

rosas formaciones gelatinoides, blanquecinas y transparentes, que tienen el aspecto de las cutículas del quiste hidatídico. Los límites entre el quiste y el parénquima renal restante son nítidos.

Además queda parte de la pelvis, cálices y resto del uréter desplazados por la neoformación descripta.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Quiste hidático de polo superior del riñón izquierdo.

RESUMEN

Hemos creído de interés la presentación de este caso, cuyo diagnóstico se efectuó en el acto quirúrgico.

No se pudo efectuar cirugía conservadora, por ser la tumoración solidaria con el riñón, y estar firmemente adherida a la suprarenal y al bazo.

BIBLIOGRAFIA

- Loekhart, J.*: Tratamiento de la equinococosis hidatídica renal y retroperitoneal. Primeras Jornadas de Urología. Mendoza, 1965.
- Ducassou, Marill, Xerri et Gaionie*: A propos du traitement des Kystes Hydat. du rein J. d'Urologie et de Nefrologie, 1962.
- Surraco, L. A. y Pérez Fontana, V.*: Nuevo método para operar el quiste hidático de riñón. Arch. Intern. de Hidatol., 1950.
- Nasi, A. y otros*: Hidatidosis Torácica, Rev. Argent. Ciruj. 1969.

Instituto Gral. San Martín
Servicio de Urología
La Plata, Buenos Aires

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
XI Congreso Argentino de Urología

QUISTE HIDATIDICO DE RIÑON

Por los Dres. NESTOR J. VIGO, JOSE M. RICART, JUAN J. GATTI, FEDERICO WILKS y LUIS M. TOBIAS

INTRODUCCIÓN

"Toda tumoración en gente de nuestro país que provenga de zona ganadera, debe ser sospechosa de quiste hidatídico"¹. Dicha sentencia no escapa a toda tumoración renal, que además concorra con signología y sintomatología que refuerce el diagnóstico de hidatidosis renal.

SEMIOLÓGIA

Indudablemente que no hay órgano de la economía que no reaccione a noxa extraña; ese principio biológico hace que el organismo se defienda, a la doble influencia del parásito, la mecánica y la tóxica. La primera con una afectación localizada, y la segunda con una demostración biológica generalizada.

La hidatidosis renal puede dar los cuadros más polimorfos, sea mínimo y de una evolución crónica con la más variada sintomatología, o ya sea el cuadro tormentoso de cólico, hematuria o hidatiduria. Otras veces puede ser el hallazgo casual en un examen clínico de una tumoración renal, o sospechar una hidatidosis en alguna localización por algún cuadro alérgico injustificado, aunque esta eventualidad es muy rara en riñón. Muchas veces un hecho for-

tuito, por ejemplo, un esfuerzo o un traumatismo (casos n° 1 y 5) hace que se sospeche una patología urológica o estando ya instalada (caso n° 1), se exacerba la sintomatología.

ESTADÍSTICA

La infestación de la equinocosis en riñón varía según la mayoría de los autores de un 2 al 4 % 2³⁻⁴ etc., pero debemos hacer notar que dentro de las localizaciones, las diseminaciones venosas tiene aproximadamente un 85 % —hígado, pulmón y cavidad abdominal—, y el resto, para diseminación arterial, el 15 %. El riñón en casi todas las estadísticas ocupa el primer o no pasa de la segunda colocación en la diseminación arterial, o sea que luego de hígado, pulmón y cavidad abdominal viene riñón o bazo⁵⁻⁶.

CASO N° 1

Fecha de entrada: 4/III/1967.

Policlínico San Martín, La Plata - Sala 8 C 11. H. C. 4998.

Nombre: L. B.

Edad: 64 años.

Profesión: Jornalero.

Nacionalidad: Argentino.

Domicilio: Lezama, Pcia. de Bs. As.

Motivo de internación: Dolor cólico izquierdo. Hidatiduria.

Antecedentes personales de valor: Hace 40 años intervenido quirúrgicamente por presentar hidatidosis renal izquierda. Nueve años después presenta dolores de tipo cólico, en forma reiterada que alivian con la emisión de vesículas y membranas hidatídicas, cuadros que tienen una intermitencia de 2 años.

