

Servicio de Urología del Hospital P. Pinero.  
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

## QUISTE HIDATIDICO DE RIÑÓN

Por el Dr. ALFREDO A. GRIMALDI

Los quistes hidatídicos del riñón, a pesar de los progresos alcanzados en lo que respecta a su diagnóstico y del lugar destacado que ocupa nuestro país como centro de hidatidosis, constituyen siempre motivo de comentarios, ya sea por sus particularidades sintomáticas o evolutivas, por la conducta terapéutica o por su indiscutible limitada frecuencia.

*Surraco*, además de establecer una serie concluyente de principios para el estudio y tratamiento de esta afección, aporta 29 casos personales al Primer Congreso Argentino de Urología de 1937 (1): a éste presentan *Maraini y Molina* una estadística de 12, correspondiente a la Cátedra Oficial, y recién 8 años más tarde, observa *Molina* (2) un nuevo caso.

Recordamos que *Spurr* (3) sobre 1.302 quistes hidatídicos fichados en los hospitales de Buenos Aires de 1901 a 1922, recoge sólo 43 observaciones renales (3,30 %), advirtiendo que *Herrera Vegas y Ciarnwell*, hasta 1901, hallan 20 casos sobre 976 (1,93 %) y que *Castex y Greenway* informan al Congreso de Anatomía Comparada de Atenas, en 1936, que sobre 3.096 enfermos operados en nuestros hospitales, 48 fueron quistes renales (1,58 %). *Díaz Colodrero y Martugat* (4), del Servicio del Dr. Del Pino, del Hospital Rivadavia, sobre 117 quistes hidatídicos observados de 1926 a 1940, encuentran 3 correspondientes al riñón (2,3 %). *Del Valle y Garre* (5) relatan un caso a la Academia de Cirugía, en 1940, recuerdan el aporte de ocho casos expuestos por *Vila E. B.*, en 1928, mencionando *Ivanissevich* la estadística del Instituto de Clínica Quirúrgica, de 14 operados; y *Allende* (6) contribuye con 5 casos. *Cisneros, Parisi y Cahn* (7) en 1944, observaron un caso raro de hidatidosis y tuberculosis renal asociadas: por su parte, *Mirizzi y Ricci* (8) presentan a la Academia de Cirugía, en 1940, dos casos, uno de ellos pararenal, en un interesante estudio diferencial.

Las últimas comunicaciones a la Sociedad Argentina de Urología corresponden a *Rebandi* (9), en 1941, *Sutra Canard* (10), en 1944, *Berri* (11), en

1945 y *Molina* (citado), en 1946. Anteriormente, debemos citar los casos de *Von der Becke*, *Di Ció y Rey* <sup>(12)</sup>, *Grimaldi F.* <sup>(13)</sup>, *Galvez y Garate* <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>, *Arrúes* <sup>(16)</sup>, *Comotto y Ratto* <sup>(17)</sup>, *Schapira* <sup>(18)</sup>, *Castañón*, *Surra y Bertolassi* <sup>(19)</sup>, *Grimaldi y Mathis* <sup>(20)</sup>.

En cuanto al Servicio de Urología del Hospital Piñero, al que pertenecemos, la última observación se refiere a un caso operado por Spurr en 1942, relatado por *Montanaro y Grieco* <sup>(21)</sup>. Desde entonces no se ha presentado otro hasta enero del corriente año, el cual es motivo de esta comunicación.

*Historia clínica.* — P. C., argentino, de 42 años, casado, maquinista ferroviario, nacido en la Capital Federal, donde ha residido ininterrumpidamente. Ingresó el 27-XII-1947. Alta: 11-II-1948. Cama 29.

*Antecedentes hereditarios y familiares.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Niega haber padecido enfermedad alguna de importancia. No es fumador ni bebedor. Ha residido siempre en la Capital, donde se desempeña como conductor de trenes eléctricos del P. C. O.

