

Serv. de Urología del Hosp. Fernández;
Jefe: Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por los Doctores

ENRIQUE CASTAÑO,
R. de SURRA CANARD y
ALBERTO BERTOLASSI

SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDATICO DE RIÑON ABIERTO EN LA VIA EXCRETORA

TRAEMOS al seno de esta sociedad un caso más de Hidatidosis Renal; por ser esta enfermedad si bien frecuente en nuestro país pero de localización poco habitual en este órgano.

Sobre la naturaleza de la enfermedad, sobre su conocimiento parasitológico nada hay que agregar en la época actual. Entre nosotros desde los trabajos originales de Cranwell y Herrera Vegas, sabemos que la localización del quiste hidático en el riñón se observa con una frecuencia que varía del 2.06 % al 2.10 % hasta el año 1901; posteriormente baja esta proporción al 1.93 % en las 414 observaciones hechas desde el año 1901 al 1909 inclusive. Spurr en su tesis de profesorado del año 1927 eleva la cifra de frecuencia de localización renal de esta enfermedad a 3.30 %. A partir del año 1927 se han seguido publicando casos aislados que aumentan la casuística.

Nuestra búsqueda bibliográfica nacional ha encontrado diez trabajos cuyas citas van al final de este artículo. De esas diez publicaciones, nueve se refieren a casos aislados como el nuestro, en cambio la publicación del Dr. Vila a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en el año 1928 relata ocho casos de Quiste Hidático del riñón en mujeres. En su trabajo el Dr. Vila ha observado seis Quistes en riñón derecho contra dos del lado izquierdo; seis quistes localizados en el polo superior contra dos localizados en el polo inferior; seis quistes cerrados contra dos abiertos en vía excretora. Cuatro quistes supurados. Pero la parte más interesante del trabajo consiste en la discusión suscitada en la referida sociedad al comentarse la historia de una enferma que fué operada por primera vez por un quiste del polo superior al cual se le hizo un tratamiento

conservador (Marsupialización) y que reingresa tres años más tarde por padecer de otro quiste en el opolo opuesto del mismo lado. El debate giró alrededor de la multiplicidad hidatídica y sobre el momento de la iniciación del desarrollo quístico, si ellos fueron consecuencia de una infección simultánea y desarrollo sucesivo o bien el producto de una reinfección. Los comentarios no definieron este problema de fisio-patología.

Como operaciones en estas comunicaciones cinco fueron Marsupializadas, dos de ellos con nefrectomía tardía y tres fueron nefrectomizados.

En lo que se refiere a las otras fichas bibliográficas, daremos una pequeña estadística señalando luego los rasgos salientes de más valor de cada una de las observaciones; es así como hay cinco quistes localizados en riñón derecho contra cuatro de riñón izquierdo. Seis abiertos en vía excretora uno de ellos supurado. De estos nueve casos se han encontrado las siguientes variedades patológicas: 1º un quiste (subcapsular) que constituyó un hallazgo quirúrgico coincidiendo con una pionefritis calculosa. Otro caso de quiste calcificado y supurado. Una observación de quiste localizado en la cara posterior y borde externo del parénquima renal (los otros casos fueron todos de localización polar) complicado con su apertura en intestino; y otra observación presentada a la Sociedad de Cirugía de un quiste hidático desarrollado sobre el muñón del ureter en un nefrectomizado anteriormente por un quiste del mismo lado. Esta última comunicación suscitó una discusión sobre el origen de ese quiste si se trataba de una verdadera o falsa recidiva. En lo que se refiere a las intervenciones figuran tres marsupializaciones.

Nuestra observación es la siguiente:

N. S., argentino, 25 años, soltero. Radicado en el campo (localidad de Magdalena).

Enfermedad actual. — Comienza su enfermedad hace 1½ año por un episodio doloroso que se instala en forma brusca mientras se encontraba dedicado a sus tareas habituales (trabajando en el campo con una máquina trilladora). La crisis se ha caracterizado por un intenso dolor sobrevenido repentinamente en la región lumbar derecha adquiriendo el máximo de intensidad al poco tiempo de su comienzo y agregándose a él un dolor irradiado que seguía el recorrido de los nervios abdomino-genitales, y un dolor referido a la glándula testicular del

mismo lado. Inmovilizado por el dolor recuerda haber tenido estado nauseoso, dificultad respiratoria, no hubo vómito. A poco de iniciado este episodio nos refiere que tuvo la sensación "que algo corría desde el costado derecho hacia el empeine". La crisis fué breve. Con sorpresa observa en la orina de su primer micción luego de cesado el ataque, la presencia de gránulos "semejante a perlas" de color transparente; ningún otro hecho saliente acompañó esta crisis. Restablecido continúa con su trabajo habitual y como su estado fuera excelente olvida pronto este episodio. Seis meses después sin que mediara circunstancia del trabajo, le



Pielografía de relleno del riñón derecho.

sobreviene una nueva crisis dolorosa en un todo semejante a la primera y seguida de la expulsión de cuerpos análogos a los descriptos. A partir de ese momento los episodios dolorosos y la eliminación de cuerpos extraños se presentan con mayor frecuencia cada 15 ó 20 días. Recientemente a raíz de los últimos ataques comprueba con sorpresa que la primera micción después del dolor es francamente roja y al decir del enfermo "sangre pura". Este hecho lo preocupa y resuelve venir a Buenos Aires para ser examinado y tratado. Ninguna otra sintomatología acompaña este cuadro clínico.

