

QUISTE HIDATIDICO DE RIÑON, QUISTECTOMIA CON RESECCION RENAL

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCANO

Es el objeto de esta comunicación contribuir a la casuística de los quistes hidatídicos del riñón tratados por la quistectomía con resección renal. A este respecto presentamos un caso de nuestra observación: quiste hidatídico de riñón derecho, localizado en el polo inferior y calcificado, que tratamos con éxito completo con ese procedimiento.

Desde todo punto de vista, salvadas por los progresos de la medicina presente las críticas posibles, la quistectomía con resección renal aparece como la intervención ideal para la solución del problema de la hidatidosis renal. Desde el momento que ella soluciona de una manera definitiva el problema, y a la vez breve, cumpliendo con la premisa fundamental de la cirugía de respetar al máximo tanto el órgano cuanto la función.

La quistectomía es indiscutiblemente la indicación de elección en los casos de quistes hidatídicos localizados en los polos renales y no abiertos en la vía excretora.

Y pensamos aún más, que debe ser la intervención de elección en todos los quistes hidatídicos renales a pesar que no se encuentren en esas condiciones de absoluta preferencia, siempre, como es lógico, que sea técnicamente posible.

Y a este respecto las posibilidades son amplias, como lo demuestra la casuística de las resecciones renales por diversos procesos, incluso en casos de quistes hidatídicos abiertos en la vía excretora, como el que recientemente fuera comunicado a la Sociedad Argentina de Urología por el Dr. R. Ercole, quien en el relato hace a la vez una perfecta "mise-au-point" del tema que nos permite y obliga a ser sucintos.

Observación personal: A. D.J., argentino, casado, 39 años de edad.

Ocupación: Cambista ferroviario. Residencia: desde hace 4 años en Mar del Plata, habiendo residido siempre antes en el campo.

Concurre para que lo examinemos al Hospital Ferroviario de Mar del Plata el 6 de septiembre de 1949.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Como enfermedades de la infancia únicamente recuerda el saram-

pión, padecido a la edad de 7 años. Ha sido siempre sano, salvo los comunes catarros estacionales.

Hábitos: Régimen alimentario mixto. Fumador de un atado de cigarrillos negros por día, exoneración intestinal diaria.

Enfermedad actual: Desde hace dos años padece de dolor lumbar del lado derecho, y manifiesta haber notado a la palpación una tumoración del mismo lado. Consulta por esas molestias siendo atribuidas a un proceso reumático. La acentuación y persistencia de las mismas, y el no notar mejoría con el tratamiento que con ese diagnóstico se efectuara le llevan a consultarnos.

Estado actual: Excelente estado de nutrición. Sin fiebre. Piel sana y mucosa sin particularidades patológicas.

Cabeza: Ojos: reflejos y motilidad normales. Pupilas: céntricas, iguales; reflejos a la

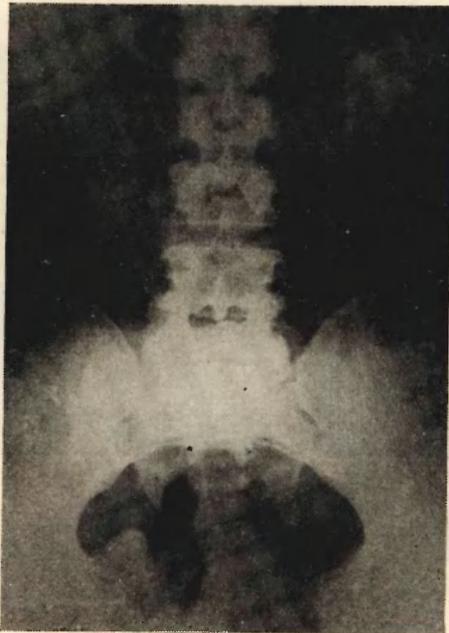


Figura 1

Urografía excretoria tomada a los 5', preoperatoria, se dibuja del lado derecho el contorno de calcificación del quiste, la desviación del uréter y la compresión calicial.

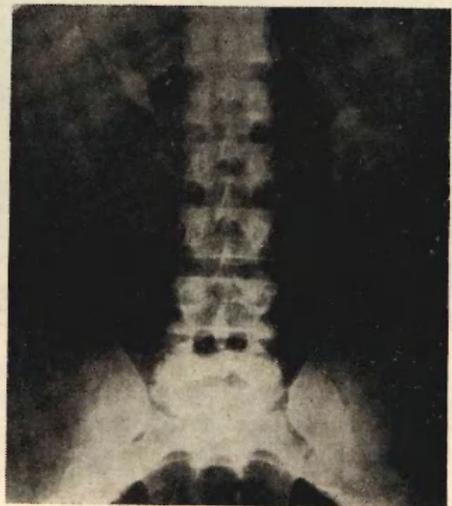


Figura 2

Urografía excretoria, preoperatoria, película tomada a los 15', con las mismas características de la anterior.

luz y acomodación sin particularidades. Boca: dentadura en regular estado de conservación, piezas cariadas. Fauces: libres.

