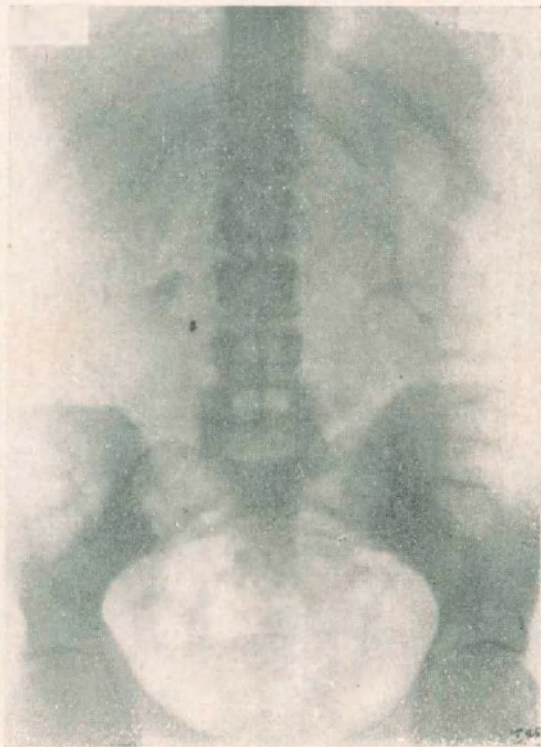
Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia, menarquía a los 14 años; reglas de tipo 4/30; casó a los 17 años, tuvo 12 hijos de los cuales viven 10; niega abortos. Actualmente está en menopausia.



Nº 1

Urografía excretora en posición antero-posterior.



Nº 2

Pielografía retrógrada en posición antero-posterior.

Enfermedad actual. — Hace dos años la enferma comenzó a notar frecuentes dolores de cabeza, con náuseas, y su ya habitual constipación aumentó, pasando a veces dos días sin mover el vientre. De tiempo en tiempo sentía dolores difusos en el epigastrio y flanco derecho sin ninguna característica especial de aparición, ni irradiación determinada y que en el último mes de su enfermedad se hicieron más frecuentes e intensos. Llegando a veces a interrumpir el sueño.

En mayo de 1936 la enferma notó una tumoración en su vientre, conservando el estado general en perfectas condiciones hasta el último mes en el que perdió 6 kilogramos de peso.

Estado actual. — Enferma en buen estado general, apirética.

Cabeza, cuello, tórax y extremidades, nada de particular.

Abdomen. — Inspección. Se presenta deformado a expensas de su hemi-abdomen derecho a nivel del flanco que es más saliente y abovedado que el opuesto.

A la palpación superficial, normal en el hemi-abdomen izquierdo; se encuentra en el lado derecho, a nivel del flanco, una tumoración saliente sobre la cual los planos superficiales y musculares resbalan con entera libertad. A la pal-



Nº 3
Pielografía retrógrada en posición lateral.



Nº 4
Pielografía de la pieza extirpada.

pación profunda sobre el lado que consideramos, se encuentra una tumoración cuyo extremo superior llega al epigastrio, del tamaño de un coco pero de forma más alargada, de consistencia dura, uniforme, de superficie lisa, e indolora. Movable pero muy levemente con los movimientos respiratorios, es muy movable en cambio de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro con los movimientos provocados.

La insuflación del colon nos hace aparecer al tumor como retro-cólico. Radiografía de éste con sustancia opaca, no demuestra nada de particular con respecto a su luz, pero en cambio presenta "un bucle" a nivel de su porción transversa.

Examen genital. — Normal.

