

Servicio de Urología del Hospital
Mar del Plata. Jefe: Dr. J. J. PEREDA

Por los Doctores
JUAN JOSE PEREDA
y JORGE R. DIETSCH

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS QUISTES HIDATICOS PARARRENALES. PRESENTACION DE DOS CASOS

N. N., 9 años. Ingresa al hospital el 2 de noviembre de 1933.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales y enfermedad actual. — Nacida a término: lactancia materna; sarampión a los tres años. No ha presentado hasta ahora otra clase de molestias. Hace unos días la madre observó que en su flanco derecho se notaba una tumoración por lo que concurre al hospital.

Examen clínico general. — Estado general muy bueno. Apirética, pulso regular.

Cabeza, cuello y tórax. — Nada de particular.

Abdomen. — Deformado por la presencia de una tumoración que ocupa el flanco derecho, del tamaño de una cabeza de feto y cuyos límites son: por arriba la parrilla costal; por abajo la línea biilíaca; por fuera alcanza el límite del abdomen; y por dentro llega hasta la línea umbilical. De superficie lisa, no doloroso a la palpación, de consistencia elástica, no adhiere a la pared anterior del abdomen que es de aspecto y consistencia normales. Por la palpación bimanual se constata un peloteo franco; con la respiración excursiona aunque no en forma muy amplia; se desliza de arriba hacia abajo unos cuatro centímetros y lateralmente puede hacerse hacia afuera. No es posible llevarlo ni hacia arriba ni hacia adentro. Da la impresión de hallarse adherido a la pared posterior. El borde hepático se halla perfectamente separado del tumor.

Examen clínico urológico. — Micciones normales. Orinas limpias.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical. Mucosa, cuello y orificios ureterales no presentan nada digno de mención.

Carmin de índigo (endovenoso). — R. D.: 4'. R. I.: 4'.

Examen funcional de riñones. — Cateterismo fácil (sondas N^o 11). La cantidad de orina extraída de ambos riñones y su valor funcional, son equivalentes.

Radiología. — Rad. N° 1. Urografía excretora (a los 15' de la inyección). Se observa perfectamente la sombra ovalada del quiste que ocupa todo el flanco derecho. En su límite o polo superior, al superponerse al tercio inferior del riñón, refuerza su opacidad pudiéndose ver perfectamente delimitado el borde superior del quiste y el borde inferior del polo renal. En su límite inferior llega hasta cuatro centímetros por debajo de la cresta iliaca. En su límite externo llega



Radiografía N°. 1. Uroselectan B- (15').

hasta pared muscular y en el interno cruza oblicuamente el cuerpo de la tercera y cuarta vértebras lumbares de derecha a izquierda formando la curva en esta última y cruzando luego de izquierda a derecha la quinta lumbar y el tercio superior del aleron sacro.

La pelvis y cálices superior y medio de aspecto normal; el inferior si bien refuerza su sombra con la superficie del quiste, no presenta deformación alguna. El uréter desviado hacia la línea media sigue el borde interno del quiste ya anteriormente descrito.

Rad. N° 2. — Pielografía ascendente con yoduro de sodio. Se repite con rasgos mucho más marcados la descripción hecha en el urograma endovenoso.

Rad. N° 3. — Radiografía del colon por enema. Se puede observar con perfecta nitidez la sombra del quiste rechazando al colon ascendente hacia arriba y hacia la línea media.

Análisis. — Orina. Normal.

Sangre. — Recuento globular y fórmula leucocitaria. Glób. rojos 4.390.000.



Radiografía N° 2. Pielografía ascendente.
(Yoduro de sodio al 13,75%).

Leucocitos 8.800. Polinucleares Neutrófilos 70 por ciento. Linfocitos 19 por ciento. Mononucleares 2 por ciento. Eosinófilos 4 por ciento.

R. W.: Negativa.

Glucosa: uno por mil.

Urea: 0,28 por mil.

R. de Cazzoni: Francamente positiva.

Con los anteriores elementos de juicio, llegamos a la conclusión de que se trata de un quiste hidático retroperitoneal y extrarrenal, por lo que se resuelve intervenir a la enferma.

Operación. — Anestesia etérea. Incisión lumbar corta. Se investiga el espacio de Grynfelt y se incinden las fibras de la aponeurosis del transverso. Inmediatamente por debajo de éste se encuentra la superficie del quiste. Se aísla con gasa y se punza inyectándosele 10 c.c. de solución de formol al 1 por ciento. De inmediato se introduce el trocar del aspirador de Finochietto y se evacua comple-



Radiografía N°. 3. Colon por enema opaco.

tamente arrastrando incluso las membranas. Se agrande la incisión y se comprueba por la palpación la independencia absoluta del quiste y del polo inferior del riñón.