Hace 4 años padece un traumatismo en región lumbar izquierda, teniendo una hematuria total que dura 10 días, acompañándose de eliminación de vesículas y membranas. En forma periódica sigue la eliminación de elementos hidatídicos acompañándose de dolores cólicos.

Enfermedad actual: Hace 10 días tiene un cólico nefrítico izquierdo que va seguido por la eliminación de varias vesículas y membranas de tamaño diferente, en mayor cantidad que en veces anteriores. Consulta a un facultativo que lo envía al Servicio.

Estado actual:

Buen estado general.

Ap. respiratorio: s/p.

Ap. cardiocirculatorio: s/p.

Abdomen: Globuloso e indoloro a la palpación superficial y profunda. No se palpan órganos intraabdominales. Cicatriz operatoria abdómino-lumbar izquierda. Empastamiento lumboabdominal izquierdo. Puñopercusión izquierda dolorosa.

Esfera urogenital: s/p.

Análisis de valor: Eritrosedimentación: 26/48.

Orina: Piuria, Leucocituria. Albuminuria y bacteriuria.

Resto de los análisis en límites normales.

Rx. Simple: Imágenes en positivo fuera del árbol urinario.

Borramiento de Psoas izquierdo.

Sombra renal izquierda agrandada.

Sombra renal derecha en límites normales.

Urograma por goteo: 5', 15', 60', 120'.

Imágenes derechas s/p.

Imágenes izquierdas: a los 60' y 120' se visualiza una formación redondeada de sustancia de contraste en polo superior que se proyecta entre 11 y 12 costilla, y otras menores que se relacionan con ella (Fig. 1).

Pielografía izquierda: No aportó mayores datos que el urograma.

Tratamiento quirúrgico: Abril, 1967.

Incisión abdómino-lumbar. Se reseca 12 costilla. Se encuentra varias adherencias muy vascularizadas, dando gran trabajo en la disección de riñón. Se infiltra el riñón con formol. Se incide con bisturí, se extraen abundantes vesículas de diferentes tamaños. Se procede a la disección del riñón que se encuentra muy adherido por la perinefritis a la vecindad. Se efectúa la exeresis luego de arduo trabajo. Se suturan diafragma y peritoneo, que en las maniobras se habían abierto. Se cierra por planos dejando drenaje. Transfusión intraperitoneal.

Postoperatorio: Sueroterapia. Antibioticoterapia.

Evolución:

A los 8 días, cuando se realiza enema evacuante sale líquido y materias fecales por herida operatoria.

Se realiza ano contranatura. (Transverso derecho.)

A los 25 días de la primera intervención se traslada a Cirugía General, S. 11, C. 5. H. C. 35.181.

Fístula estercorácea iatrogénica postnefrectomía.

Aproximadamente a los 80 días de la primera intervención se realiza resección de fístula estercorácea. (Se resecó 1/3 distal de transverso, ángulo esplénico y descendente, pasando por la fístula.)

Enfermo continúa drenando por fístula lumbar.

A los 4 meses de la primera intervención se realiza ileosigmoideostomía.

A los 12 días de la última intervención fallece de cuadro peritoneal.

Resumen del caso:

Sintomatología: Cólico nefrítico. Hidatiduria.

Antecedentes: Intervenido hace 40 años de Q. H. R.

Intervención realizada: Nefrectomía.

Complicación postoperatoria: Fístula estercorácea iatrogénica.

Evolución tórpida, falleciendo luego de 4 meses posteriormente a 3 intervenciones para solución de fístula colónica.

CASO N° 2

Sra. T. de S. (Part.).

Edad: 56 años.

Nacionalidad: Argentina.

Domicilio: Olavarría, Pcia. de Bs. As.

Intervenida: Octubre, 1969.

Motivo de consulta: Cólico renal derecho. Hidatiduria.

Enfermedad actual: Hace 9 años padece el primer cólico con eliminación de vesícula hidatídica, por dos veces repitió el mismo cuadro. Hace 3 meses, cólico e hidatiduria, lo que motivó su consulta.

Estado actual:

Buen estado general.

Análisis en límites normales.

Esfera urogenital: Se palpa riñón derecho en su polo inferior, con poco desplazamiento. Puñopercusión derecha dolorosa.

Resto s/p.

Rx. simple: Contorno renal derecho agrandado a expensas del polo superior.