Los antecedentes personales son negativos; desde su infancia ha vivido en el campo dedicado a las tareas rurales.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Estado actual. — El examen del enfermo muestra que se trata de un hombre bien desarrollado con todos los atributos de la salud aparente; su examen somático es negativo. Como el relato del enfermo orienta la investigación por el lado del riñón derecho se lo explora clínicamente con detenimiento repitiendo después de varios días de reposo en cama y se comprueba que: sólo es perceptible el polo inferior del riñón de ese lado, que excursiona apenas con los movimientos respiratorios; los puntos renoureterales son indoloros, en cambio el flagelado de la región lumbar a la manera de Giordano, y la puño percusión a la manera de Murphy son francamente positivos. En los días que se mantuvo al enfermo en observación clínica no tuvimos la suerte de observar los gránulos por él descritos. El enfermo está apiréptico.

Los exámenes complementarios revelan: orinas macroscópicas ligeramente turbias. Examen químico: ligera albuminuria; reacción de pus positiva; vestigios de indican y en el sedimento uno que otro hematíes; leucocitos abundantes, bacterias diversas y cristales de fosfatos amónicos magnésicos. No se observan elementos renales.

El aparato génito urinario inferior es normal. La endoscopia vesicular muestra que la mucosa es normal en toda su extensión, salvo el trigono donde hay una discreta hiperemia, el meato ureteral izquierdo ligeramente abierto eyacula en forma rítmica con orinas transparentes; el meato ureteral derecho, entreabierto, grande, edematoso con eyaculaciones retardadas, con escaso poder expulsivo y la orina emitida de ese lado es ligeramente turbia. El cateterismo del riñón derecho: con sonda N° 13 muestra el uréter libre y se llega a la pelvis a los 23 cms., observándose la existencia de una retención de 25 cms. de orina.

La pielografía de relleno del riñón derecho: pone de manifiesto una dilatación de la vía excretora extendida a todo el sistema excretor. Los cálices están todos ellos dilatados, la pelvis es el doble de lo normal, la unión uréteropielica es amplia, el uréter está distendido irregular, tortuoso desde arriba hasta abajo, existiendo solamente unos 3 cms. en su porción inferior, donde el calibre corresponde a lo normal; la presencia de una sombra en la zona vesical indica la existencia de un reflujo entre el catéter opaco y la pared del uréter; además llama poderosamente la atención una sombra parcialmente irregular colocada por encima de uno de los cálices secundarios superior, a ese nivel el líquido de contraste ha salido de los límites del aparato excretor y la irregularidad de la sombra se la interpreta como el relleno parcial de una cavidad; sin embargo, en la parte inferior el líquido opaco dibuja un segmento de esfera que obliga a pensar que esa cavidad tiene un contorno perfectamente redondeado. La placa no revela el contorno del riñón derecho en su polo superior. Del lado izquierdo la sombra renal es algo mayor que la normal. Las pruebas biológicas complementarias son las siguientes:

Reacción de Wassermann: negativa. Fórmula leucocitaria: Linfocitos: 38 %. Monocitos: 6 %. Polinucleares neutrófilos: 51 %. Polinucleares basófilos: 2 %. Polinucleares eosinófilos: 3 %. Reacción: Imaz-Llorenz: positiva. Reacción de Cassoni: positiva.

Pruebas funcionales: Urea en sangre: 0.216 %.

Cromocistocopia: Riñón izquierdo, 4 minutos. Riñón derecho, 15 minutos.

Diagnóstico. — Por lo que antecede se hace el diagnóstico de quiste hidático abierto en la vía excretora.

En estas condiciones el enfermo preparado por la técnica corriente del Servicio, es operado en el mes de enero por el doctor Prof. Enrique Castaño. Anestesia general. Se practica incisión de Israel resecaando la duodécima costilla con intención de ampliar el campo por tratarse de un riñón alto y fijo y estar la lesión en su polo superior. Incindidos los planos musculares de la manera habitual se llega a la celda renal y se comienza a desprender el riñón por su polo inferior comprobándose que el polo superior está rodeado de un denso tejido de esclerosis que imposibilita encontrar un clivaje. Por ello se resuelve ir por la vía subcapsular consiguiendo así la liberación total del órgano y gran parte del quiste, una pequeña porción de este último del tamaño de 8 cms. contraía adherencias íntimas con órganos vecinos (vena cava y cara inferior del diafragma); de exprofeso se abre el quiste y se lo vacía resecaando la mayor parte de su pared, la superficie de la porción restante es cureteada por su parte interna (Germinativa) y luego fenolizada. Se practica la ligadura de los vasos renales y del uréter, se deja un taponamiento de gasa en contacto con el muñón del quiste y se cierra la pared en tres planos con catgut.

