

QUISTE HIDATIDICO DE RIÑON

Por los Dres. JUAN J. ARMENGOD y PEDRO J. SANTISTEBAN

No es nuestra pretensión hacer un estudio completo de esta enfermedad. La hidatidosis urinaria es excepcional en nuestro medio, a pesar de ser una zona eminentemente agrícologanadera. Tan es así, que en nuestro Servicio, con una capacidad de 40 camas entre hombres y mujeres, en un lapso de 22 años que está a cargo uno de nosotros, solamente hemos observado una quistosis múltiple retrovesical y un quiste hidatídico de riñón, que es el que aquí comentamos.

Afección sumamente rara, se ha calculado que la hidatidosis renal representa apenas el 3 % de los quistes hidáticos primitivos en el hombre. En general si exceptúan las localizaciones hepáticas, las localizaciones viscerales son muy raras, siguiéndoles luego las de pulmón, y luego las demás, ya mucho menos frecuentes, entre ellas las del órgano que nos interesa.

La localización del quiste en el riñón está determinada por la distribución de la circulación renal. Así es como el quiste se localiza de preferencia a nivel de la cortical, donde la corriente es más rápida y donde tiene mayores posibilidades de detenerse un cuerpo extraño, como lo son los elementos hidáticos. Desde aquí el crecimiento se hará hacia afuera o hacia el hilio, o bien hacia ambos lados. En la evolución posterior del quiste éste podrá permanecer enquistado, o bien abrirse paso hacia las cavidades renales, por un orificio más o menos pequeño, según lo ha indicado hace tiempo Surraco. La sintomatología estará dada por síntomas locales o generales.

Síntomas locales, dados por la presencia de la tumoración retroperitoneal, con deformación más o menos acusada del órgano, de acuerdo a su evolución y estado.

Síntomas generales, dados por la repercusión toxémica en el organismo parasitado, más los signos que el laboratorio habrá de despistar, como la eosinofilia, reacciones de desviación de complemento, etc.

Signos radiográficos, que habrán de variar de acuerdo a que se trate de un quiste cerrado, que se manifestará sobre todo por la repercusión sobre las cavidades pielocalicilares próximas, o bien abierto y mostrando los signos radiográficos, que Surraco destacara con tanta precisión ya hace años.

Y para terminar con estas breves consideraciones recalcaremos que es una afección que surca de una manera insidiosa, casi indolora a veces, manifestán-

dose generalmente por una complicación, y que ha de llevar a la destrucción del órgano sobre el que asienta dejado a su evolución natural.

Caso clínico: A. S., 56 años, jornalero. — Enfermo que hace poco tiempo reside en Santa Fe, procediendo de la provincia de Corrientes, vecino a Goya.

Comienza su enfermedad actual a mediados del mes de junio de 1957, con una hematuria total, casi indolora, de poca intensidad. Desde tiempo atrás manifiesta polaquiuria, disuria y nicturia. Ardor miccional terminal, ligero. Manifiesta no tener ni haber tenido dolores en fosas lumbares. Apetito conservado, adinamia discreta. Pérdida de peso poco intensa.

Entre los antecedentes personales, débese hacer constar que hace dos años, fué operado en otro Servicio bajo sospecha de neo de estómago, y según el enfermo no se comprobó nada. Pese a ello, la sintomatología que determinara su internación y posterior operación, consistente en dolores en zona epigástrica, y dispepsia tipo hepática, se mantiene presente en la actualidad, agregándose los síntomas que determinan su actual consulta.

Estado actual: Enfermo con discreta palidez de piel y mucosas. Uretra permeable, con sensación de roce vesical al explorador.

Cistoscopia: Mucosa vesical muy enrojecida que dificulta la visión. No obstante se puede observar un cuello hipertrófico, suculento, con columnas y celdas vesicales marcadas. Orificios ureterales bien implantados y congestivos.

Exámenes radiográficos: Las pielografías muestran una imagen redondeada, de paredes aparentemente calcificadas, en zona de riñón derecho, a la altura del polo superior. Signo de la copa de Surraco.

Análisis de materias fecales: Negativo. Cassoni: Positiva a la hora. Dudosa a las 12 horas. Orina: Ligeros vestigios de albúmina. Hemograma, fórmula leucocitaria, glucemia, uremia: Dentro de cifras normales. Eritrosedimentación: 1ª hora 25; 2ª hora 50. I. K. 25.

Operación: Bajo anestesia general, se practica incisión de lumbotomía, con resección de la 12ª costilla. Se llega a la fosa renal encontrándose intensa perinefritis, especialmente en polo superior, en el cual se constata un quiste multilobulado y fuertemente adherido al diafragma. Se disecan estas adherencias, y se punciona el quiste, evacuándose con el aspirador, líquido blanquecino con numerosas vesículas hijas. Se procede a la extirpación del quiste, previa formolización de la bolsa quística. Extirpación que se efectúa sin inconvenientes, excepto en la zona de un cáliz, desgarrándose la periquística pero lográndose su extirpación completa. Sutura de los labios renales, previa hemostasia cuidadosa; sutura de los labios renales que se hace con interposición de un trozo de gasa. Nefrostomía con sonda Nélaton a nivel del cáliz abierto. Cierre de loge renal. Drenaje. Cierre de partes blandas por planos. Cierre de piel.

Postoperatorio: Sin inconvenientes. Alta en buenas condiciones.

Posteriormente el enfermo fué radiografiado, no encontrándose manifestaciones radiográficas de anormalidad, y encontrándose en la actualidad libre de molestias.