

QUISTE HIDATIDICO DE RIÑON DERECHO

Por el Dr. LUIS R. MOLINA

Fué presentada al 2º Congreso Panamericano y 1º Argentino de Urología, del año 1937, por mi maestro el Profesor Bernardino Maraini y el que subscribe, la estadística comentada de la hidatidosis renal, del Servicio de la Cátedra oficial, desde el año 1915 hasta aquel entonces. Ella comprendía a doce casos de quiste hidático de riñón, en sujetos de 16 a 20 años de edad, uno únicamente en mujer, siete del lado izquierdo y cinco del derecho todos quistes abiertos: de fácil diagnóstico, presentando en su totalidad, la triada sintomática característica de esta afección: dolor, tumor y expulsión de vesículas; fueron tratados quirúrgicamente; seis nefrectomías y seis marsupializaciones; habiendo sido impuesta la directiva operatoria, en virtud del grado de funcionalismo renal y sobre todo, por las adherencias del quiste a los órganos vecinos. El resultado fué bueno, y todos nuestros enfermos curaron. Desde aquel entonces hasta la fecha, casi ocho años, no me ha sido dado observar, un solo caso de quiste hidático renal, hasta el presente, y en el convencimiento de que se trata de una afección rara en nuestro medio, es que presento esta historia clínica, a fines puramente estadísticos.

H. P. de 25 años de edad. Argentino. De Coronel Suárez. Provincia de Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios sin importancia, y en cuanto a los personales, dice haber sido siempre sano. Blenorragia hace seis meses, sin complicaciones, que trató. En la actualidad no existe secreción uretral y sus orinas son límpidas.

Enfermedad actual. A los 15 años, es decir hace 10 años, una mañana al levantarse, siente un fuerte dolor en la región lumbar derecha, dolor de gran intensidad, que lo obliga a doblarse (expresión del enfermo), sin fiebre, ni vómitos y con francas irradiaciones al testículo del mismo lado. Dura aproximadamente cuatro horas, y cesa sin medicación alguna. Luego de este episodio continúa su vida habitual.

A los cuatro meses, nuevo síndrome doloroso, con iguales características que el anterior, para volver a repetirse cinco meses después: llamándole la atención, que este último ataque cesa, al eliminar durante su micción, varios cuerpos extraños, del mismo tamaño de un poroto, de

forma irregular, de la misma coloración de la orina y de consistencia gelatinosa. Durante tres años el paciente continúa bien, al cabo de los cuales, otro cólico, en el cual es necesario recurrir al pantopón para calmarlo. Nuevo período de calma de cuatro años, hasta que se repite un nuevo cólico.

Desde hace tres años observa que durante su micción, elimina membranas de diverso tamaño, que con remisiones variables se repite hasta la actualidad. La expulsión de estos cuerpos membranosos, ha sido precedida de un cólico renal, algunos más intensos que otros, en los últimos pequeña hematuria terminal, nos dice el enfermo.

Hace un mes nuevo cólico con expulsión de membranas.

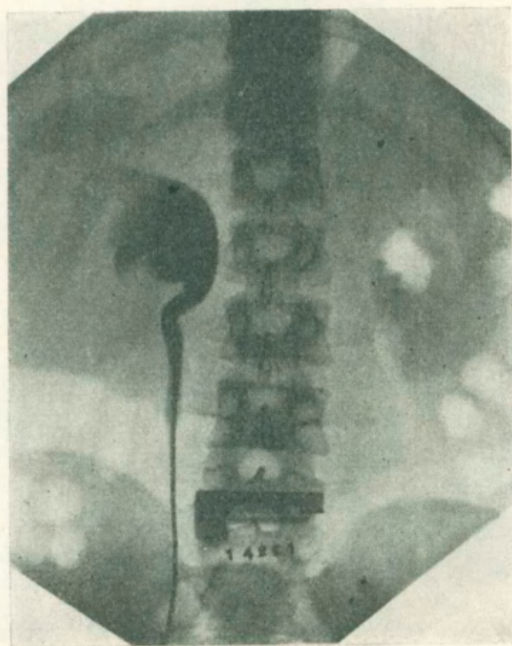


Figura 1

Pielografía ascendente derecha.

De modo pues, que nuestro enfermo, acusa un síndrome doloroso periódico, que localiza en la región lumbar derecha, con irradiaciones hacia el testículo, con todas las características del cólico nefrítico, con expulsión de membranas y pequeñas hematurias.

Estado actual. Buen estado general. Ambulatorio perfecto. Apirético. Del examen somático de su sistema nervioso, de sus aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo, se constata el regular funcionamiento de los mismos. El hígado presenta caracteres normales.

Examen de su aparato urinario. La inspección negativa. Riñones. Derecho: Fácilmente palpable; del tamaño de un huevo de avestruz, no doloroso, ligeramente móvil con los movimientos respiratorios, y colocado el enfermo en decúbito lateral, escaso desplazamiento hacia adentro. Mate a la percusión anterior, con ligero timpanismo intestinal, siendo negativa la

demarcación con la matitez hepática, constatándose la existencia de un surco entre el tumor y el hígado.

Izquierdo: no se palpa, indoloro.

Punto ureteral superior derecho: positivo.

Vejiga: a la inspección y palpación, nada de particular.