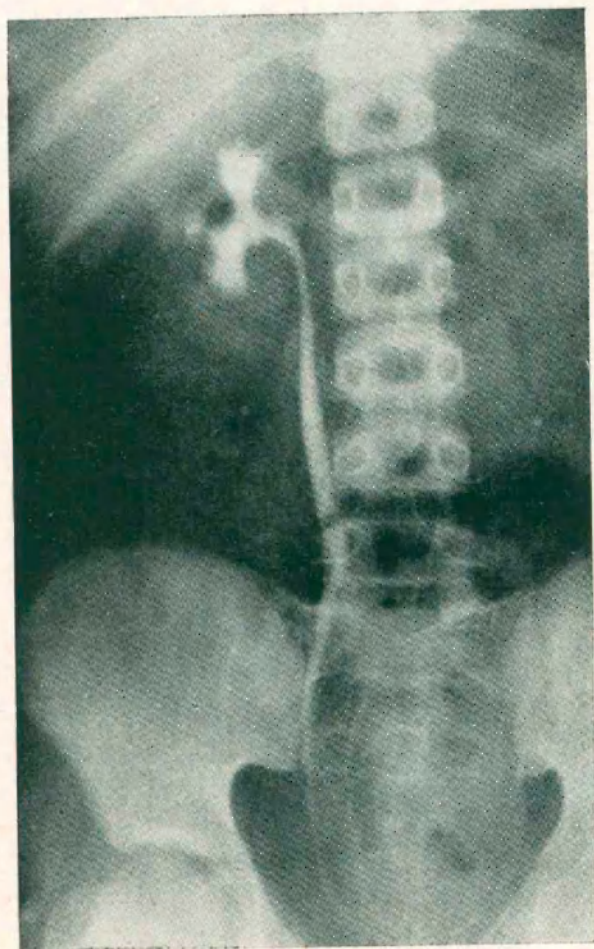
Se formoliza con todo cuidado la cavidad quística y comprobado perfectamente la absoluta limpieza de la misma, se sutura la adventicia.

Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. — Perfectamente normal. A los quince días la enferma está en condiciones de ser dada de alta. Se le cita para un mes después a fin de hacer las radiografías de contralor.

Radiología. — Rad. N° 4. Pielografía ascendente. Se ve el riñón en muy buena posición. Los cálices y pelvis de aspecto y conformación normales. El uréter ha recuperado su posición.

Rad. N° 5. — Del colon por enema. Ciego y colon ascendente en posición completamente normales.



Radiografía N°. 4. Pielografía ascendente.
(Yoduro de sodio al 13,75%).

N. N., 23 años, casada. Ingresa al hospital el 8 de abril de 1940.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — A los 12 años apendicitis. Se opera de urgencia, dejándole drenaje.

Enfermedad actual. — Desde hace un año a causa de vómitos y mareos fué examinada y se observó que tenía una tumoración en el flanco derecho. De entonces a ahora ha creído notar que ésta iba creciendo, sintiendo al mismo tiempo algunos dolores de poca importancia. Hace un mes se siente decaída y con poco apetito.

Examen médico general. — Muy buen estado general. Enferma apirética. Pulso normal.

Abdomen. — A la inspección no se observa nada digno de mención. En flanco derecho se palpa una tumoración redondeada, lisa, poco dolorosa, del tamaño de un huevo de avestruz, que por arriba se puede limitar por el reborde costal:



Radiografía N° 5. Colon por enema opaco.

por abajo llega hasta un través de dedo por encima de la cresta ilíaca; por fuera alcanza el límite del abdomen y por dentro llega a dos traveses de dedo de la línea media. Hay peloteo franco y excursiona discretamente con los movimientos respiratorios. El borde hepático se halla perfectamente separado de la superficie del tumor.

