

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del
Hosp. Alvear; Prof.: Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores
CONSTANTE COMOTTO
JUAN JOSE RATTO

QUISTE HIDATICO DE RIÑON ABIERTO EN VIAS URINARIAS

LA hidatidosis es un privilegio de nuestro país, uno de los más castigados por esta enfermedad. Nuestros inmensos ganados constituyen la reserva del huésped intermediario que la tenia *Echinococcus* necesita para llegar al huésped definitivo: el perro, que tanto abunda en nuestro medio, como auxiliar tan útil del hombre de la campaña, al que puede transmitir el germen de hidatidosis del mismo modo que lo trasmite a los ganados, debido a la promiscuidad con el cual vive. No queremos traer aquí la biología completa de este parásito, pues sólo pretendemos hacer casuística con nuestro caso, considerando que la localización renal del quiste hidatídico es una de las más raras, pues según las estadísticas más recientes, sólo se lo encuentra en menos del 4 % de las observaciones. Se entiende que estas cifras tratan del quiste hidático como localización primitiva del órgano en cuestión. Muchas teorías pretenden explicar la vía seguida por el embrión exacanto, desde el aparato digestivo hasta llegar al riñón; se ha invocado la sanguínea a través del hígado, el corazón derecho, el pulmón, el corazón izquierdo, y de aquí por la aorta al riñón y a pesar de lo complejo de esta vía, parece ser la aceptada por la mayoría de los autores frente a la linfática o a la directa a través del tejido celular. La localización en el polo superior renal es la más frecuente, lo mismo que la implantación amplia sobre el tejido renal sin plano de clivaje que permite separarlos. En algunos casos la bolsa quística parece constituir todo el tumor y el riñón queda reducido a un espesamiento localizado de la pared del quiste. Por último se citan casos de quistes unidos al riñón sólo por un pedículo más o menos largo.

SINTOMATOLOGÍA.

La sintomatología del quiste hidático renal que no se ha abierto en las vías de excreción, por lo general no es nada típica. Muchos de ellos presentan una latencia tal que los hacen permanecer ignorados por completo; en ocasión de un examen clínico cualquiera, se descubre una tumoración renal perfectamente indolora, con todos los caracteres corrientes de los aumentos de volumen del órgano; otras veces se presentan como una enorme tumoración que llena más de la mitad del abdomen y entonces pierde casi todos los caracteres clínicos que permitirían considerarlos como un tumor del riñón. Cuando el quiste se abre en las vías urinarias, más de la mitad de los casos, volcando su contenido al exterior en forma intermitente, los síntomas son los de un cólico nefrítico provocado por el paso de las vesículas hijas, a través del aparato urinario, cuya expulsión pone fin al ataque doloroso. Como síntomas generales: la urticaria y el prurito, fenómenos de anafilaxia, provocados por la presencia del parásito. El diagnóstico, de acuerdo a la falta de signos patognomónicos, es difícil en los quistes cerrados; un tumor renal indoloro, que pelotea y que se mueve con el movimiento respiratorio, en un enfermo sin antecedentes urinarios, debe hacernos pensar siempre en quiste hidático y eliminarlo primero, con las reacciones biológicas de Cazzoni, de Guedini o de Imaz Lorentz; la fórmula leucocitaria. Luego con los exámenes pielográficos y el examen de la función renal, que casi siempre es deficiente en el riñón afectado.

En los casos de quiste abierto, el diagnóstico es sencillo, la presencia de vesículas hijas en la orina después de un cólico nefrítico en el portador de una tumoración renal, es signo capital, lo mismo que el hallazgo de ganchos en el sedimento urinario. La pielografía es por lo general terminante en los casos que no se encuentran estos elementos del parásito en la orina; el signo de la copa descrito por el profesor Surraco, constituido por una imagen de gran cavidad que es el quiste y un pie de estrechamiento que corresponde al cuello del cáliz, por el cual se comunica con la pelvis renal es característico.

TRATAMIENTO.

Siempre es quirúrgico: diagnosticado el quiste hay que destruirlo. El maestro Posadas fué el que preconizó entre nosotros la "oclusión y reducción sin drenaje", que describiera por primera vez Thorton en Australia en el año 1883, método que se indica en los quistes limpios, lo mismo que cuando las adherencias periquísticas son muy grandes. Cuando el riñón está destruído por completo debe hacerse nefrectomía extirpando en block la tumoración, siempre que sea posible. En los quistes supurados se indica la marsupialización lo mismo que en los quistes muy grandes con anfractuosidades de la periquística, que pueden ocultar restos de membranas o vesículos hijas.

