

Dr. Rebaudi: En ese caso la explicación sería que debido a la alcalinidad del medio se formarían los cálculos fosfáticos. Al acidificarse las orinas se produce la disolución de los mismos, desapareciendo las imágenes radiográficas.

Dr. Bernardi: Quisiera preguntar al Dr. Delporte si se le hizo al enfermo tratamiento antibiótico en forma intensiva.

Dr. Delporte: Sí, efectivamente, se le hizo al enfermo penicilina en altas dosis.

Dr. Bernardi: Esa sería entonces la razón de la desaparición de los cálculos por la etiología típicamente infecciosa.

URONEFROSIS BILATERAL POR QUISTE HIDATIDICO PELVIANO. QUISTECTOMIA

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCANO

La obstrucción ureteral bilateral por quiste hidatídico pelviano es una situación infrecuente de patología. Primeramente porque está mediatizado por la propia frecuencia de la enfermedad hidatídica, y segundo porque requiere el desarrollo de un gran quiste hidatídico, para que en su crecimiento sea capaz de establecer la obstrucción bilateral urinaria.

Siendo, en esas circunstancias, por la sintomatología que crea su presencia, diagnosticado antes que se establezca la situación que comentamos. Es por ello que no hemos hallado descripto un caso igual en la bibliografía.

El gran quiste hidatídico pelviano que comentamos fué exitosamente tratado por la quistectomía, vale decir por la extirpación del parásito con la adventicia, con un postoperatorio confortable y breve duración, sin complicaciones mediatas, ni inmediatas.

La consideración del caso nos afirma en la opinión de que la quistectomía es indiscutiblemente la operación de elección frente al quiste hidatídico, pues dadas las precarias condiciones generales del enfermo y el desarrollo de la afección nos induce a creer que la evolución de un postoperatorio largo y arrastrado, cual implican las otras dos técnicas quirúrgicas posibles, vale decir la marsupialización o el cierre sin drenaje, podían haber provocado un riesgo postoperatorio extraordinariamente grave y una evolución infausta del paciente.

Y a este respecto se puede agregar con convicción de que los riesgos de la quistectomía hidatídica, en lo que se refiere al postoperatorio no son mayores que los de las otras dos técnicas, y en algunos son evidentemente menores como en el caso que nos ocupa, a pesar de ser una intervención indiscutiblemente de técnica más difícil, con las consecuencias que de ello puedan surgir.

Al presente es evidente que los peligros de las intervenciones shockantes, por lo difíciles o prolongadas, han sido disminuídos extraordinariamente por los progresos de la Medicina y de las ciencias que a ella se vinculan, que han hecho posibles, con un mínimo de riesgos operaciones que antaño aparecieran como peligrosas para el enfermo, por más que se las reconociese como la solu-

ción más perfecta y radical de determinado problema de patología quirúrgica.

El caso comentado presenta también como hecho destacable la circunstancia de haber sido tratado anteriormente, en el lugar de su procedencia, por el método biológico durante varios meses, sin resultados ostensibles y presentando a pesar de ello la reacción de Casoni negativa.

Caso de observación personal:

R. O. 19 años, soltero, argentino, dependiente.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: No recuerda enfermedades de la infancia. Niega venéreas. Relata

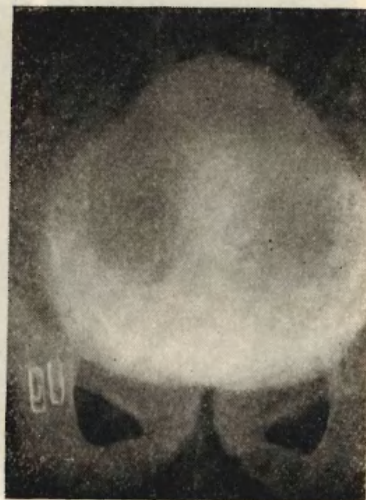


Figura 1

Figura 1

Figura 2

Urografía excretora preoperatoria, a los 40' de la inyección del contraste. Se observa una gran uronefrosis bilateral y la deformación de la vejiga por la compresión del quiste.