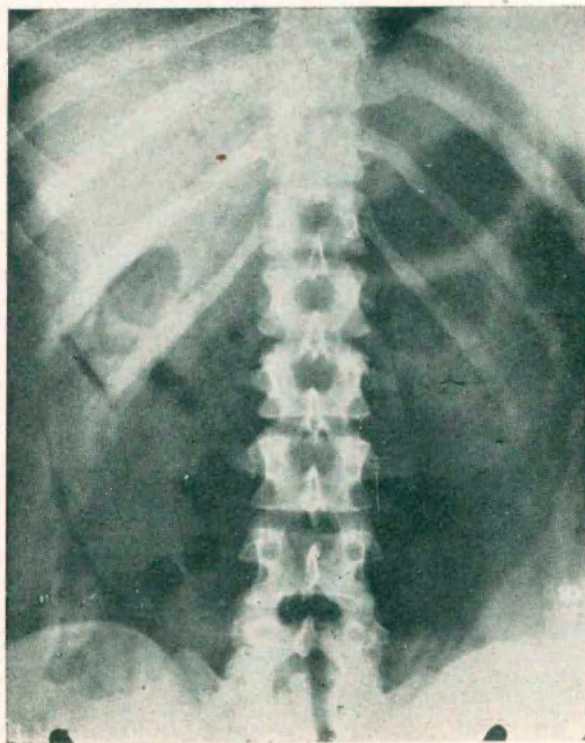
Examen clínico urológico. — Micciones normales. Orinas limpias.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical. Mucosa, cuello y orificios ureterales normales.

Carmin de indigo. — R. D.: 4' R. I.: 4' (vía endovenosa).

Separación de orinas. — Cateterismo fácil (sondas N° 12). El examen de la orina por separado es equivalente en su cantidad y valor funcional.

Radiología. — Rad. N° 6. Simple. Lado derecho, en pleno flanco, se puede observar la presencia de un tumor, ovalado, cuyo límite inferior llega hasta un través de dedo de cresta iliaca. Su límite superior superpone su sombra a la del polo inferior del riñón entre primera y segunda vértebra lumbar. Su límite externo llega hasta pared muscular del abdomen. Su límite interno pasa en forma tangencial por la base de la apofisis transversa de la tercera vértebra



Radiografía N° 6. Simple.

lumbar. Sobre este límite interno y como formándole un marco puede observarse el rosario de gases del colon ascendente ligeramente desplazado hacia adentro.

Rad. N° 7. — Pielografía ascendente con yoduro de sodio. Se repite exactamente lo observado en la radiografía simple. A eso debemos agregar que la imagen pielocalicial es perfectamente normal. El uréter sólo presenta una ligera desviación hacia la línea media.

Rad. N° 8. — De colon por enema. No es tan explicativa como la del caso anterior, pero puede observarse perfectamente una falta de relleno del colon ascendente y del ciego.

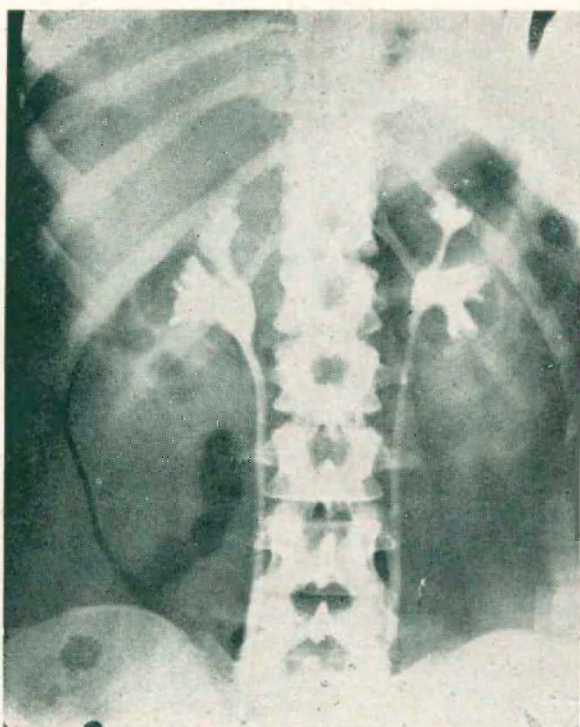
Análisis de laboratorio. — Orina. Normal.

Sangre. — Recuento globular y fórmula leucocitaria. Glóbulos rojos 4.850.000. Leucocitos: 8.400. Polinucleares neutrófilos: 67 por ciento. Linfocitos: 22 por ciento. Eosinófilos: 5 por ciento. R. W.: Negativa.

Glucosa: 1 por mil.

Urea: 0,30 por mil.

R. de Cazzoni — Francamente positiva.



Radiografía N° 7. Pielografía ascendente.
(Yoduro de sodio al 13,75%).

El diagnóstico de quiste hidático retroperitoneal y extrarrenal, nos pareció el más exacto, por lo que resolvimos intervenir a la enferma.

