

Por el Doctor
LEONIDAS REBAUDI

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDÁTICO RENAL

NO es mi intención traer a esta Sociedad una historia clínica más sobre la hidatidosis renal, localización por cierto poco frecuente del quiste hidático, sino que más bien he creído conveniente resumir en pocas palabras las características clínicas, patogénicas y anatómicas del caso y por último el resultado de la intervención quirúrgica.

Para conservar el orden de la exposición y hacer mi trabajo comparable, he tratado de seguir la magnífica exposición del profesor Surraco al Segundo Congreso Americano de Urología.

Se trata de un hombre joven de 35 años de edad, trabajador del campo proveniente de una zona infectada con quiste hidático que concurre al Hospital Municipal de Vicente López porque siente ligeros dolores en forma de cólicos derechos y eliminación de pequeños globos de color blanco lechoso del tamaño de una arveja, casi todos estos aparecen rotos y su contenido vaciado en la orina. Las orinas que son claras se han teñido una o dos veces de color rosa. No ha habido nunca temperatura ni ninguna otra manifestación patológica.

Al examen se nota una ligera inmovilidad respiratoria derecha y un abombamiento de la base torácica del mismo lado. Las costillas han sido ligeramente levantadas a nivel de la línea axilar incidiendo a la columna vertebral en un ángulo menos agudo y aumentando en esa forma el espacio intercostal.

En el hipocondrio derecho se palpa un tumor liso, redondeado indoloro, del tamaño de una cabeza de feto que no trae compresión venosa pues no hay circulación colateral ni ascitis, que no excursiona con la respiración, que da franco contacto lumbar y pelotea con facilidad. Por encima del tumor se observa la percusión sonora del colon. No es posible comprobar la existencia de frémito hidático.

En el análisis de orina que por otra parte era normal, no fué posible comprobar la presencia de ganchos de tenia.

La reacción de Cassoni fué positiva.

Cistoscopia. Vejiga normal. Cromocistoscopia. Eliminación del colorante a los 3' del lado izquierdo y a los 6' del lado derecho.

Pielografía por relleno. El pasaje del cateter N° 12 se hace con facilidad, alcanzando a introducirlo 12 cms. Cuando se ha inyectado 25 cms. de la solución de yoduro de sodio al 30 por ciento el enfermo acusa un dolor agudo en el hipocondrio derecho.

Se suspende la inyección y se sacan tres radiografías. Radiografía de frente. Se observa una pelvis descendida de forma ovoidea a eje mayor dirigido de abajo hacia arriba y de dentro hacia afuera. El polo súpero-externo es irregular habiéndose perdido las imágenes caliciales y palpilares, en el extremo más alto pareciera que la substancia opaca penetra en otra cavidad donde da la imagen del panal de abeja, cortando el borde superior de la pelvis aparece el espolón terminado en punta dirigida hacia arriba y adentro. Este espolón está limitado por un borde cóncavo por arriba y convexo por abajo.

A nivel de la penúltima costilla se observa la imagen calcificada de un tumor redondeado del tamaño de una nuez.

En la pielografía en posición medio lateral derecha se observa el signo de la copa. Los cálices superiores han sido abiertos por un tumor redondeado que los ha desplazado uno hacia adelante y el otro hacia atrás. En la parte céntrica de esta escotadura se observa otro cálice que ha sido comprimido por el tumor y que parece abrirse dentro del mismo. Persiste aunque ligeramente el signo del panal de abeja. En la parte alta se percibe aún el tumor calcificado descrito anteriormente. En cuanto al tumor quístico se lo separa de la columna vertebral prolongándose hacia arriba en una línea convexa que llega hasta la VIIIª costilla.

La radiografía lateral derecha permite observar una pelvis agrandada en forma que simula en su parte alta las dos jorobas de un dromedario, en la parte súpero-posterior un cáliz agrandado y ap'astado parece abrirse dentro del tumor quístico. La imagen calcificada descrita anteriormente se la observa muy por delante de la columna vertebral.

La radiografía de control muestra el tumor calcificado descrito anteriormente que debido a su posición pre-vertebral se lo considera como colocado dentro del área hepática.

Con el diagnóstico de quiste hidático del polo superior del riñón abierto en un cáliz alto, se interviene con la idea de practicar una marzupialización dado que la ectomía del quiste se considera imposible debido a las adherencias que han hecho de este tumor un tumor fijo.

La operación fué practicada con anestesia general al éter y se llegó al quiste por medio de una incisión de Pflaumer.

Se visualiza el riñón descendido y continuándose sin demarcación por arriba con un tumor que se pierde debajo de la parrilla costal. Se incinde la cápsula a nivel del parénquima renal decapsulando bien alto hasta llegar al tumor, operación que es por último abandonada debido a las adherencias que la hacen impracticable.

Protegiendo con gasa se incide el tumor haciendo penetrar por esta incisión un trocar de Finochietto. Se aspira el contenido tapándose a menudo el trocar con las vesículas hijas de tal manera que nos vemos obligados a extraer el contenido del quiste por medio de gasas llenando la cavidad con éter.

El trabajo es laborioso y parece interminable sacándose innumerables vesículas hijas, terminando éste se reconoce la cavidad comprobándose: 1º Su rigidez; 2º Su adherencia a los tejidos circunvecinos; 3º Que la cavidad se prolonga hasta el diafragma cubriendo también una ligera parte de la cara superior del hígado y 4º Que en algunas partes hay pequeñas zonas de calcificación.

Se dejan dos tubos de drenaje y se cierra la herida por planos.

El primero y segundo día por los tubos sale un poco de orina y algunos restos de membrana. Se lava la cavidad quística con una solución de rivanol al 1 por diez mil. Estos lavajes se continúan hasta el cuarto día.

El segundo día el enfermo es sentado en cama y desde entonces no se observa más salida de orina. La herida se cierra rápidamente después de retirado el tubo el décimo quinto día.

Dos meses después se reabre la herida superficial para obligar a la cicatriz a hacerse de adentro hacia afuera. Esta herida cierra a la semana.

El enfermo es dado de alta curado.

Una pielografía de control realizada permite observar la disminución de la capacidad pélvica con respecto a la anterior y la desaparición de la comunicación con el quiste a la par que mejora los dibujos de los cálices.

En resumen se trata: 1º) de un enfermo afectado de un quiste hidático renal derecho localizado al polo superior del mismo; 2º) el quiste es intrarenal; 3º) está abierto al cálice superior; 4º) Existe un quiste calcificado de hígado; 5º) la sintomatología consiste en ligeros cólicos renales derechos con eliminación de vesículas hijas, y reacción de Cassoni positiva; 6º) la marsupialización dió resultados óptimos, comprobados por la pielografía posterior.