Pasamos ahora a describir la historia clínica de nuestro caso, intercalando algunas consideraciones.

Maria S. 27 años, argentina, casada.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida y criada en el campo donde vive; casada, con esposo sano, ha tenido 4 hijos que son sanos.

Enfermedad actual. — Comienza hace unos 8 años en forma de cólicos renales izquierdos que aparecían en forma repentina, acompañados de vómitos, irradiados hacia la ingle del mismo lado; ese estado dura unas 24 horas, para desaparecer por completo, hasta que después de varios meses de absoluta normalidad volvían a aparecer y desaparecer en la misma forma. Nunca observó nada de anormal en sus orinas, hasta que en los últimos años los cólicos eran más frecuentes, y se calmaban con la expulsión por la orina de cuerpos como hollejos de uva. En esas condiciones nos es enviada para su estudio urológico.

Estado actual. — Enferma en buen estado de nutrición. Aparato digestivo, respiratorio y circulatorio normales. Reflejos nerviosos sin particularidad.

Aparato urinario. — La palpación renal es negativa en el lado derecho, cuyos puntos reno ureterales son indolores, lo mismo que la puño percusión.

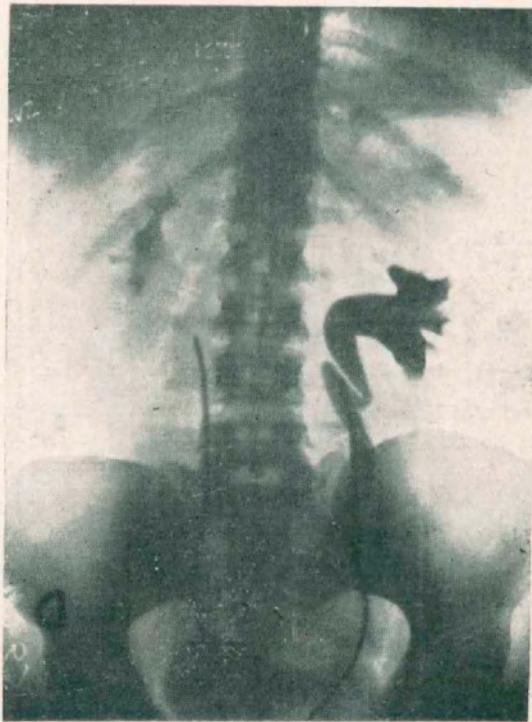
En el lado izquierdo se palpa una tumoración grande como un puño, que pelotea bien con la maniobra de Guyon, que acompaña a los movimientos respiratorios y que es bastante dolorosa; la sonoridad cólica está conservada al percudir por delante sobre la tumoración: contacto lumbar evidente.

Nos encontramos pues, en presencia de una tumoración renal izquierda móvil, en una enferma que desde años sufría periódicamente y con largos intervalos, crisis dolorosas del mismo lado, con los caracteres de los cólicos nefríticos, y con la única particularidad de haber cesado estos últimos, al expulsar con la orina cuerpos membranosos muy semejantes al hollejo de uva. La presunción de quiste hidático de riñón abierto en las vías urinarias se imponía pues con el simple re-

lato del enfermo; los exámenes posteriores confirmaron nuestra primera manera de ver. El examen de sangre nos dá:

Glóbulos rojos: 3.750.000. Glóbulos blancos: 6.800. Polinucleares neutrófilos 56 %. Poli. eosinófilos 4 %. Linfocitos 34 %. formas de transición 6 %. La eosinofilia no agregaba pues un elemento de gran valor. Una reacción de Cassoni resulta positiva franca.

Las orinas turbias con diuresis media de 1.400 c. c. en 24 horas; concentración ureica de 12,80 grs. por mil. Cloruros. 9.40 grs. por mil. Vestigios de



Piclografía ascendente bilateral.

albúmina. Sedimento con numerosos piocitos, glóbulos banales y algunos hematíes.

Cistoscopia. — Capacidad vesical de 200 c.c. Se observa con 180 c.c. Mucosa con ligera reacción inflamatoria, más acentuada en el trigono y sobretudo alrededor del meato ureteral izquierdo, que aparece un poco edematoso y proci-dente; eyaculaciones de carácter y ritmo normal a la derecha. A la izquierda espaciadas y lentas.