Operación. — Anestesia peridural de Pagés (novocaína - pantocaína). Incisión lumbar corta. Con facilidad se investiga el espacio de Grynfelt incindiéndose de inmediato las fibras de la aponeurosis del transversario. Se ensancha la brecha con los separadores de Farabeuf, encontrándose inmediatamente por debajo con la superficie del quiste; se aísla con gasa y se punza inyectándosele 10 c.c. de solución de formol al 1 por ciento. De inmediato se introduce el trocar del aspirador de Finochietto, evacuándose todo el contenido incluso las membranas. Se comprueba por la palpación su independencia del polo inferior del riñón. Se formo-

liza nuevamente la cavidad y se sutura la adventicia. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. — Perfectamente normal. La enferma es dada de alta a las dos semanas, indicándosele regrese al mes siguiente para hacerle las radiografías de contralor.

La enferma regresa un mes después, manifiesta encontrarse perfectamente bien pero se niega a ser sometida a nuevos exámenes radiográficos.



Radiografía N°. 8. De colon por enema opaco.

COMENTARIOS

Son múltiples las variedades de tumor que se pueden presentar en la región retroperitoneal. Gran mayoría de ellos presentan caracteres comunes que de por sí ya hacen dificultoso su diagnóstico. Debemos agregar a esto, los grandes tumores abdominales que con su enorme volumen, anulan todos los puntos de reparo y muchas veces llegan a hacer imposible averiguar el órgano de que proceden.

El primer paso en el estudio de su sintomatología general es establecer la existencia del tumor retroperitoneal.

Este se desarrolla siempre en la parte profunda o posterior del abdomen y al crecer lleva por delante los órganos abdominales que se hallan sujetos a la pared posterior a los que empujan primero y rechazan luego lateralmente. Es el examen radiográfico uno de los elementos más eficaces en el diagnóstico diferencial de estos tumores. El neumoperitoneo y la neumorradiografía completan en muchas ocasiones la posibilidad de este diagnóstico pudiendo ponerlo de manifiesto directamente.

Los tumores retroperitoneales son considerados como tumores fijos; sin embargo son a veces influenciados tanto por los movimientos respiratorios como por los cambios de postura, lo que hace de ellos entonces, tumores no movibles, pero sí deslizables. Cuando esto falta por completo, es típico de una implantación o de los abscesos.

En general la regla no es tan absoluta y tenemos movilidad relativa ya sea por la inserción laxa de la serosa en los tumores que se hallan influenciados por los movimientos del diafragma y cuando más ancho es el tumor en comparación a su base; en los tumores renales donde las facias que los sostienen son más o menos flojas y en algunos tumores que primitivamente retroperitoneales se elevan libremente dentro del peritoneo pero que al hacerlo se salen de la esfera de esta clasificación.

Ahora bien, dentro de esta concepción general de tumores retroperitoneales tenemos los tumores sólidos y los tumores quísticos; pero todos encuadran dentro de una clasificación regional: medianos y laterales derechos e izquierdos.

Entre los tumores quísticos laterales derechos encuadran los que han sido objeto de esta comunicación.

Su localización retroperitoneal no es difícil de establecer. El intestino se halla generalmente por delante, o por delante y por dentro del tumor, pudiendo encontrarse también por fuera del mismo. El ciego es generalmente rechazado hacia arriba, y si el tumor es de localización muy alta, es el ángulo hepático del colon rechazado hacia adelante o empujado hacia abajo o hacia el plano medio. Igualmente el uréter es llevado hacia la línea media por el desplazamiento del tumor.

Debemos igualmente establecer el diagnóstico diferencial con los tumores o quistes hidáticos del hígado. Con frecuencia la palpación

puede apreciar el borde del hígado; y más si es posible se deben intercalar los dedos entre el tumor y la arcada costal. Es de importancia igualmente percutir la zona timpánica del colon transverso entre la matitez hepática y la tumoral.

Localizado el quiste en el retroperitoneo sólo nos queda por establecer la naturaleza etiológica del mismo y su relación con el parénquima renal. El examen serológico nos descartará o asegurará su naturaleza hidática. El examen pielográfico y funcional nos garantizará la integridad del parénquima renal.

El tratamiento debe ser eminentemente quirúrgico. La vía por nosotros elegida con la pequeña incisión lumbar y a través del espacio de Grynfelt, nos parece la más indicada, pues permite llegar a la atmósfera perirrenal con un *mínimum* de traumatismo. Si bien nosotros por causas de excepción hemos usado anestesia general y peridural, no lo creemos necesario, siendo ésta en realidad una intervención fácilmente practicable con anestesia local.