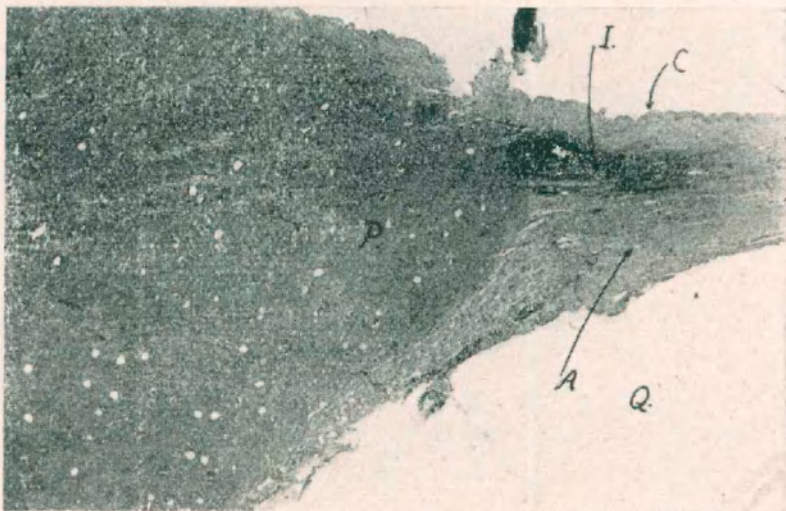
Aparato urinario. —

Micciones. — Nada de particular. Orinas: de sedimentación y de emisión, nada de particular.

Riñones. — El izquierdo se palpa con entera facilidad en todo momento, libre y móvil. El derecho, no se palpa. No existen puntos dolorosos ni principales ni accesorios.

Uretra: nada de particular.

Uretra: nada de particular.



Microfotografía

C: cápsula renal.

A: adventicia del quiste.

Q: cavidad del quiste.

I: infiltrados linfocitarios en la adventicia.

P: tejido parenquimatoso renal afectado por un proceso poco intenso de esclerosis.

Vejiga: Semiológica e instrumentalmente, nada de particular. Cistoscopia, nada de particular. Cateterismo unilateral derecho, se practica con facilidad saliendo orina cristalina y por eyaculación.

Examen radiológico renal. — La radiografía de todo el árbol urinario no presenta nada de particular a pesar de buscar atentamente alguna sombra redondeada o algo parecido. Se observa la silueta renal izquierda descendida.

Radiografía N° 1. — Urografía excretora con Per-Abrodil, obtenida a los 5 minutos (las obtenidas a los 15 y 20 minutos no se presentan por no tener importancia alguna). Lado izquierdo: pielograma de tipo normal, bifurcado, co-

respondiendo a un riñón descendido cuya silueta alcanza a percibirse, localizando el sistema pelvi-calicial a nivel de la tercera vértebra lumbar. En la porción del uréter lumbar observada, se nota una curvadura que corrobora la anterior afirmación de ptosis renal. Lado derecho: se localiza frente a la tercera vértebra lumbar un sistema de excreción correspondiendo a un riñón derecho también descendido y cuyas características estáticas hacen pensar en la posibilidad de una anomalía de rotación, ya congénita o adquirida.

Radiografía N° 2. — Para confirmar o rectificar nuestras sospechas se recurre a la pielografía retrógrada con cateterismo total y en ántero-posterior. Se observa: un pielograma completo pero en situación anómala por rotación del órgano sin poder precisar, por eso, si hay o no amputación de algún cáliz, pudiendo afirmar sin embargo, por la nitidez de los bordes del sistema pielocalicial, que no hay proceso alguno de infiltración ni de invasión. El vicio de rotación no es solo en sentido vertical, sino también en horizontal y esto lo decimos teniendo presente la forma en que el uréter se aboca al sistema de excreción superior.

Radiografía N° 3. — Pielografía derecha retrógrada, tomada en sentido lateral, que nos muestra la posición horizontal del sistema pielocalicial, cuya sombra se proyecta, parte sobre la columna y parte por fuera de ella, saliendo de esta porción el uréter.

En síntesis: de acuerdo a estas dos últimas radiografías (pielografías) creemos, que el órgano ha sufrido un movimiento de rotación tal, sobre sus ejes horizontal y vertical, que lo presentaríamos así: una cara súpero-externa que sería la cara anterior del riñón en su posición normal; una cara ínfero-interna, que correspondería a la posterior normal; un borde súpero-interno, que sería su borde interno habitual y un borde ínfero-externo dado por el externo normal. Además el polo superior sería ántero-interno y el inferior post-externo, estando el todo rechazado hacia adelante.

Radiografía N° 4. — Pielografía obtenida después de la nefrectomía, que muestra el sistema de excreción bifurcado y sin participar en forma alguna en el proceso que atacó al riñón.

Exámenes de laboratorio. — Sangre: Hematológica: Eosinofilia 3 ‰; Serológica: Ghedini y Cassoni, negativas. Orinas: Nada de particular.