Utiograma por goteo:

Imágenes izquierdas s/p.

Imágenes derechas: Agrandamiento renal en su polo superior. Riñón derecho descendido. Imágenes caliciales media e inferior s/p. Imagen de cáliz superior: Urocáliz e imagen en negativo dentro de él. (Vesícula hija, se repite en todas las imágenes urográficas.) Gran quiste que se apoya en la base del mismo cáliz. Pelvis rechazada en su parte superior y simula estrechez ureteropielica. (Fig. 2.)

Tratamiento quirúrgico:

Incisión lumbo-abdominal con resección de 12 costilla. Se libera riñón. Gran quiste superior. Se punciona y formoliza. Se realiza quistectomía por fuera de la adventicia (nephrectomía parcial). Queda abierto el cáliz superior en donde se visualiza vesícula hija que se extrae por el mismo. Hemostasia y sutura del cáliz superior. Sutura de cápsula a cápsula con crómico y puntos en U. Se deja en el lecho sonda Pezzer fina y decapitada. Se realiza nefropexia con canastilla de cápsula renal fijándolo a planos posteriores. Cierre por planos. Drenaje de tubo.

Evolución favorable. Durante 2 días pérdida de orina por Pezzer, que se retira al 5º día.

Buena evolución hasta la fecha.

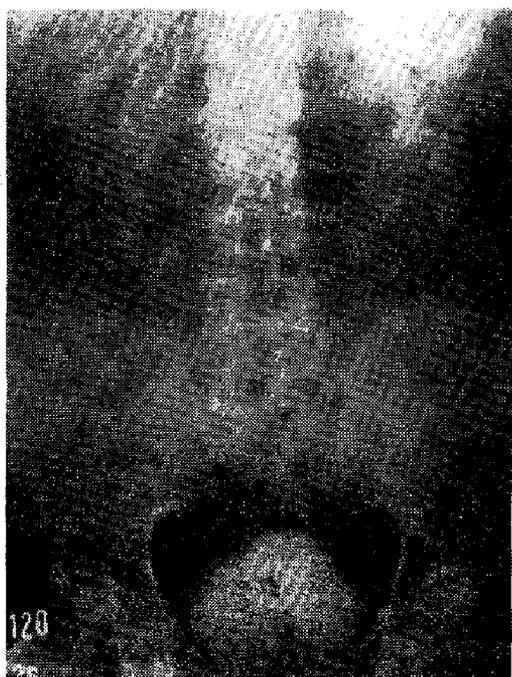


Figura 1.

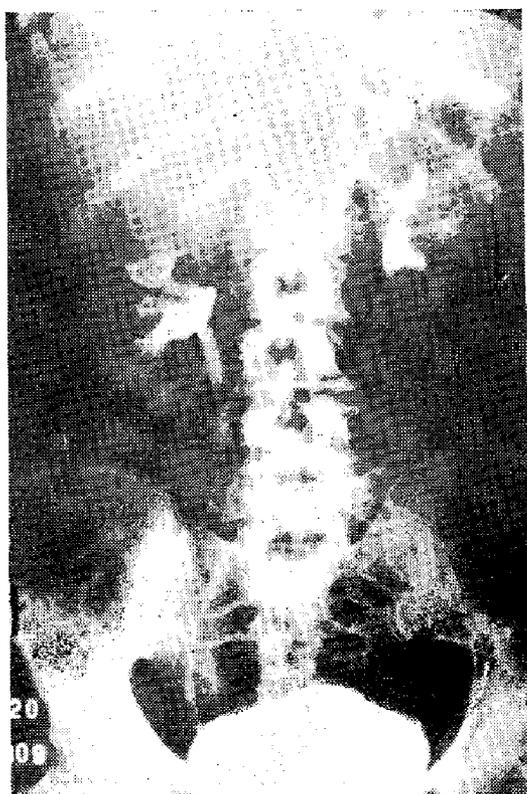


Figura 2.

Resumen del caso:

Hidatiduria y cólico renal. Urograma: Imagen en negativo dentro del cáliz, que correspondió a una vesícula hija. (Rara imagen de observar.) Clasificación en hidatidosis primitiva complicada.

