

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet

HIPERTENSION ARTERIAL; QUISTE HIDATIDICO DE HIGADO DESPLAZANDO AL RIÑON DERECHO (*)

Dr. Raúl Praderi

Vamos a relatar la Historia de una paciente portadora de gran quiste hidatídico de lóbulo derecho de hígado, la cual tenía una presión arterial cuya máxima oscilaba entre 170 y 140 mm.

Después de la operación (Quistostomía) la cifra tensional descendió a 110 mms. y se mantuvo allí.

HISTORIA CLINICA

N. V. de B. Registro 110.906 (Hospital de Clínicas). Ingresa al Servicio del Prof. Chifflet por trastornos digestivos, dolores y tumefacciones de Hipocondrio derecho.

Primipara; su único antecedente patológico es una intervención anterior practicada en Salto por Equinocosis Hepática, 4 años antes.

En esa oportunidad quedó durante 2 meses con un tubo de quistostomía. Después de ser retirado pasó 6 meses bien. Comenzó más tarde a sufrir de dolores epigástricos; sensación de pesadez y plenitud postprandial; aumento de volumen del abdomen; dolores cólicos y vómitos biliosos en algunas oportunidades. Poco antes del ingreso nota edema de miembros inferiores.

Examen. — Buen estado general, es una persona de regular estatura, pesa 62 kilos y llama la atención la prominencia del abdomen.

Tórax con aumento evidente del perímetro costal derecho y abertura de los espacios intercostales en la base. Macidez inferior de ese lado que llega hasta el 3er. espacio.

Abdomen globuloso aumentado de volumen, aunque es una mujer delgada. Circulación colateral cava cava, en las venas subcutáneas.

Gran Hepatomegalia que llega a 5 traveses de dedo por debajo

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la $\frac{1}{2}$ hora previa el día 30 de setiembre de 1959.

del reborde costal. En el epigastrio se continúa con una lobulación que desciende hasta el ombligo.

Tiene una cicatriz paramediana derecha de 10 cms. de longitud. La tumoración hepática tiene contacto lumbar externo y desplaza al riñón derecho hacia abajo. No se palpa bazo, resto del abdomen y examen genital normal.

Las radiografías practicadas: colecistografía, estudio de Hipocondrio derecho y tórax confirman el tamaño de la tumoración, el desplazamiento de la vesícula y del riñón derecho. Por esa razón creímos innecesario practicar más exámenes, que hubieran sido ilustrativos como urografía, cavografía, aortografía, etc.

El estudio cardiovascular practicado por internista mostró un corazón normal y presión arterial de 16-11.

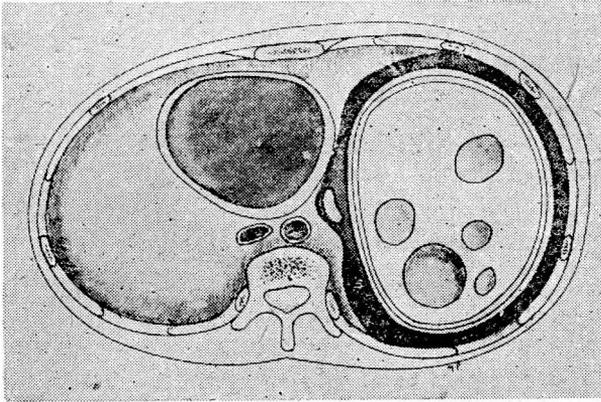


FIG. 1. — Corte horizontal que secciona el diafragma derecho, el hígado y el quiste. Se aprecia la compresión de la cava contra el plano pre vertebral.

Llamó la atención además de la hipertensión, la circulación colateral y el edema de ambos miembros inferiores.

Se practicaron exámenes de laboratorio que no transcribimos por ser normales, destacándose sólo un Cassoni eosinofilia de 7 % y una albuminuria de 1 gr. 50 en un riñón que concentraba bien.

Con el diagnóstico de gran quiste hepático se resolvió utilizar un abordaje anterior.

Operación. — 27-7-959. Dr. R. Praderi, Pte. S. García, Pte. Mesone. Anestesia general, Br. Sarro.

Incisión paramediana transrectal amplia resecaando la cicatriz anterior.

Se cae sobre una masa de adherencias vecinas al fondo de la vesícula biliar que corresponden seguramente al lugar donde había quedado el drenaje en la operación anterior. Llama la atención la existencia de gruesas venas a ese nivel que es necesario ligar cuidadosamente para no comprometer el fondo de la vesícula.

La exploración muestra un enorme quiste que ha sustituido al lóbu-

lo derecho, el izquierdo en cambio es hipertrófico aplanado en sentido frontal.

El riñón derecho está situado en la F.I.D. hasta la cual ha sido empujado por el hígado. Se encuentra casi horizontal, pues ha rotado hacia afuera. No hay equinocosis peritoneal. El quiste está a tal tensión que no permite introducir la mano por debajo del diafragma. Se practica Quistostomía con aspirador de Finocchietto en la parte más declive y externa. Se evacúan lentamente 6 litros y $\frac{1}{2}$ de líquido hidático claro, una membrana grande completa y varias pequeñas. Exploración con espéculo de la cavidad extrayendo todas las membranas visibles. Formolado en tres oportunidades alternando con la evacuación. Se colocan dos tubos gruesos en la cavidad, sutura de la adventicia, cerrando el orificio sobre los tubos.

