

Por los Doctores

FRANCISCO GRIMALDI  
y RODOLFO I. MATHIS

## QUISTE HIDATICO DE RIÑON TRATADO POR MARSUPIALIZACION

**P**UBLICAMOS esta observación, contribuyendo a aumentar la casuística nacional, sobre quistes hidáticos de riñón, tema que fué ampliamente tratado en el reciente Congreso de Urología.

### HISTORIA CLINICA

Se trata de N. N., de 40 años, argentino, casado, que es dirigido a uno de nosotros por el Dr. E. Kirchmayr, desde Pringles, en Río Negro, y ocupa la cama 43, del servicio de Urología del Dr. G. Elizalde, en el Hospital Ramos Mejía.

Sin ningún antecedente digno de mención, comienza su enfermedad a la edad de 17 años con dolores sordos en la región lumbar izquierda, para poco después padecer un fuerte ataque tipo cólico renal del mismo lado, coincidiendo con la eliminación de las clásicas formaciones comparadas a hollejos de uva, muy variables en tamaño, y cesando el dolor al eliminar dichas formaciones.

Después de este primer episodio, continúa con sus dolores sordos lumbares, para repetir cuadros análogos de dolor y eliminación de vesículas, al principio cada dos o tres años y últimamente cada pocos meses, en ocasiones con disuria intensa, provocada por los cuerpos antedichos, y a veces con hematurias ligeras; el último episodio sucedió veinte días antes de su ingreso, que fué el 9 de agosto del corriente año, con eliminación de vesículas.

El examen clínico es negativo; sólo acusa dolor a la presión en la región lumbar izquierda. Las orinas son claras con ligeros grumos; su análisis revela vestigios de pus y albúmina; investigación de ganchos negativa.

El análisis de sangre (13-VII-937) da una linfocitosis de 36 %, con 6.600 glóbulos blancos por mm.<sup>3</sup> No hay eosinofilia. (D. R. Biot).

Citoscopia (11-VIII-937): capacidad vesical normal. Mucosa sana. Meatos ureterales bien implantados de aspecto normal; eyaculación rítmica de orinas

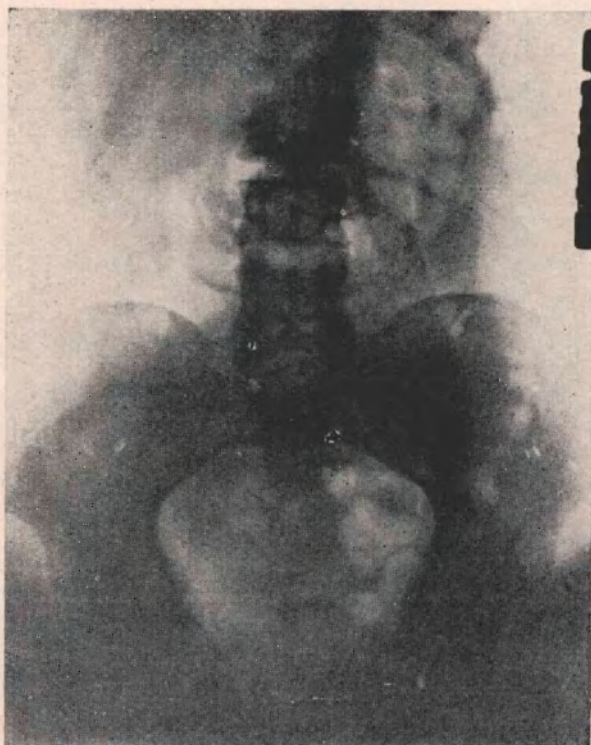


Figura Nº 1.

claras. Cromocistoscopia a los 4 minutos en el lado derecho bien coloreado, a los 8 en el izquierdo, tenue.

Exámenes funcionales globales suficientes. (Urea: 0,41. F.S.F. 60 %).

Examen radiológico: se practica radiografía simple, que muestra unas sombras irregulares a nivel de la duodécima costilla izquierda. Los gases del intestino, a pesar de la preparación del enfermo, dificultan una clara imagen (F.g. 1).