Operación: Drs. A. Risolía y C. A. Castaño. Anestesia raquídea, novocaína. Incisión de Bazy. Se encuentra un riñón en el cual se observa un quiste que aborda a éste por su borde externo. Durante el acto operatorio el quiste se rompe debido a las maniobras de desprendimiento de las adherencias que lo unían al peritoneo parietal posterior. La situación en que se encuentra al riñón es más o menos la ya descrita en el capítulo de radiografía. Se liga el uréter y el pedículo, se deja un drenaje que se retira a los tres días.

EXAMEN DE LA PIEZA.

COMENTARIOS.

La enferma fué a la mesa de operaciones con el siguiente diagnóstico establecido por el Dr. Astraldi: proceso extra renal que

hace sufrir al riñón un movimiento de rotación o lesión renal de naturaleza desconocida, que no modifica en nada a sus vías de excreción, de acuerdo al estudio radiográfico de las mismas. Radiografías N° 1, 2 y 3.

El diagnóstico operatorio y anátomo-patológico fué: quiste hidatídico renal cerrado y muerto, que modifica la estática renal y que no modifica su sistema de excreción, según puede comprobarse en la radiografía N° 4.

Que el diagnóstico haya sido operatorio y no pre-operatorio, nos hace pensar que el diagnóstico *no se supo hacer*, o bien, *que no se pudo hacer*. Si demostráramos esto último quedaría invalidado lo primero.

Para efectuar el diagnóstico del mal que aquejara a la enferma teníamos en nuestras manos, por un lado los datos que la semiología nos aportara, y por otro los tan valiosos de la radiología y el laboratorio.

Entre los datos semiológicos, los que se refieren a la enfermedad actual, creemos nosotros, no pueden orientarnos en forma alguna hacia el sistema urinario.

Recordaremos a Legueu: debe pensarse en quiste hidatídico renal cuando hay tumor en el flanco, dolores vagos y algunas hematurias y polaquiurias; síndrome urinario éste, que en nuestra enferma faltaba.

El examen de la enferma es ya más ilustrativo, y los caracteres de la tumoración que se palpa, pueden hacer sospechar que el riñón está en juego, por lo que se orientan hacia ese lado las investigaciones, a efectos de precisar su naturaleza, es decir, si se trata de un proceso renal o para-renal al decir de Forestier y Michon.

¿Qué resultados nos dieron éstas? En lo que se refiere a las radiografías y de acuerdo a las lesiones encontradas en la operación, hubiéramos sido censurados si aquéllas hubieran mostrado una sombra redondeada y que hubiera escapado a nuestra observación. Pero las imágenes radiográficas obtenidas, en este sentido son negativas, ¿por qué? ¿Porque las radiografías son incapaces de revelarlas o porque circunstancias inherentes a la situación del riñón o a las características de la peri-quística no sean capaces de mostrarnos la tal mentada sombra redondeada? En este sentido el

examen anatómo-patológico no demuestra la presencia de elementos capaces de hacer evidente la peri-quística al examen radiográfico.

Los resultados del examen pielográfico son confirmados por la operación, que demuestra la rotación del órgano por causa de orden renal, que no modifica el sistema de excreción.

Por otra parte, en los quistes hidatídicos cerrados, Gordon Gray y Lee Brown dicen no haber observado nunca deformaciones de la imagen pielográfica.

El vicio de rotación y su fijeza, datos ratificados operatoriamente, nos ha llamado grandemente la atención, haciéndonos recordar a Surraco y Mazzera, cuando hablan de la locomoción que efectúan el riñón y sus vías de excreción, bajo la presión de los grandes quistes: "el quiste hidatídico en cambio fija al riñón y al uréter, después de haberlos desplazado, en la posición más bizarra, como no se encuentra en proceso perinefrítico alguno".

Si los elementos semiológicos y radiológicos no fueron suficientes para orientarnos hacia el diagnóstico, menos lo fueron los de laboratorio: análisis de orina, negativos; Ghedini y Cassoni, negativas, y la falta de eosinofilia, elementos negativos que tienen un fondo común: la muerte del quiste.

Con todo lo aportado, creemos haber demostrado que el diagnóstico no se pudo hacer.

Al recorrer la literatura acerca de los quistes hidatídicos renales, trataremos de señalar los elementos de juicio de tipo exploratorio, y entre éstos, los más importantes sin duda, las pielografías, que al escapar a nuestra observación, no facilitarán, por ello, nuestra orientación.