*Enfermedad actual.* — Aunque manifiesta que siempre ha sido sano, desde los 22 años de edad sufre de trastornos gástricos, post-prandiales, consistentes en ardores y sensación de pesadez, fenómenos de aparición tardía, que calmaban con la ingestión de alimentos o alcalinos. Con periodos intercalares de bienestar, de variable duración, sus molestias se han mantenido hasta hace 2 meses, en que se han intensificado, tornándose casi continuas, con ligeros dolores epigástricos sobre agregado, además de algunas molestias en hipocondrio izquierdo. Se le practica el estudio radiográfico de su aparato digestivo, que resulta absolutamente negativo, y el urográfico, cuyo resultado origina su remisión al Servicio de Urología del Hospital Piñero, donde se le interna en la cama 29, comprobándose el siguiente:

*Estado actual.* — Excelente estado general.

Orina: límpida en ambos vasos.

Uretra: permeable a explorador N° 18.

Tacto rectal: próstata de caracteres normales. No se palpan vesículas.

Genitales: constitución normal, sin particularidades.

*Aparato cardiovascular.* — Corazón: tonos normales. Pulso: regular, igual, tenso, frecuencia de 80 por minuto. Presión al baumanómetro: 150 y 90 mm. de Hg.

Abdomen: no se palpa hígado ni se percute aumentado de tamaño.

No existen puntos dolorosos característicos.

*Hipocondrio izquierdo.* — Se palpa una gran tumoración, regular, dura, ligeramente dolorosa, cuyo límite inferior se halla a unos 3 traveses de dedo del reborde perdiéndose el superior por debajo de la parrilla costal.

La movilidad respiratoria es muy limitada, teniendo franco contacto lumbar y peloteo.

Signo de Minkowsky, positivo.

El resto del examen somático no ofrece nada de importancia, habiéndose reducido a transcribir los datos positivos o negativos que juzgamos útiles.

*Examen endoscópico.* — Cistoscopia, con percaína al 2 %. Orina: clara, capacidad 250 c.c. Mucosa, cuello y meatos ureterales: de aspecto normal.

*Prueba del índigo carmín.* — Lado derecho, aparece intencionalmente a los 5' con buena proyección; lado izquierdo, aparece a los 8', débil concentración y proyección.

*Prueba de la sulfafenoltaleína.* — Aparece a los 10', elimina 85 % en 1 hora.

Urea en sangre: 0,27 gis. ‰. Glucemia: 0,94 grs. ‰. Eritrosedimentación: 1ª hora, 45 mm; 2ª hora, 65 mm. I. K. = 38.¼.

Glóbulos rojos: 4.760.000; glóbulos blancos: 6.100. Neutrófilos: 67; eosinófilos: 2; basófilos: 1; linfocitos: 24; monocitos: 6.

Análisis de orina: D. 1.018. No contiene elementos anormales.

Intradermoreaccin de Cassoni: negativa.

*Radiografía simple de árbol urinario:* negativa.

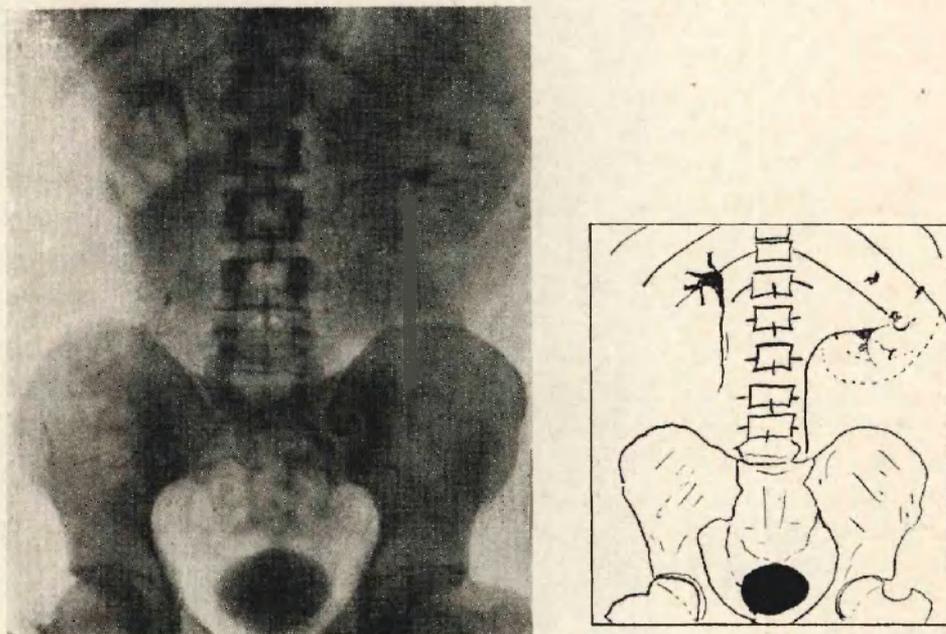


Figura 1

"*Urografía de excreción*" en la que se observa la sombra redondeada, a doble contorno, correspondiente a la tumoración renal izquierda. La pelvis y los cálices alterados por la compresión, que se ejerce de arriba hacia abajo, defomando y alargando sostensiblemente el cáliz superior.