A sido nuestro objeto contribuir a aumentar la casuística sobre quistes hidáticos de riñón con el buen resultado obtenido con la cirugía conservadora en

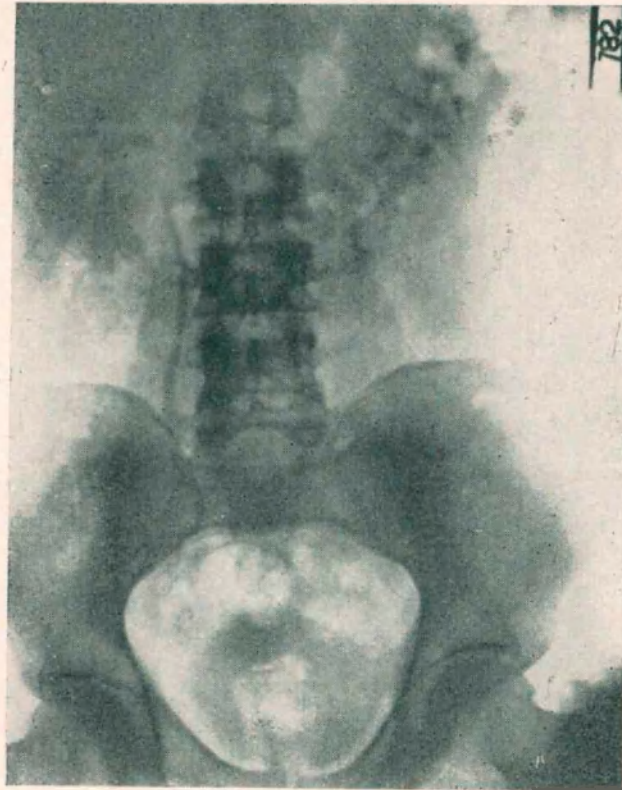


Figura N° 2

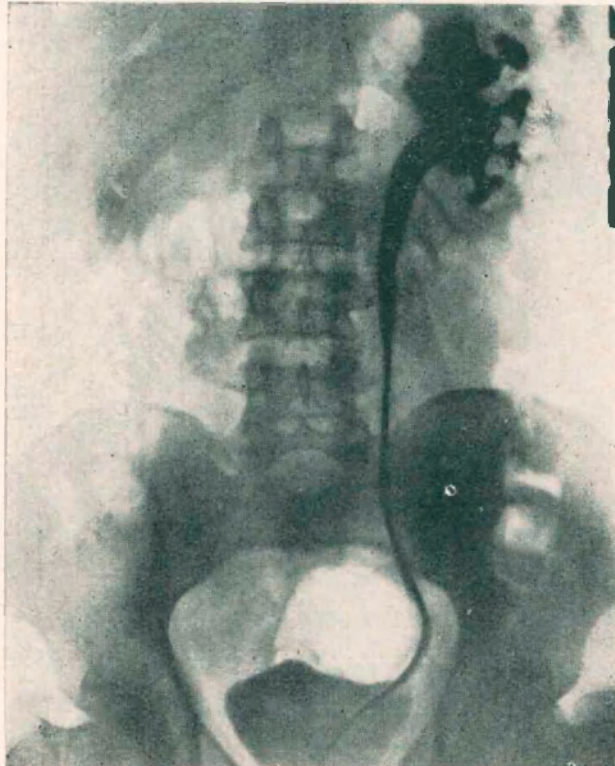


Figura N° 3.

esta afección. Creemos que la conducta seguida con nuestro enfermo es la lógica y la única que debe seguirse en este tipo de cirugía, para estos casos,

La urografía excretora al Uroselectan, demuestra una buena eliminación en el lado izquierdo, apreciándose mejor las sombras irregulares en el polo superior del riñón; el lado contrario por supuesto es normal (Figs. 2 y 3). Se practica una pielografía ascendente (13-VIII-937), cuya imagen es menester