Tratamiento quirúrgico ideal. Quistectomía, pudiendo considerarse nefrectomía parcial por el motivo de cortar parénquima renal. (Método de Velardes Pérez Fontana y Luis Surraco) ⁷, con previa formolización por estar el quiste comunicado con vía excretora.

Fecha de ingreso: 13/IV/1970.

Policlínico Gral San Martín de La Plata - Sala de Urología. H. C. 687

Nombre: M. A.

CASO Nº 3

Edad: 69 años.

Nacionalidad: Argentino.

Ocupación: Tareas de campo.

Domicilio: Partido de 25 de Mayo, Pcia. de Bs. As.

Motivo de internación: Enviado del Hospital Regional del Partido, donde presuntamente tuvo una retención urinaria.

Estado urémico que descendió con sonda permanente y sueroterapia.

Antecedentes: Hace 30 años micción de membranas con características hidatídicas. Cuadro que tuvo en otras oportunidades. Desde hace 10 años nota tumoración en región hepática.

Estado actual:

Enfermo con facie tóxica.

Linfoedemas principalmente en miembro inferior derecho.



Figura 3.



Figura 4.

Tórax: Elevación de la parrilla costal del hemitórax derecho. Rx.: elevación de base diafragmática por tumoración.

Abdomen: Asimétrico por tumoración en hipocondrio derecho de gran tamaño que eleva la parilla costal. Se observa circulación venosa colateral.

Se palpa gran tumoración que ocupa todo el hipocondrio, llegando hasta el epigastrio y zona umbilical, con característica hepática. Dentro de esto en forma subcostal zona redondeada (unos 6 cm) renitente. (Fig. 3.)

Análisis Urea: 0,58.

Eritrosedimentación: 8/24.

Hemograma: Discreta anemia. Neutrofilia. Linfopenia. Eosinofilia.

Reacción de Imaz-Lorenz-Ghedini: Negativa.

Rx simple: Se observa tumoración que ocupa la fosa lumbar y el hipocondrio derecho, desplazando el intestino y descendiendo el ángulo hepático. Imágenes en positivo de unos 4 cm por 3 cm en la proyección de zona renal derecha, y por fuera otra redondeada de 5 cm de diámetro, hay unas pocas de precipitación cálcica en el contorno inferior de la gran tumoración.

Imagen en positivo alargada de unos 6 cm por 1 cm en el lado derecho ligeramente dentro de la articulación sacro-iliaca, aproximadamente en la zona del trayecto del uréter derecho. (Fig. 4.)

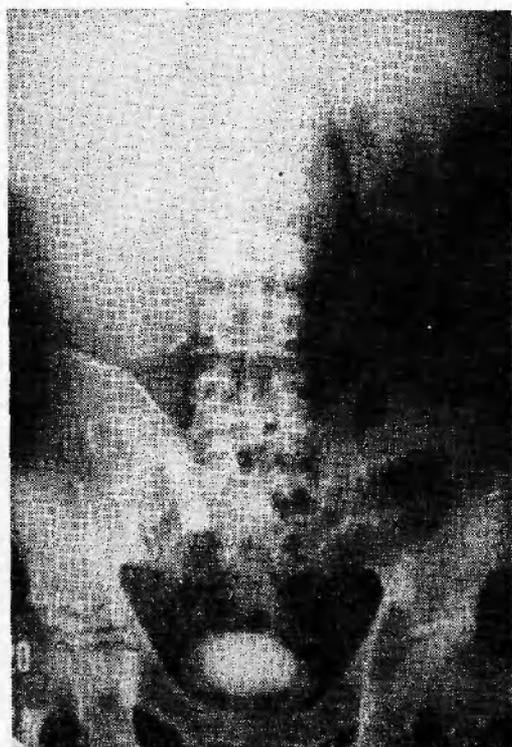


Figura 5.



Figura 6.

Urograma excretor:

Buena eliminación izquierda. Imágenes s/p.

Imagen renal derecha: Muda. (Fig. 5).

Cistograma: Elevación de piso vesical (Adenoma).

Pielografía ascendente derecha: El catéter pasa unos pocos cm, no progresando por obstáculo. Se realiza placa, que refluye todo el líquido de contraste a vejiga, visualizando el uréter terminal en forma continua con la calcificación alargada que se observa en la Rx. simple.

Arteriografía segmentaria: Arteria renal izquierda y sistema arterial s/p. No se observa arteria renal derecha. (Fig. 6.)