*Urografía excretoria.* — El pielograma obtenido a los 30' permite observar en el lado izquierdo una sombra redondeada, a doble contorno, cuyo borde inferior se halla a 2 traveses de dedo de la cresta ilíaca, a la altura del borde superior de la 4ª vértebra lumbar, visualizándose la pelvis aplastada, como soportando el peso de una tumoración superior, que deforma y alarga ostensiblemente el cáliz superior. El uréter describe una curva a concavidad inferior en su extremo superior, aproximándose ligeramente a la columna. Sintetizando, las vías excretoras izquierdas parecen sufrir la acción de compresión y desplazamiento del órgano tumoral (Fig. 1).

*Pielografía ascendente izquierda.* — La uréteropielografía ascendente del lado izquierdo fracasa porque no es posible cateterizar más de 2 cms. el uréter, refluyendo el medio opaco a vejiga. "A posteriori" sobreviene una intensa reacción uretroprostática (con gran disuria,

piuria y hematuria) que atemoriza al enfermo, que no admite otra maniobra instrumental similar para repetir el examen pielográfico.

*Diagnóstico.* — La falta de la uréteropielografía ascendente nos privó de un elemento diagnóstico fundamental. Sin embargo, la imagen de la urografía excretoria es ilustrativa, sino categórica, para asegurar que la tumoración es renal y quizás quística, lo que corrobora los datos aportados por la palpación.

La evolución prolongada sin repercusión sobre el estado general y local, abogan por la naturaleza benigna del proceso.



Figura 2

"Fotografía de la pieza operatoria". Las  $\frac{4}{5}$  partes superiores corresponden a la masa tumoral y el resto al parénquima renal.

La falta de antecedentes de valor etiológico, la reacción de Cassoni negativa y la carencia de la pielografía por relleno nos han impedido, probablemente, establecer un diagnóstico con más precisión. En consecuencia, el enfermo fue sometido a la intervención quirúrgica con el diagnóstico de "gran tumor renal, probablemente benigno y quístico".

*Operación.* — 20-I-48. Cirujano: Dr. Alfredo Grimaldi. Ayudantes: Dres. Rubí y Susmano. Anestesia: raquídea (Novocaina 0,12 grs.) y Pentothal 1 gr.

Incisión lumboiliaca transmucular izquierda. Se aborda la "loge" renal, observándose una gran masa, esencialmente torácica, cuyas adherencias dificultan la liberación. Previa resección de la XII costilla, se desprende el órgano tumoral de sus intensas adherencias superiores y se exterioriza el todo, que se presenta como una masa ovoidea, regular, dura, del tamaño de una

cabeza de niño, de paredes acartonadas, tensas. Ocupa casi toda la glándula, de la que sólo se individualiza un segmento semilunar, en la parte más declive, correspondiente al polo inferior. La gran tumoración y la escasa porción de parénquima renal apreciable nos deciden a practicar la *nefrectomía total*.

Cierre por planos. Drenaje de "rubber-dam".

*Post-operatorio.* — Sin inconvenientes. Se retira el drenaje a los 5 días, los puntos a los 8.