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

Aparato respiratoria: Examen físico sin particularidades patológicas.

Aparato cardiovascular: Corazón: choque de la punta a nivel del quinto espacio intercostal. Ruidos: netos en los cuatro focos. Tensión arterial: máxima, 130; mínima, 60 (baumanómetro). Pulso: regular, rítmico, igual. Frecuencia: 75 pulsaciones por minuto.

Abdomen: Ligera mente globuloso, depresible. Indoloro a la palpación superficial y profunda. Hígado y bazo no se palpan, se percuten en sus límites normales.

Sistema nervioso: Reflejos normales.

Aparato motor y articular: Sin particularidades patológicas.

Aparato urogenital: Uroscopia: orinas claras. Riñones: lado derecho se palpa liso, sin límite con una tumoreación que continúa en parte inferior, no pelotea. Lado izquierdo no se palpa. Puntos renoureterales dolorosos del lado derecho.

Cistoscopia: Buena capacidad. Meatos normalmente implantados. Mucosa de aspecto normal, ligera congestión del trigono. Cuello engrosado.

Estudio radiográfico: Urografía excretoria: lado izquierdo normal. Lado derecho: Buena eliminación. El uréter en su parte superior desviado hacia la línea media por una sombra redondeada, perfectamente dibujada en su parte inferior por encontrarse calcificada.

Pielografía ascendente: Muestra el relleno imperfecto del cáliz inferior del riñón derecho.

Exámenes de laboratorio: 17-IX-949. Azoemia: 0.40 ‰, glucemia: 1.08 ‰.

Análisis de orina: Densidad: 1040, ácida. No se observan elementos anormales.

Examen microscópico: Escasas células epiteliales planas y redondas de descamación. Algunos leucocitos normales. Escaso mucus. Cristales de oxalato de calcio.

Recuento globular y fórmula leucocitaria: Glóbulos rojos: 4.500.000. Glóbulos blancos:



Figura 3.

Pielograma ascendente derecho. Se observa la sombra calcificada del quiste y la compresión y dislocación del cáliz inferior.



Figura 4.

Urografía excretoria, post-operatoria, buena eliminación bilateral, película tomada a los 5 minutos.



Figura 5.

Urografía excretoria post-operatoria, película tomada a los 15', con las mismas características de la anterior.

8.900. Plaquetas: normales. Hemoglobina: 102 ‰. Volumen globular (hematocrito): 50 ‰. Fórmula leucocitaria: neutrófilos, 74,5 ‰; eosinófilos, 3 ‰; linfocitos, 19,5 ‰; monocitos, 3 ‰. Reacción de Cassoni: negativa.

Operación: 19-IX-949. Anestesia: pentothal sódico. Incisión de Pflaumer, resección de la duodécima costilla. Liberación de la grasa perirrenal, visualización de inmediato un quiste, del tamaño de un pomelo mediano, calcificado en su parte inferior e interna, con profusas adherencias a la región. Se libera el riñón y se confirma la ubicación polar inferior del quiste. Se formoliza y aspira, luego de haber protegido con gasa a la zona. El líquido aspirado es cremoso con vesículas. Se desprende cuidadosamente el quiste, en el riñón se lo hace efectuando una pequeña resección polar, cerrando la brecha renal con puntos separados de catgut simple. Se reintegra el riñón a su celda, se coloca sulfamida en apoyo y se drena con un rubber-dum. Cierre por planos.

Postoperatorio: La curación se moja con un líquido sanguinolento, que desde el 6º día adquiere típico aspecto de orina, prácticamente sin sangre; situación que va mejorando hasta que el 4-X-949 la curación de 24 horas se mantiene completamente seca, siendo dado de alta.

El 11-X-949 se le practica urografía excretoria, comprobándose una perfecta eliminación de la substancia de contraste. Cromocistoscopia: comprueba los datos de la urografía, con una eliminación con características normales a los 3 minutos.

CONCLUSIONES

Indiscutiblemente la quistectomía aparece como la conducta ideal frente al quiste hidatídico, en todas sus localizaciones, sólo limitada por la posibilidad de realizar esa intervención, o por el riesgo que ella signifique. Afortunadamente las conquistas de la medicina moderna han ampliado considerablemente esas posibilidades y hecho factible el logro de ese ideal, con un mínimo de riesgos para el paciente. Creemos por ello que frente al problema del quiste hidatídico, como frente a todo problema médico, debemos perseguir la solución perfecta, y en lo que se refiere al problema específico de la hidatidosis renal esa solución es la quistectomía: indicación inequívoca en el quiste no abierto en la vía excretora, y de elección en los abiertos, siempre que sea posible.
