

QUISTE HIDATIDICO RENAL. TERAPEUTICA CONSERVADORA

Por el Dr. CARLOS SLAPAK

La intención de esta presentación es comunicar un caso de Q.H.R. que fue operado mediante una procedimiento conservador poco frecuente, si tenemos en cuenta las publicaciones consultadas.

Se conoce perfectamente el mecanismo de implantación del parásito, sabiéndose que el hexacanto infectante procede del tubo digestivo y después de recorrer por vía venosa el hígado y el corazón, pasa a la corriente arterial, alcanza la corteza renal y allí anida y desarrolla el quiste.

En el momento actual, hay criterio general de la condición intracapsular renal en todos los casos.

La vía hematogena seguida por el parásito, nos obliga a pensar en la posibilidad de otras localizaciones, tanto intra como extrarenales para elegir el procedimiento terapéutico más adecuado. Por ello creemos que la búsqueda sistemática de todas las localizaciones posibles, debe ser la regla, pensando que el mismo quiste localizado o los eventuales que se hallen, pueden denunciarse por las reacciones serológicas y la eosinofilia. Si ambas están ausentes, es decir, son negativas como en nuestro caso, se plantean consideraciones etiológicas diferenciales.

Si es hidatídico: es viejo, con parásito inactivo o adventicia muy densa¹⁴, hablándose en este caso de "toxicidad cerrada"¹³.

Si no es hidatídico: debe diferenciarse entre:

- 1) Tumores de origen inflamatorio crónico (pionefrosis, carbunco).
- 2) Tumores de origen obstructivo (hidronefrosis).
- 3) Tumores embrionarios (adenomiosarcoma). Tumor de Wilms.
- 4) Tumores aberrantes o epiteliales malignos. Tumor de Grawitz.
- 5) Tumores epiteliales o conjuntivos benignos.
- 6) Quiste simple seroso (riñón poliquístico).
- 7) Cistoadenocarcinoma⁶ de riñón¹⁴.

De esta forma fueron eliminándose:

Por la edad y la naturaleza del órgano, los embrionarios.

Por la sintomatología estacionaria, la duración clínica prolongada (dos a tres años) y el mantenimiento de peso corporal: los tumores malignos.

Por la eritrosedimentación no acelerada: los tumores inflamatorios.

Por la localización polar con cálices intactos: los obstructivos y el carbunco renal (imágenes muy semejantes a Q.H. abierto).

Por la buena densidad radiológica (calcificación) y la falta de hipertrofia compensadora opuesta: el quiste simple seroso y el riñón poliquístico.

Quedaron entonces como posibles el Q.H. ya mencionado con "toxicidad cerrada" y los tumores benignos.

Ambas posibilidades, muy raras y el Q.H. lo es incluso en países que sufren la infestación en forma endémica¹⁴. Las frecuencias de localización renal son: Para Devé: 2,1 %; Küster: 4 %; Puigvert: 3 %; Reay y Rolleston: 2 %.

Se observa en el 1 % de los enfermos renales.

Merricks encontró sólo 3, y Hager reportó más de 500 casos en los E.E. U.U. de América¹¹.

Dentro del riñón, la frecuencia de localización es preferente en los polos o en el borde externo, y de ellos, la más frecuente la polar superior.

En cuanto a repercusión sobre el organismo, la hidatidosis renal es siempre grave por:

- 1) Adherencia y abertura a los órganos vecinos (intestino-pulmón).
- 2) Abertura en las vías urinarias e infección.
- 3) Persistiendo en el riñón, lo destruye y atrofia.

Estas circunstancias, decidieron la intervención quirúrgica en este caso, del cual se hará un breve resumen:

H. Cl. M. de R.: 45 años, casada, residencia habitual en la Capital Federal. Consulta por sentir desde hace 3 años, lumbalgia del lado izquierdo con sensación de pesadez que se extiende al flanco y que aumenta con los cambios de posición, sobre todo con el trabajo doméstico que le es habitual. Mantuvo su peso, buen apetito, no tuvo vómitos ni indigestiones, exoneración intestinal diaria, diuresis sin particularidades. No tuvo contacto con perros, ni con industrias frigoríficas.

Al examen el flanco izquierdo es doloroso a la palpación, apreciándose en el riñón izquierdo una tumoración palpable que parece corresponder a polo inferior, que se moviliza verticalmente con los movimientos respiratorios y muy poco lateralmente. La superficie es lisa, no fluctuante, la consistencia es firme y regular. Peloteo y contacto lumbar positivos. Puñopercusión discretamente dolorosa. Con fecha 10 de abril presenta hematopíuria y reacción de Casoni negativa. 15 de abril, radiografía de tórax, sin particularidades. Urografía: Radiografía simple (Fig. 1): tumoración redondeada de paredes



Figura 1.



Figura 2.

calcificadas de 6 cm de diámetro ubicada por debajo de la 5ª vértebra lumbar. Urografía excretora: buen funcionalismo renal bilateral. Riñón derecho, normal. Riñón izquierdo con cavidades de configuración normal, observándose el contacto de la tumoración con el polo inferior impresionando que desplaza al riñón hacia arriba y adentro, signo del creciente o segmento de luna mínimo positivo. Radiografía de perfil (Fig. 2): tumoración sobre columna vertebral.