*Examen anátomo-patológico.* — El estudio anátomo-patológico es efectuado por el profesor Julio C. Lascano González, que establece el diagnóstico de "quiste hidatídico de riñón,

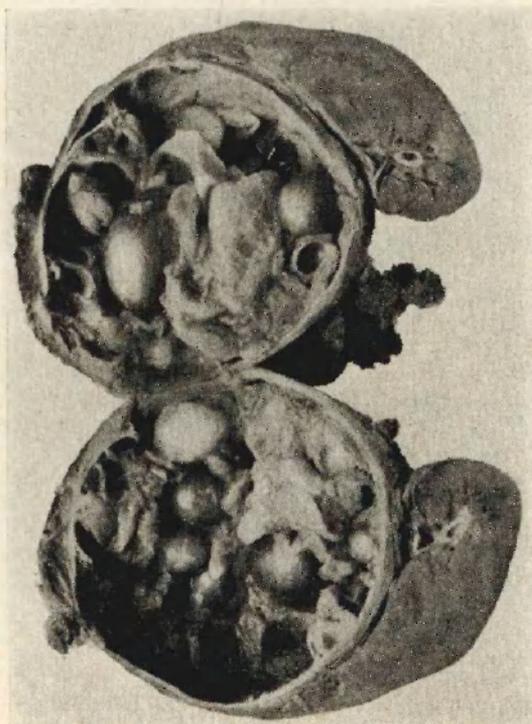


Figura 3  
"Sección frontal del quiste", que permite ver la deformación del riñón, la gruesa adventicia y el replegamiento de la cuticular hidatídica, así como gran cantidad de vesículas, índices éstos de la regresión del parásito.

con caracteres regresivos y muerte del parásito" (figuras 2, 3, 4, 5 y 6). Su informe "in extenso" es el siguiente:

Examen de: Tumor de riñón.

Nombre: P. C.

Fecha de recepción: 20 de enero de 1948.

Inclusión N° 2.015.

*Examen macroscópico.* — La pieza operatoria que se estudia corresponde a una nefrectomía y es una masa tumoral, ovoidea y bien delimitada, de las dimensiones de una cabeza de

niño. El riñón ha sido rechazado por un crecimiento, al parecer expansivo, de la tumoración y se encuentra formando un relieve en la superficie de ella como si hubiera sido esculpido (figura 2).

En una zona situada entre la tumoración y el riñón se ve salir el uréter, que no presenta señales de haber sido mayormente afectado. La palpación de la masa tumoral demuestra que se trata de una *coleccion líquida enquistada*, cuya pared parece bastante gruesa por la resistencia acartonada que opone a la deformación.

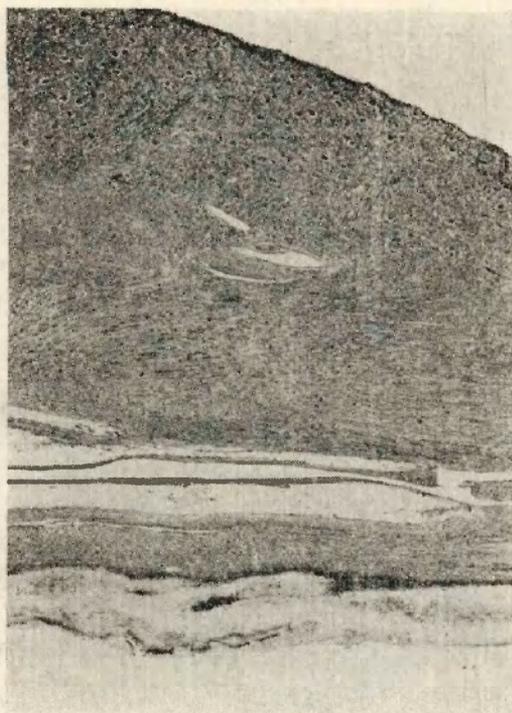


Figura 4

"Fotografía topográfica de un corte", que muestra en la parte superior al riñón casi sin lesiones histológicas y en la inferior a la adventicia con signos de degeneración hialina e infiltrados linfocitarios, especialmente entre ambas zonas. En el campo se observa la sección de un cáliz. Coloración: Hemalumb.e-cosina. Zeizz. Planar 100 mm. aumento 8 x.

Para completar el estudio macroscópico se corta la pieza en forma tal que comprenda la totalidad de la tumoración y el riñón al mismo tiempo; se descubre, así, que se trata de un *quiste hidatídico* (figura 3), con una serie de caracteres estructurales que denotan un intenso sufrimiento del parásito, con *fenómenos regresivos*. Ante todo, la adventicia es gruesa y fibrosa,

presentando zonas de lipoidosis con verdadero aspecto ateromatoso; la *cuticular* del parásito se encuentra completamente replegada y tumefacta, contribuyendo a llenar la cavidad del quiste. El *líquido* es claro en partes y turbio en otras. Este cuadro regresivo se completa con la presencia de gran cantidad de *vesículas hijas* endógenas, que constituyen otro indicio de sufrimiento del parásito.