Arteriografía del tronco celiaco: Se desplaza el sistema arterial circunscribiendo gran tumoración avascular. (Fig. 7.)

Se realizaron diferentes consultas quirúrgicas, estimándose hidatidosis hepatorenal. Se propuso realizar intervención seguramente marzupializar.

El enfermo no desea ser intervenido, siendo retirado por sus familiares.

CASO N° 4

Enfermo de edad media (Part.)

Sintomatología: Hidatiduria. Cólico nefrítico.

No conservamos placas del caso.

Intervención quirúrgica: Nefrectomía por gran quiste que ocupa parte media y polo inferior.

CASO N° 5

Fecha de entrada: 17/II/1967.

Policlínico Gral. San Martín, La Plata - Sala 8, C. 2. H. C. 4985.

Nombre: M F.

Edad: 21 años.

Profesión: Changador.

Domicilio: Mercedes, Pcia. de Bs. As.

Nacionalidad: Argentino.

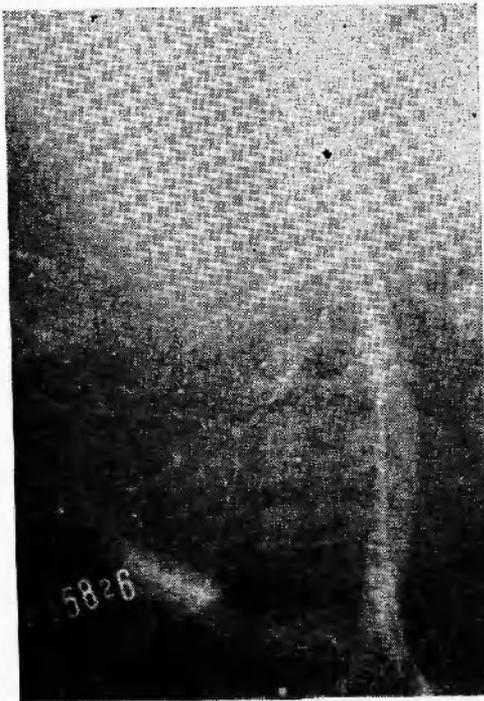


Figura 7.



Figura 8.

Motivo de internación: Antecedentes de hematuria.

Antecedentes familiares y personales: Sin valor.

Enfermedad actual: Refiere el paciente, que desde hace dos años aproximadamente, luego de un esfuerzo padece de tenesmo vesical con hematuria.

En dicha ocasión experimenta un dolor "desgarrante" en la región inguinal izquierda. La hematuria total continúa durante siete días y cede espontáneamente sin tratamiento. Dicho cuadro se repite en otras oportunidades, relacionándolo siempre con esfuerzos o ejercicios.

Hace 10 días, comienza a experimentar dolor en fosa lumbar izquierda, sordo, no continuo, y sin irradiación. Manifiesta que en ocasiones orinó coágulos. En la actualidad con discreta polaquiuria.

Estado actual:

Buen Estado General.

Aparato respiratorio s/p.

Aparato cardiocirculatorio s/p.

Abdomen: Discreta resistencia y dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda.

Esfera urogenital: Riñones no se palpan puñopercusión izquierda dolorosa. Análisis en límites normales. Eosinofilia: 4 %.

Reacción de Imaz-Lorenz-Ghedini: Negativa.

Reacción de Casoni: No se realizó por no haber reactivo en el Instituto Biológico de La Plata.

Rx. simple: Sin valor.

Urograma excretor standard: Imágenes derechas s/p.

Imágenes izquierdas: Manifiesta distorsión calicular. Cáliz superior e inferior estrechados, con deformación de papilas. Se esboza cáliz medio completamente desplazado (Fig. 8.)

Pielografía ascendente izquierda: Urocáliz superior y las imágenes descritas en el urograma (no aporta mayores datos que el urograma). (Fig. 9.)

Diagnóstico: Tumoración renal. Probable Q. H., por lugar de origen, ocupación y edad.

Tratamiento quirúrgico: Incisión lumboabdominal entre duodécima y undécima costilla. Llegado a zona renal se comprueba tumoración con característica de quiste. Poca reacción perinefrítica. Por su localización media se realiza nefrectomía. Cierre por planos, se deja drenaje, (Fig. 10.)