Retroneumoperitoneo (Fig. 3): borde del psoas bien delimitado. Nitidez de la imagen tumoral en franco contacto con el polo inferior del riñón a la altura del cáliz inferior.



Figura 3.

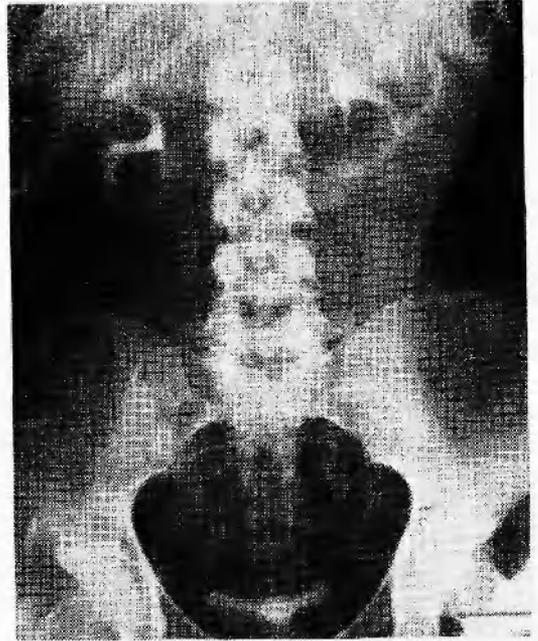


Figura 4.

Diagnóstico presuntivo: Quiste o tumor calcificados.

Intervención quirúrgica: 19 de abril de 1969. Lumbotomía transversa. Se llega a riñón izquierdo. En polo inferior y haciendo cuerpo con él, masa tumoral de 6 x 6 cm, esférica, emergiendo un 50% de la misma, de pared externa nacarado grisácea, consistencia fibrosa, contacta y adhiere a peritoneo, el cual se abre observándose la correspondencia con mesosigma. Hígado, bazo y anexos s/p. Se cierra peritoneo. Se libera polo superior. Resto de riñón completamente normal. Sin encontrar una verdadera cápsula, se hace plano de clivaje entre polo inferior del riñón y tumor; se penetra digitalmente a través de la cápsula propia del riñón, junto al borde del quiste, que se extrae suavemente desde el mismo borde hacia el fondo, completando la enucleación; hemostasia prolija del borde poco sangrante, con corona de puntos y de la "Ioge", que se presenta como una superficie renal parenquimatosa, fibrosa, semejante a la cara superficial del riñón, pero rugosa y despulida, sin patología macroscópica. Sólo se encuentran pequeños vasos que se ligan con puntos separados y con interposición de músculo y tejido celular subcutáneo, dejando drenaje de la "Ioge" por contraabertura. Se reintegra el riñón a su posición normal; cierre por planos.

La pieza que había sido inmediatamente examinada por anatomopatólogo, mostró una cúpula cubierta por fibrosa y cápsula, y una base desnuda con pericística intacta. Al corte de la adventicia, protrusión del contenido gelatinoso coloide muy denso con típicas vesículas. Se han encontrado ganchos equinocócicos.

24 de abril, se saca tubo de drenaje.

En octubre de 1970, pielografía normal (Fig. 4) —clínicamente sin particularidades—. Reacción de Casoni, negativa.

CONSIDERACIONES

Se había planteado el problema intraoperatorio: 1º) hacer diagnóstico por la eventualidad —aunque lejana— de tumoración maligna; 2º) hacer nefrectomía total o parcial, y si se consideraba esta última, hacer heminefrectomía o quistectomía.

Se consideró¹³ que la técnica a seguir dependía de:

- 1) Relaciones del quiste con el riñón (pediculado - sesil).
- 2) Tamaño del quiste (grosor de su adventicia).
- 3) Abertura en las vías excretoras.
- 4) Estado de infección.
- 5) Valor funcional del riñón enfermo.
- 6) Valor funcional del riñón sano.

El planteo por nefrectomía total incluía decisión grave¹⁴, y a ella se puede llegar habitualmente:

Por sorpresa (quiste de gran volumen, con riñón irreconocible).

Por seguridad (quiste en hilio disociando el pedículo renal).

Por necesidad desde el punto de vista:

a) del riñón (destruido, con valor funcional nulo) infiltrado por quiste voluminoso o varios quistes¹⁶ previamente conservado en una intervención anterior sin haber curado sus lesiones.

Con apertura en las vías excretoras y fístula tenaz;

b) del quiste con localizaciones viscerales coexistentes que imponen operación corta y radical.