Próstata y vesículas seminales: por tacto rectal: normales.

Organos genitales externos: idem.

Micción: normal.

Examen cistoscópico: Capacidad, 200 c.c. Sensibilidad, normal, medio transparente, mucosa



Figura 2
Pielografía ascendente izquierda.

sevisual normal, el uréter izquierdo eyacula normalmente, no apreciándose eyaculación en el derecho.

Examen de orina: Densidad 1021. Urea: 16.60. Cloruros: 9. Como elementos patológicos ligera albuminuria. No hay sangre ni pus.

Cassoni: Positiva.

Examen de sangre: Glóbulos Rojos. 5,230,000. id. blancos: 6.500.

Eosinofilia: 2 %.

Urea en suero: 0,32 %.

Prueba del índigo carmín. Riñón Izquierdo a los cuatro minutos eyaculación francamente coloreada. Riñón Derecho, no se observa eyaculación a los 15 minutos.

Cateterismo ureteral y P. S. P. Fácil cateterismo. Riñón izquierdo: en 70 minutos 180 c.c. de orinas claras. P. S.P. 60 %

Riñón derecho: no funciona.

Reacción de Wasserman: Negativa.

Constante Ureosecretoria de Ambard: 0,082.

Examen anatómopatológico de las membranas expulsadas con la orina: Vesículas hidatides.

Estudio Radiográfico: Radiografía simple: mala radiografía por aerocolia. No se observan las siluetas renales.

Nº 1. — Pielografía ascendente derecha: Silueta renal grande, aumentada en todos sus diámetros, desde la 11ª dorsal al borde inferior de la 3ª lumbar. Pelvis renal grande, de borde

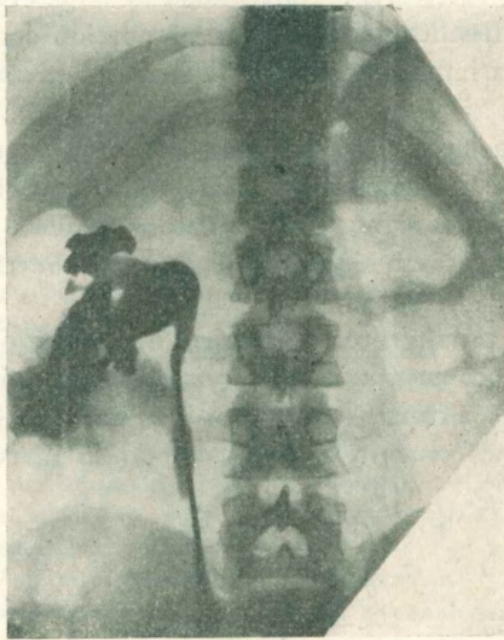


Figura 3

Pielografía ascendente derecho post-operatoria.

superior interno redondeado y regular, borde inferior irregular. Se observan los cálices medio e inferior amputados. Cáliz superior grande en comunicación con la cavidad quística. (signo de la copa). En la unión del cáliz superior con el quiste, se nota la presencia de una sombra ovoídea, de contorno claro, que parece ser una vesícula hidatide. Uréter con acodadura en su segmento superior.

Nº 2. — Pielografía ascendente izquierda: normal.

Tratamiento. Operación: Marsupialización. Anestesia general, eter. Incisión lumbar de 12 cm. se llega a la celda renal y se constata la existencia de innumerables y fuertes adherencias que imposibilitan la exteriorización del órgano, imposibilitando por consiguiente la ectomía del mismo. Se efectúa entonces, incisión, y aspiración del contenido del quiste. Se extrae más de

un litro de líquido ligeramente blanquecino, acompañado de gran cantidad de vesículas hijas. Se lava la cavidad del quiste, que tiene una circunferencia de más o menos 15 cm. en su mayor diámetro, con solución de formol a 10 %. Se marsupializa y se dejan dos tubos de drenaje.

Post-operatorio. Lavajes diarios de la cavidad con solución de formol al 10 %. Se extraen trozos de membrana quística, que se desprende a pedazos. A los diez días se desprende toda la membrana; el drenaje se retira a los veinte días. A los dos meses la fístula lumbar está cerrada. A los veinticinco días de operado se obtiene la pielografía ascendente N° 3, en donde además de la comunicación con el exterior, se observa la reducción del tamaño de la pelvis, cuyos cálices se delimitan con mayor nitidez y el quiste enormemente reducido.

La historia clínica que antecede, es un caso típico de quiste hidático renal abierto en las cavidades excretorias. Enfermedad de larga evolución y eminentemente destructiva, que lleva con el tiempo a la anulación del riñón en que se ha desarrollado. De ahí la importancia de su diagnóstico precoz y su tratamiento inmediato.

Su sintomatología ha sido clara: tumor, dolor y expulsión de vesículas; la pielografía ascendente, quizá el medio radiográfico más eficaz en estos casos, nos ha mostrado uno de los signos característicos del quiste hidático del riñón, descrito por Lichtember como signo del plato y por Surraco, como signo de la copa.

En lo referente al tratamiento; quirúrgico, determinado por el estado de la región renal, que como consecuencia de la existencia del quiste que trae la formación de innumerables y fuertes adherencias, que obligan al cirujano, a valerse del procedimiento menos cruento y peligroso, tal la marsupialización.