Figura 2

Cistografía preoperatoria. Se observa el aplastamiento de la vejiga, que ha adquirido un diámetro gigantesco, por el quiste.

que hace 4 años se le diagnosticó un quiste hidatídico del hígado, siendo tratado durante varios meses con el método biológico. Hábitos: alimentación mixta, no fuma.

Enfermedad actual: Desde hace tiempo tiene fenómenos de constipación intestinal, seguidos de diarreas indoloras. Desde la misma época acusa fenómenos disúricos, que han ido acentuándose con el tiempo, consistentes en disuria inicial, escasa fuerza de proyección del chorro y últimamente micción en varios tiempos.

Por esas molestias consulta a su médico en Ayacucho, quien aconseja su traslado a Mar del Plata.

Estado actual: 18-III-50. Estado general regular, panículo adiposo escaso. Enfermo apirético. Piel sana y mucosas bien coloreadas y húmedas.

Cabeza: Ojos: motilidad y reflejos normales. Pupilas céntricas, regulares, iguales, reaccionan bien a la luz y acomodación.

Boca: Dentadura en buen estado de conservación e higiene. Fauces libres.

Cuello: No se palpa tiroides, no hay ingurgitación venosa.

Aparato respiratorio: Examen físico sin particularidades patológicas.

Corazón: Choque de la punta a nivel del quinto espacio intercostal, línea meda claviclar. Ruidos claros en los cuatro focos. Tensión arterial: máxima: 130; mínima: 70. Pulso: regular, rítmico, igual. Frecuencia: 75 pulsaciones por minuto.

Abdomen: Plano, depresible. Hígado y bazo no se palpan, se percuten en sus límites normales. En el hipogastrio se palpa una tumoración redondeada, que llega a la altura del ombligo.

Sistema nervioso: Reflejos sin particularidades patológicas.

Aparato motor y articular: Sin particularidades.

Aparato urogenital: Uroscopía: orinas claras. Riñones se palpan bilateralmente aumentados de volumen, peíotean.



Figura 3

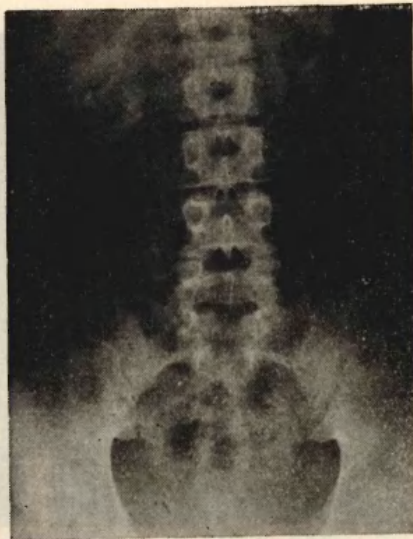


Figura 4

Figura 3
Cistografía post-operatoria. La vejiga ha recuperado sus características normales.

Figura 4
Urografía excretora post-operatoria. Se observa una evidente disminución de la dilatación pielocalicial.

Citoscopia: No es posible la introducción del aparato.

Tacto rectal: Se palpa una gran tumoración hasta donde llega el dedo, elástica, redondeada, no palpándose sus límites laterales. El tacto, acompañado con la palpación bimanual, colocando la otra mano en el hipogastrio, la delimita llenando toda la pelvis, hasta el ombligo.

Estudio radiográfico: Urografía excretora: uronefrosis bilateral. Cistografía; se comprueba el aplastamiento de la vejiga, que adquiere así un diámetro extraordinario.

Exámenes de laboratorio: 22-III-50. Urea en suero sanguíneo: 0,36%. Glucosa en sangre total: 1‰. Tiempo de coagulación: 7'. Tiempo de sangría: 1.19".

Numeración globular y fórmula leucocitaria: Glóbulos blancos 12.600. Hb. 84%. Polinucleares neutrófilos: 74%. Eosinófilos 1, basófilos 0, linfocitos 17, mononucleares grandes 3.