No se daban estas condiciones, por lo cual se consideró:

- 1) la heminefrectomía con resección del tumor polar y circunscripto incluyendo un sector apreciable de parénquima renal¹⁵. Este es un procedimiento —por un lado: inútil al sacrificar tejido noble, y por otro lado peligroso: por exteriorización renal hemorrágica y riesgo de fístula tenaz por comunicación con vías excretoras—;
- 2) la nefrectomía parcial, con resección en cuña⁷;
- 3) la nefrectomía mínima, reservada a quistes pequeños y localizados⁵⁻¹²⁻¹⁶⁻¹⁹;
- 4) la quistectomía con punción previa¹⁻³;
- 5) el parto hidatídico¹⁰ previa apertura de la adventicia y extirpación de su parte no adherente;
- 6) la quistectomía ideal —igualmente nefrectomía parcial— o hidatidectomía en bloque o quistectomía total a lo Surraco-Pérez y Fontana, entre los planos más profundos de la fibrosa periquística, con extracción del tumor parasitario intacto sin punción previa, tal como lo describiera el Dr. Hereñú⁹ en un completo trabajo en el cual refiere esta última indicación terapéutica. En esta técnica se penetra en el plano de clivaje o de despegamiento⁴ que puede existir entre el parénquima y la periquística, neoformación esta última del mismo parénquima renal.

Elegimos esta técnica a pesar de su peligrosidad¹³, de lo contraindicado por algunos autores¹⁵, y a pesar de sus raras indicaciones, por el beneficio que indudablemente reporta al enfermo un procedimiento completamente conservador, que confirma así la factibilidad exitosa del mismo.

Se hallaban presentes condiciones que se pueden considerar como ideales y que se clasifican en:

Generales:

de elección: serología negativa (Ghedini-Casoni), buen estado general, ausencia de otras localizaciones evidentes (pulmón-hígado).

Locales:

- 1) perirrenales: adherencias liberales, buena accesibilidad;
- 2) renales: de necesidad: riñón opuesto ausente o atrófico o con daño grave irreversible (litiasis coraliforme, poliquístico, hidropionefrótico);
de elección: quiste de localización polar inferior. Riñón restante sano. (Funcionalmente suficiente con arquitectura pielocalicial conservada.)
- 3) quísticas: quiste único;
quiste polar, subcapsular;
adventicia gruesa.

COMENTARIO

Aunque en la opinión de algunos autores, esta terapéutica no es excepcional, se ha creído conveniente insistir en ella dada la poca frecuencia con que es descripta en los importantes trabajos dedicados a este tema y al hecho de haber constituido en nuestro servicio un caso único en los últimos 10 años.

RESUMEN

Se ha disecado un quiste hidatídico inactivo polar inferior cerrado, por procedimiento ideal conservador con óptimos resultados. La decisión fue tomada durante el acto operatorio con simultánea confirmación histopatológica inmediata.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Allende, J. M.: Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cirugía, p. 258, 1940.
- ² Del Pino: Operaciones conservadoras en los Q.H.R. Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de Bs. As., t. 10, p. 487, 1926.
- ³ Del Valle, D. y Garré, E. S.: Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cirugía, p. 168, 1940.
- ⁴ Del Valle, Delfor (h.): Q. H. del R. Cirugía Conservadora. Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cirugía, p. 282, 1940.
- ⁵ Ercole, R.: Rev. Arg. de Urología, vol. 18, p. 182, 1949.
- ⁶ Flocks, R. H. y Culp, D.: Cirugía urológica, p. 94, 1955.
- ⁷ Gutiérrez, A.: Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cirugía de Bs. As., p. 442, 1926.
- ⁸ Hager, B. H.: (cit. por Reay y Rolleston, p. 54).
- ⁹ Hereñú, R. C.: Una indicación quirúrgica en equinocosis renal. ¿Hidatidectomía? Rev. Arg. de Urol. y Nefrol. Vol. 32, p. 246, 1963.
- ¹⁰ Ivanissevich, O.: Acad. Arg. de Cirugía, p. 177, 1940.
- ¹¹ Merricks, J. W.: (cit. por Reay y Rolleston, p. 54).
- ¹² Nicaise, V.: Kyste hidatique du rein. Encyclopedie Française d'Urologie, t. III, p. 75, 1914.
- ¹³ Patel, J.; Couvelaire, R. y Petit, P.: Nuevo manual de patología quirúrgica, t. 6, p. 569, 1958.
- ¹⁴ Puigvert, A.: Trat. de pat. y cl. médicas. Pedro Pons, A., t. II, p. 395, 1958.
- ¹⁵ Reay, E. R. y Rolleston, G. L.: Diagnosis of Hydatid cyst of the Kidney. J. of Urol., 64: p. 36, 1950.
- ¹⁶ Spanu G. et Casini, O.: *L'echinococcose rénale*. Archivio Italiano di Urologia 29, nº 3, p. 220, 1956.
- ¹⁷ Surraco, L. A.: Journal d'Urologie t. LVII, p. 794, 1951.
- ¹⁸ Surraco, L. A.: El Q. H. del R. 2º Cong. Americano 1º Argentino de Urol., t. I, p. 37, 1937.
- ¹⁹ Tittamanti Lescano, O. A.: Quistectomía con resección renal por Q. H. Rev. Arg. de Urol., vol. 19, p. 66, 1950.