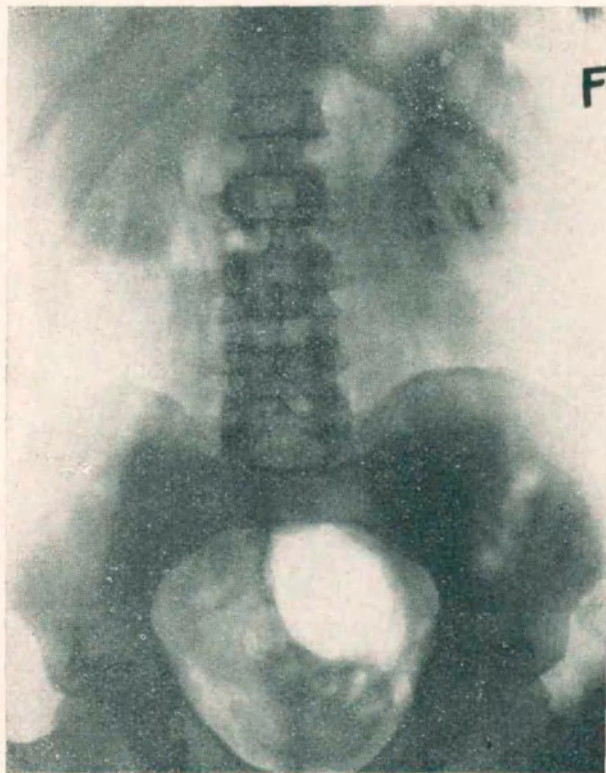


Figura N° 4

analizar (Fig. 4); se observa la sombra pielocalicial algo dilatada, con un cáliz superior amplio y con una sombra algo mayor que ese cáliz, redondeada y algo irregular en sus bordes, separada netamente del cáliz secundario superior y en comunicación con la base del cáliz primario; es de hacer notar que esta pielografía fué ejecutada sin mucha distensión, ya que el enfermo en ningún momento sintió dolor después de inyectar unos 20 c.c. de solución de yoduro de sodio al 30 %.

El enfermo es operado el 26-VIII-937, bajo anestesia etérea. Incisión lum-

bar clásica. Se llega a la "loge" previa sección del doble plano muscular de la región; se aísla al riñón con dificultad por la vía extracapsular, encontrándose una bolsa quística del tamaño de una mandarina en el polo superior del riñón, cuyo parénquima está bien conservado. El quiste es abierto a bisturí, no dando salida a vesículas ni líquido. Se efectúa una buena limpieza al formol y se

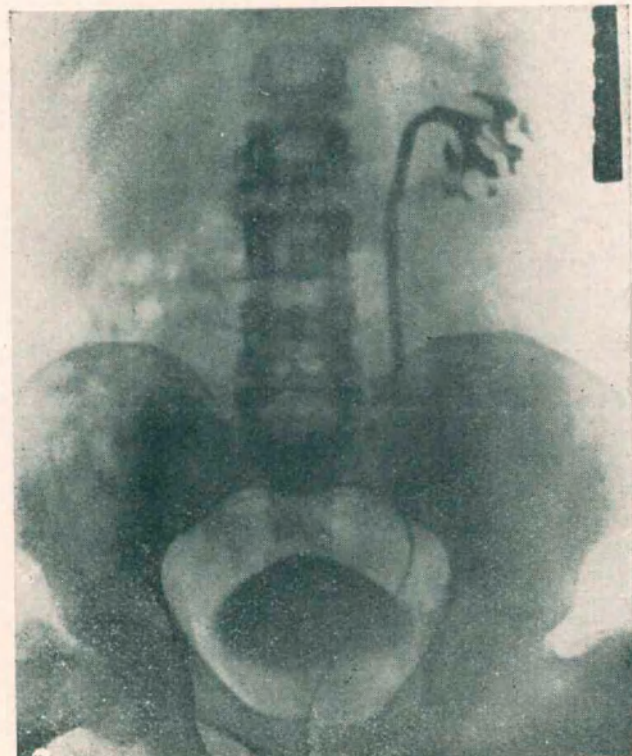


Figura N° 5

comprueba una amplia comunicación de la bolsa con las vías de excreción que permite el pasaje de un dedo índice hasta la pelvis renal. La pared quística está tapizada de precipitados calcáreos en gran extensión. Se marsupializa previa resección de una buena parte de la pared de la bolsa, suturándose el borde de la cavidad residual al plano músculo-aponeurótico; drenaje posterior con tubo. Cierre de la pared por planos al catgut. Piel, con crin. Curación. El post-operatorio fué sin incidentes. Durante un mes y medio pierde orina por la herida lumbar. La instilación de un líquido colorante por dicha herida aparece con rapidez en la orina vesical, desapareciendo de la herida.

A los dos meses de la operación la cicatrización es completa.

Se ejecuta nuevo examen funcional a la cromo-cistoscopia, comprobándose una mejoría franca en la eliminación, pues aparece el colorante a los seis minutos y bien coloreado.

Hemos efectuado In nuevo examen radiológico, primero con Uroselectan que no es demostrativo, y posteriormente una pielografía en que puede verse de las vías de excreción y la imagen de la cicatriz quística con algunas sombras calcáreas (Fig. 5).