*Examen microscópico.* — Para el estudio histológico se toman varias partes de la pared

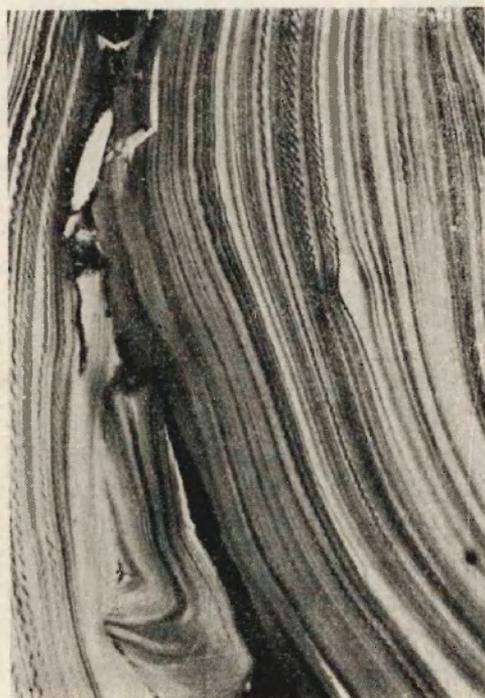


Figura 5

Disposición estratificada característica de las "*membranas hidatídicas*" que se encuentran replegadas en el interior del quiste. Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeizz, obj.: 10 x apocr. oc. 6 x peripl. aumento 170 x.

del quiste, incluyendo en algunas al parénquima renal, que no presenta, en apariencia, más alteraciones que la simple compresión, encontrándose respetada la mayor parte de la vía excretora.

En la *figura 4* puede verse una parte del riñón con sus caracteres estructurales conservados, salvo en la zona de contacto con el quiste, en la que contribuye a formar una gruesa adventicia, que presenta signos de degeneración hialina e infiltrados inflamatorios de tipo crónico. Estos fenómenos se repiten en todas las regiones de la adventicia y en algunas se agregan depósitos li-

poideos con focos de necrosis, así como acumulaciones de células gigantes de cuerpo extraño, que forman parte del granuloma hidatídico, siempre en actividad.

Las membranas parasitarias que se encontraban replegadas en el interior del quiste son de estructura histológica normal y presentan su clásica disposición estratificada (*figura 5*), sin embargo, sólo se conserva la cuticular, porque la germinativa ha desaparecido por necrosis lo mismo que los productos que elabora: vesículas prolíferas y scolex. De estos elementos, que

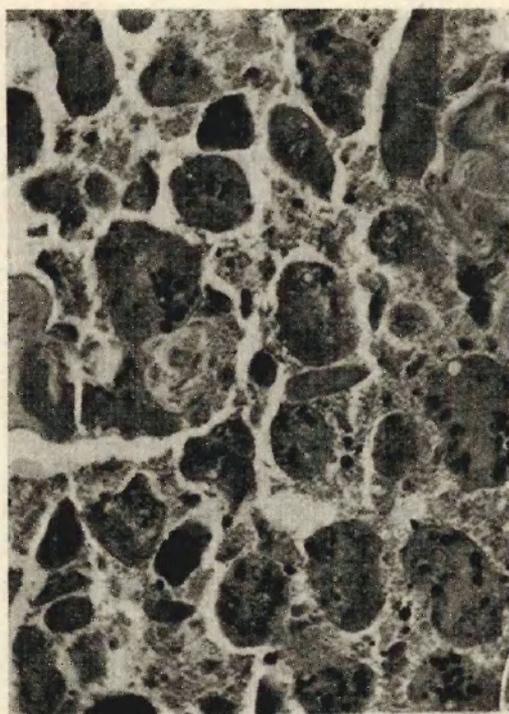


Figura 6

Un grupo de "scolex" muertos, que han perdido la mayor parte de sus caracteres estructurales. Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss. obj. 10 x apocr. oc. 6 x peripl. aumento 182 x.

constituyen normalmente la arenilla hidatídica, sólo quedan algunos casi irreconocibles porque han perdido la colorabilidad específica al sufrir una necrosis (*figura 6*).