Para el caso en cuestión y sin querer por ello escudarnos en tal o cual motivo para disculpar nuestra ignorancia, es necesario dejar sentado que los elementos a los que haremos referencia, no son patognomónicos de los quistes hidatídicos, recordando que en nuestro caso la rotación a la que estaba sometido el órgano, hacía aún más relativo el valor de aquéllos.

No mencionaremos los signos pielográficos de los quistes hidatídicos abiertos en vías de excreción, tan magistralmente descritos por Surraco y Mazzera. Imbert, Racic, Bernasconi, por no pertenecer a esta clase de quistes el que presentamos.

En cambio al ocuparnos de los signos radiográficos que caracterizan a los quistes hidatídicos cerrados, nos referiremos a la publicación de Marc Imbert, de marzo de 1936, tomando el capítulo que trata de los mismos, y que refleja, dada su rica bibliografía, los conocimientos actuales en la forma más completa que conocemos.

En este trabajo se menciona a Racic, que es posiblemente el autor que haya presentado sobre el tema mayor material y más completo y que muestra en sus cifras el enorme porcentaje en que el hombre y los animales están infectados en la Dalmacia: aquél, en un 4,8 %, y éstos, se refiere a las vacas y carneros, en un 70 al 100 %. Pues bien, entresacamos dos signos de valor de este trabajo: el primero que no hemos encontrado en nuestra enferma y el segundo que hemos encontrado, pero cuyo valor especial desconocíamos, por ignorar hasta después de la operación, la publicación comentada.

Uno de ellos, el primero, puede obtenerse cuando existe una sombra redondeada en relación o en contacto con la imagen del sistema de excreción que se hace evidente por pielografía. El signo consiste en lo siguiente: se saca una primer radiografía ántero-posterior que revela en posición determinada a la sombra redondeada y a las vías de excreción. Luego desplazando el tumor hacia la línea media, y obteniendo una segunda radiografía, se observará el movimiento total hacia el lado opuesto, atravesando en más o en menos la columna vertebral y conservando la imagen la misma deformación redondeada. Además la relación entre sombra y pielograma permanece invariable. La amplitud del desplazamiento se mide por la curvatura del uréter.

El segundo signo que mencionamos, que denomina: punto de interrogación, se refiere al uréter. Racic lo hace aparecer en las radiografías ántero-posterior, y sin ser tan marcado en nuestra observación, creemos que debe tener un valor semejante, aunque provocado por una causa diferente: en nuestro caso por rotación del riñón y no por desplazamiento como en el caso de Racic.

Estudio anatómo-patológico. Examen realizado por el doctor Jörg.

El quiste ya abierto durante el acto operado no permite ex-

traer una membrana blanquecina de superficie lisa mucoide, estratificada en el corte y que puesta en agua, se enrollaba hacia su cara interna. Todo el aspecto de esta membrana inducía al diagnóstico de membrana hidática. Un corte realizado por congelación sobre este material, permitió confirmar por la típica estructura estratificada, la naturaleza equinococcica de la misma. No fué posible poner en evidencia la membrana germinativa con sus núcleos a pesar de que macroscópicamente se desprendía un tenue velo del interior del quiste. Tampoco se hallaron scoleces, ni ganchos.

El examen histopatológico del tejido renal, nos revela tratarse de una formación quística desarrollada en plena cortical del parénquima renal. El tejido renal, que rodea al quiste se halla afectado de un proceso poco intenso de esclerosis, pero sin que se observen alteraciones de su estructura intrínseca. La formación quística se halla separada del tejido renal por un simple espesamiento del tejido conjuntivo intra parenquimatoso, constituyendo una adventicia de tejido conjuntivo de fascículos entrecruzados pero sin que en ningún momento se forme una cápsula laminosa muy esclerótica. Tampoco se ha observado ningún signo de calcificación o focos degenerativos en esta adventicia. Hacia el lado capsular este quiste está separado de la envoltura renal por un tejido conjuntivo ciertamente más compacto que el que rodea al quiste en su zona parenquimatososa, pero sin que llegue a ser una verdadera cápsula esclerótica, sino que es mucho más laxa que la que encontramos en los quistes serosos simples de riñón.

Diagnóstico: Quiste hidático de riñón, muerto y estéril envuelto por una adventicia escasamente esclerótica.