Cateterismo ureteral. — Sondas ureterales N° 12. Se las lleva fácilmente hasta pelvis renal (12 c.c. de retención en el lado izquierdo y reacciona al inyectar 14 c.c.); en el lado derecho no han retención y una capacidad piélica de

8 centímetros. Las eyaculaciones son rápidas y en 70' recogemos 53 c.c. del lado derecho y 42 c.c. en el izquierdo; el dosaje de las eliminaciones nos da:

<i>Riñón derecho</i>	Cantidad	<i>Riñón izquierdo</i>
53 c.c.		42 c.c.
5 grs. 12	Urea ‰	3 grs. 84
0,271	.. real	0,163
6 grs.	Cloruros ‰	4,80 grs.
0,318	.. real	0,201
30	F.S.P. ‰	27
	Sedimento	
Microorg.		Microorg. abun. algunos leucocitos.
Algunos leucocitos.		Células redondas.

El examen funcional del riñón por separado nos daba como único elemento importante la disminución funcional del lado izquierdo.

Aprovechando los catéteres, efectuamos en nuestra enferma una pielografía ascendente con Torotrast, no pudimos obtener un buen relleno en el lado que nos interesaba pues al inyectar 8 c. c. en la pelvis nos acusó fuerte dolor y tuvimos que detenernos; la imagen obtenida es bastante demostrativa y agregaba un elemento objetivo más a nuestro diagnóstico. Comprueba dilatación del uréter izquierdo con doble acodadura en el tercio superior que quizás explique los cólicos con lo que la enferma inició sus sintomatología. Una imagen piélica agrandada y como empujada hacia abajo y afuera, con sus cálices medios e inferiores un poco ensanchados pero con las papilas bien conservadas. El cáliz superior se presenta deformado, muy ensanchado pareciendo esbozarse un signo de la copa que quizás hubiera sido evidente de haber obtenido un mejor relleno.

El contorno de la sombra renal afecta la forma de una pera a base superior que alcanza hasta la décima costilla y a vértice inferior que llega a la cresta iliaca.

En el lado derecho nada de particular.

El mismo día de nuestro examen radiográfico la enferma sufre un intenso cólico nefrítico izquierdo, seguido de expulsión de membranas con la característica forma del hollejo de uva que nos muestran al día siguiente. El examen practicado en esa ocasión por el doctor Pérez Wright de las vesículas obtenidas y que lleva el N° 4106 dice: el examen microscópico del contenido vesicular revela ganchos de *Tenia Equinococos*.

Teníamos pues el elemento definitivo para completar nuestro diagnóstico.

Nuestra enferma, que se había prestado con toda buena vo-

luntad a los exámenes que quisimos practicarle cuando la propusimos la intervención quirúrgica como único medio de librarla de su afección, se negó terminantemente, dejando de concurrir al servicio y perdiéndola desde entonces de vista, por lo que no podemos traer la evolución posterior del caso que motiva esta comunicación.

INSTITUTO PASTEUR DE PARIS

VACUNA

URETRITIS GONOCOCCICA
ARTROPATHIAS GONOCOCCICAS
PROSTATITIS

METRITIS
SALPINGITIS
BARTOLINITIS

ANTIGONOCOCCICA

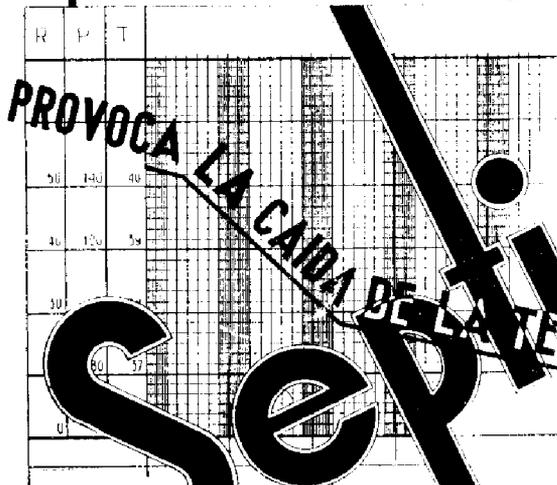
Publicidad exclusivamente
al cuerpo médico.



H. Millet &
BUENOS AIRES

MONTEVIDEO 160-168
J. Roux

En todos los estados
Infecciosos agudos



Septicemine

10 a 30 C.C. por día
Endovenosas o
intramusculares.

Publicidad exclusivamente al cuerpo médico • H. Millet & J. Roux. Montevideo 160-168 Buenos Aires.