En síntesis: Todos los caracteres macro y microscópicos del quiste estudiado demuestran que se trata de una formación que ha sufrido un proceso involutivo, llegando a la muerte del parásito, que ha detenido su desarrollo.

El enfermo es dado de *alta* el 11 de febrero de 1948 en buenas condiciones. A los 2 meses pudimos comprobar su estado, que era satisfactorio, sin molestias, habiendo reanudado sus tareas habituales.

## COMENTARIOS

Ante un caso de *quistes hidatídicos de riñón izquierdo*, cuyo diagnóstico no fué realizado previamente al acto quirúrgico, probablemente por insuficiencia del examen (carencia de ureteropielografía ascendente, sobre todo), practicamos la *nefrectomía total*. El tratamiento de elección, conservador, la quistotomía y marsupialización, no nos pareció justificado, en esta oportunidad, ante la magnitud de la tumoración y la escasa porción de parénquima renal apreciable, además de la inseguridad diagnóstica, que excluía, por otra parte el tratamiento biológico de Calcagno u otras consideraciones específicas.

Exponemos el caso porque constituye siempre un proceso raro dentro de la patología renal, no excediendo del 3 % de los quistes hidatídicos humanos y como ejemplo, negativo si se quiere, de la necesidad del estudio pielográfico por relleno como medio fundamental de diagnóstico, aunque advertimos que no había manifestación clínica de comunicación con la vía excretora ni pudo ser comprobada en el estudio anatomopatológico.

## RESUMEN

Un gran quiste hidatídico de riñón izquierdo, a forma clínica tumoral, de evolución abdomino-torácica y asintomático del punto de vista urológico, es tratado quirúrgicamente mediante la nefrectomía total.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Surraco L. y Laughero Ibaiz P.* — 1er. Congreso Argentino de Urología. 1937, pág. 37.
2. *Molina L.* — Rev. Argentina de Urología. 1946, pág. 246.
3. *Spurr R.* — 1er. Congreso Argentino de Urología. 1937, pág. 163.
4. *Díaz Colodrero A. y Marrugat O.* — Rev. Med. Quirúrg. de Patología Femenina. Abril de 1946, 25, pág. 120.
5. *Del Valle D. y Garré E.* — Boletín Acad. Argentina de Cirugía. XXIV, 1940, pág. 168.
6. *Allende J. M.* — Boletín Acad. Arg. de Cirugía. XXIV, 1940, pag. 258.
7. *Cisneros A., Pacini J. y Cahn C.* — Rev. de la Asoc. Méd. Arg. Julio 30 de 1944, pág. 584.
8. *Mirizzi P. y Ricci A.* — Bol. Acad. Arg. de Cirugía. 24: Nov. 18-20, 1940, pág. 1208.
9. *Rebaudi L.* — Rev. Arg. de Urología. 1941, pág. 451.
10. *Surra Canard R. de.* — Rev. Arg. de Urología. 1944, pág. 195.
11. *Berti D.* — Rev. Arg. de Urología. 1945, pág. 41.
12. *Von der Becke, Di Cío y Rey.* — Soc. de Urología. Año 3, t. I, Nov. 11 de 1927, pág. 577.
13. *Grimaldi F.* — Bolet. Soc. Cirugía de Bs. As. XIV, N° 13, Julio 23 de 1930, pág. 588.
14. *Gálvez I. y Garate O.* — Rev. Hosp. Español. Extr. en Rev. Arg. de Urología. 1932, pág. 178.

15. *Gálvez I. y Garate O.* — Soc. de Urología. Rev. As. Méd. Arg. 1933, pág. 49.
16. *Arráez L.* — Rev. Arg. de Urología. 1935, pág. 201.
17. *Comotto C. y Ratto J.* — Rev. Arg. de Urología. 1936, pág. 533.
18. *Schapira A.* — La Semana Méd. 1936, pág. 633.
19. *Castaño E., Surca Canard R. de y Bertolassi A.* — Rev. Arg. de Urología. 1937, pág. 317.
20. *Grimaldi F. y Muthis R. I.* — Rev. Arg. de Urología. 1938, pág. 33.
21. *Montanaro H y Grieco P.* — La Rev. de Med. y Ciencias Afines. VIII. Junio de 1946, pág. 33.