Examen de orina: Límpida, sedimento escaso, densidad 1025, reacción ácida.

Reacción de Cassoni: Negativa.

Operación: 2-IV-50. Anestesia: pentothal-éter. Laparotomía mediana infraumbili-

cal. Se diastasan los rectos y se cae de inmediato sobre un gran quiste, íntimamente adherido a la vejiga, a la que pasa por arriba, abriéndose el peritoneo. Se hace lo mismo con los uréteres, próstata, vesículas seminales y ambos deferentes profundamente adheridos a la periquística; logrado lo cual se sutura la vejiga que se había desgarrado, pues es muy friable, al despegarla del quiste. Protegiendo cuidadosamente con gasa a la región, se punza y aspira el quiste, el cual contiene un líquido cremoso con vesículas. Se continúa luego con la disección de la pared posterior del mismo, la cual a la izquierda se encuentra profundamente adherida al sigmoide, desgarrándose y suturándose prolijamente, continuándose luego la disección, desprendiendo el quiste del recto hasta el periné. La íntima adherencia en este punto induce a seccionar el quiste, dejando una pequeñísima porción adherida. Se explora la cavidad abdominal y se extirpan dos quistes del tamaño de un pomelo del epiplón mayor. A la palpación no se descubre quiste ninguno en el hígado. Se espolvorea con sulfamida, se cierra el peritoneo y los demás planos.

Post-operatorio: Enfermo apirético desde el primer día. Al décimoquinto se le retira la sonda uretral.

La urografía postoperatoria muestra una evidente disminución de la dilatación pielocalicial, al haberse suprimido la causa de la obstrucción ureteral bilateral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se presenta un caso de quiste hidatídico pelviano, que alcanzando un gran desarrollo había establecido un obstáculo al normal tránsito ureteral, trayendo la consecuente dilatación pielocalicial bilateral. Su tratamiento por la quistectomía implicó un completo éxito terapéutico y quirúrgico. La consideración de este caso de quistectomía hidatídica técnicamente difícil nos afirma en la convicción de que la quistectomía debe ser la técnica quirúrgica de elección frente al quiste hidatídico, siempre que no existan inconvenientes insalvables, más dependientes de la enfermedad en sí que de la situación del enfermo; pues a nuestro entender en enfermos en condiciones precarias surgen evidentes las ventajas de una intervención radical, definitiva y de breve post-operatorio. Como prueba del aserto presentamos el caso relatado.

DISCUSIÓN

Dr. Mathis: Quisiera decir algunas palabras sobre la terapéutica del quiste hidatídico vesical. Todos ellos los he tratado por la "marsupialización". El doctor Tittamanti Lescano ha hablado del desgarro del sigmoide al hacer la "Quistectomía", técnica que él ha considerado la adecuada en el caso presentado. El desgarro del sigmoide pone, naturalmente, en peligro la vida del enfermo, siendo por el contrario más simple la técnica de Surraco o también la de Posadas, que sería la técnica ideal.

Dr. Tittamanti Lescano: Quisiera recalcar lo siguiente: Abierto el quiste, éste contactaba por delante con el pubis, por detrás tocaba el sacro, por arriba tomaba contacto con el sigmoide, ocupando hacia abajo todo el periné. Vale decir, que la técnica de la marsupialización del mismo hubiera significado dejar una enorme cavidad supurante con la posible y casi segura evolución fatal del enfermo. Además los uréteres se hallaban englobados en la periquística, con lo que no se hubiese solucionado el problema de la obstrucción ureteral bilateral, casi únicamente posible mediante la liberación de ambos uréteres con la técnica de la quistectomía que nosotros realizamos. Además con los adelantos con que contamos actualmente en cirugía intestinal, la lesión del mismo no significa ningún problema serio de técnica quirúrgica ni tampoco implica riesgo grave para la vida del enfermo, no siendo equiparable dicho riesgo con el que representa dejar una cavidad supurante por el método de la marsupialización que propone el doctor Mathis.