El postoperatorio es bueno, a los 10 días se quita la mecha de gasa y los puntos; un mes después de la operación la herida está con una pequeña fístula que da un poco de pus, justificado por el esfacelo originado por la destrucción química de la germinativa. Estado general excelente. El enfermo es dado de alta el 11 de marzo, con su herida cicatrizada.

No vamos a entrar en comentarios etiopatogénicos y sí limitarnos a los hechos salientes revelados por la narración de este caso.

El diagnóstico fué sencillo ya que el enfermo al anunciarnos la expulsión de cuerpos perliformes denunciaba la naturaleza hidática de su afección; pero el relato es interesante por cuanto la primera crisis constituye al parecer el instante en que su lesión hasta ese momento cerrada se ha abierto por la vía excretora. El enfermo dice que esa primer crisis lo sorprende cuando trabajaba en sus tareas rurales no pudiendo precisar si el dolor fué secundario a un esfuerzo consciente realizado. De allí la imposibilidad de relacionar la apertura con un trauma. La orina del enfermo era turbia (infectada) tanto la orina vesical como la obtenida por el cateterismo del riñón enfermo; sobre esta infección no tenemos ningún elemento de juicio para afirmar en qué momento la vía excretora se ha

hecho séptica. Suponemos que algún desempeño colibacilar pasado desapercibido ha realizado esta transformación.

La pielografía adquiere en este caso como en todos los semejantes un gran valor diagnóstico; en ella se observa la existencia de una cavidad anexa a la vía excretora y ambas en comunicación por intermedio de un cáliz, hecho fundamental comprobado por Surraco, y demostrado en una conferencia magistral dada en nuestra facultad de ciencias médicas, el signo de la copa de nuestro colega del Uruguay es evidente pero la imagen no es muy nítida porque el cáliz que recibe el quiste es amplio y corto y el relleno de la cavidad quística es incompleta.

El acto quirúrgico es también elocuente porque prueba cómo ya se acepta hoy día que el quiste hidático del riñón se desarrolla primitivamente a expensas del parenquima y respeta durante mucho tiempo la cápsula. Por ello fué más fácil encontrar un clivaje una vez resuelta la vía subcapsular para la nefrectomía.

A pesar de ello una porción del quiste adquirió tan íntimas relaciones con los órganos vecinos que no fué posible clivarlos.

La persistencia de una supuración está justificada por la destrucción a cureta y química que se hizo en la germinativa para garantizar la no recidiva.

Nos ha llamado la atención al hacer la búsqueda bibliográfica, encontrar un número reducido de trabajos sobre una enfermedad que podremos llamar nuestra. Esta bibliografía de los últimos diez años de ninguna manera traduce el cociente de hidatidosis renal habida. Es indudable que la estadística de los servicios de cirugía de la capital y del interior reflejarán con más exactitud el grado de desarrollo de esa afección. Realizar esta tarea hubiera sido salirnos del marco de esta comunicación que solo pretende exponer el caso descrito pero desearíamos en beneficio de todos nosotros que nuestro trabajo diese motivo a que los colegas aportaran al seno de esta sociedad la casuística de sus respectivos servicios ya que entre nosotros están representados todos los servicios urológicos de la capital y algunos del interior. En nuestro servicio sobre 1180 historias clínicas es ésta la única observación de quiste Hidático de riñón.

BIBLIOGRAFIA

- Y. Gálvez y F. Garat. — Quiste hidático supurado, calcificado del riñón izquierdo. Adenomas renales. "Sociedad de Urología", "Asociación Médica Argentina", 1933, 49.
- Von der Beke, A. V. Di Cío y S. Rey. — Quiste hidático de riñón. "Sociedad de Urología", año 3, tomo 1º, Nov. 11-1927, pág. 577.
- L. A. Arrúes. — Quiste hidático de polo superior de riñón. Imagen atípica. "Revista Argentina de Urología", 1935, 201.
- Vila. — 8 casos de quiste hidático de riñón. "Sociedad de Cirugía", 1928, 785.
- G. Villar. — Pionefrosis calculosa. Quiste hidático. "Revista Argentina de Urología", 1925, 331.
- F. Grimaldi. — Quiste hidático del muñón ureteral. "Boletín y trabajos". "Sociedad de Cirugía de Buenos Aires". Tomo XIV, N° 13, 23 de julio de 1930, 388.
- Y. Gálvez y Garate. — Quiste hidático de riñón izquierdo. Marzupialización. "Sociedad de Urología", "Asociación Médica Argentina", 1932, 178. "Revista Hispano Española", Ng 12, pág. 18.
- C. Camotto y Y. J. Ratto. — Quiste hidático de riñón abierto en vía Urinaria. "Revista Argentina de Urología", año 5, 1936, Ng 9, pág. 533.
- A. Sahapira. — Quiste hidático de riñón. "La Semana Médica", 1936, 633-636.