Figura 9.

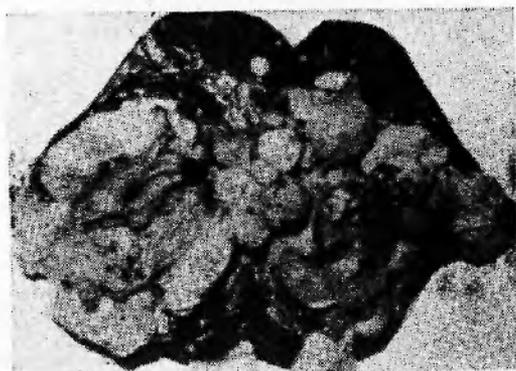


Figura 10.

COMENTARIO

De los 5 casos presentados 4 tuvieron hidatiduria. Dicho signo es de lo más frecuente en la manifestación de la enfermedad, y según los autores varía de un 25 al 80 %⁵⁻⁸, siendo prácticamente patognomónico de equinococosis renal.

La hematuria macroscópica —la microscópica la citan la mayoría de los autores—, no es signo frecuente y casi siempre premonitor de la ruptura del quiste en vía excretora (Caso N° 5).

La hidatidosis renal es de localización primitiva y excepcionalmente secundaria a otra localización del organismo. Todos nuestros casos son primitivos, no pudiendo clasificar el Caso N° 3 por rehusar intervención.

Los quistes son simples o complicados, debiendo estar encuadrados en estos últimos, todos los que tienen comunicación con vía excretora, que son la gran mayoría. Todos nuestros casos son quistes complicados, a excepción del último (Caso N° 5).

Toda localización en un lugar intervenido debe clasificarse en Hidatidosis Secundaria Quirúrgica (Caso N° 1), para diferenciarlas de las metastásicas que son excepcionales, además tienen un pronóstico evolutivo y de resolución quirúrgica difícil. Ejemplo: Caso N° 1.

El Prof. Dr. Surraco sintetizó en el 1er. Congreso Argentino de Urología⁸ la historia del Q. H. en 1er. Período: Epoca Clínica; 2º, Epoca Operatoria; 3º, Epoca Pielográfica. A estos grandes jalones la urología actual debe agregar la Epoca Urográfica y sus nuevas técnicas⁹, y la Epoca Arteriográfica.

El Q. H. R. siempre es unilocular y casi siempre multivesicular —todos nuestros casos, a excepción del N° 3, que no pudo clasificarse, como ya lo dijimos—; la hidatiduria es el signo más frecuente —cuatro de nuestros casos—, y cuando está presente el diagnóstico es muy sencillo, no necesitando de la pielografía para su diagnóstico, pronóstico o tratamiento, y cuando el quiste es simple o no complicado, deja dudas.

De los tratamientos quirúrgicos a seguir convendrá el que mejor se adecue al caso a tratar, debiendo valorar el estado general del enfermo y las dificultades operatorias que se presenten en el acto quirúrgico.

De la clasificación en tratamiento conservador:

1. — Nefrectomía parcial.
2. — Quistectomía (Pérez Fontana-Surraco).
3. — Quistectomía y cierre sin drenaje (Bond-Posadas).
4. — Marsupialización.

Solamente en nuestro Caso N° 2 se pudo realizar quistectomía.

El tratamiento radical: Nefrectomía se realizó en los demás casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ricart, José M.: "Quiste hidatídico de riñón". Tesis de Doctorado. La Plata, 1967.
- 2 Spurr, Cicardo: "Quistes hidatídicos del riñón. Kraft, Buenos Aires, 1927.
- 3 Ivanissevich, Oscar: Tesis de profesorado. Buenos Aires, 1937.
- 4 Stojanovic, V. y Vujadinovic, B.: "Nos experiences en Clinique et le traitement Chirurgical de kystes Hydatiques de localizations diverses". Congres Mondial du Kyste Hydatique en Hommage au Professeur F. Devé. Arger, 1951.
- 5 Rivas, C. I.; Gobich, E. y Mantilla, L. R.: "Estadística de la hidatidosis en el Instituto de Clínica Quirúrgica". Boletín del Int. de Cl. Quirúrgica. Universidad de Buenos Aires. Amorrortu, 1944.