Se practica una incisión estelar por disociación en el flanco por la

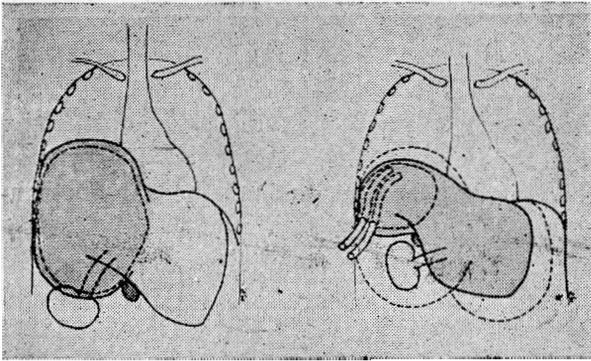


FIG. 2. — Se representa la disposición del quiste y del riñón antes y después de la evacuación.

cul se extraen los tubos flanqueados por dos mechas que llegan hasta el orificio adventicial.

En una nueva exploración se observa que el riñón ha subido y se ha enderezado volviendo a su lugar normal.

También el lóbulo izquierdo del hígado se ha desplazado hacia la derecha, favorecido por la liberación de sus adherencias parietales realizada al principio. Cierre de la incisión paramediana por planos. Cierre de la incisión estelar sobre los tubos.

Evolución. — Inmediata buena. Se confirmó la posición de los tubos radiológicamente, comprobando el descenso del diafragma. Los edemas y la circulación colateral desaparecieron enseguida. Hizo un proceso de condensación pulmonar en base derecha que retrocedió en pocos días. Los tubos no dieron bilis, uno de ellos se retiró primero junto con las mechas. La cavidad se colapsó rápidamente. Lleva ahora dos meses de operada y tiene sólo un pequeño tubo de drenaje que pensamos retirar pronto. Ha aumentado 6 kilos de peso después del alta.

Pero el hecho más llamativo del post-operatorio fue el descenso inme-

diato y mantenido de la presión arterial a la cifra de 11-7 que persiste hasta ahora no sobrepasando de 12 $\frac{1}{2}$ en ninguna oportunidad. La albuminuria ha desaparecido.

COMENTARIO

Compresión de la cava inferior.

Creemos que existía en nuestra enferma por dos hechos clínicos: los edemas de miembros inferiores y la circulación colateral. Pero además, por la exploración operatoria. Si pensamos en un parásito de tal volumen que desplaza vísceras como el riñón; que distiende el diafragma empujándolo tan arriba; y sobre todo, que abre con tal fuerza la parrilla costal, no es difícil comprender que pueda colapsar una pared venosa, sobre todo en la porción subhepática y retropedicular de la cava.

En la figura 1, hemos tratado de representar cómo este vaso puede ser aplastado contra la columna. Además en esta enferma, tenemos la impresión de que el quiste se desarrolló hacia abajo y hacia arriba de la misma manera, no dominando la expansión hacia ninguno de los dos lados; como si hubiera quedado "estragulado" en el reborde costal.

Hemos encontrado referencias a casos clínicos similares. Barreneche (1) que ha escrito recientemente una tesis sobre complicaciones vasculares de la hidatidosis, cita dos ejemplos publicados en la Argentina y analiza otros dos comunicados en nuestro país por Castiglioni Alonso (2) y Barsabas Ríos (14).

En el último, el enfermo tenía várices en el miembro derecho que desaparecieron después de tratar el quiste.

Según concluye Barreneche, después de analizar el problema, los dos signos característicos son el edema y la circulación colateral (que tenía nuestra paciente). Tenemos la impresión de que este fenómeno debe ser más frecuente de lo que se cree habitualmente.

Compresión o angulación del pedículo renal, Hipertensión

Este segundo hecho es el más complejo.

Tratamos de buscar una explicación al descenso de la presión arterial y como es lógico, lo relacionamos con el retorno del riñón derecho a su lugar normal.

Las consecuencias de las compresiones por Quiste Hidático

sobre este órgano, han sido analizadas detalladamente por Chifflet y Llopart (4). Estos autores destacan los fenómenos canaliculares provocados por la angulación y compresión en la vía urinaria. Si un quiste hidático comprime la cava y la vía excretora renal, es lógico que pueda comprimir también las venas renales.

Pero el problema se plantea porque para aceptar que la hipertensión se produzca por un mecanismo como el descrito por Goldblatt (10) es necesario que exista una compresión arterial.

Goldblatt publicó su trabajo en 1934; sus experiencias fueron ampliadas por Houssay, Braun Menéndez y colaboradores (2) en 1939 y 1940. En la bibliografía Rioplatense de Hidatidosis que hemos revisado (Ferro [8], Pérez Fontana [12]) no encontramos referencias a compresiones hidáticas del pedículo renal, ni tampoco a hipertensión asociada.

La albuminuria en la hidatidosis hepática parece no tener valor como índice de lesión renal de acuerdo a Piquerez (13), el cual afirma además que desaparece después del tratamiento quirúrgico.

La isquemia por obstrucción de una arteria renal determina hipertensión sin necesidad de que la lesión sea bilateral. Este hecho ha sido destacado y documentado en nuestro medio por Ferrari (6, 7) y Hughes (11). A su vez, la obstrucción arterial renal se puede producir por compresiones extrínsecas como afirma De Takats (5).

Finalmente cabría la posibilidad de que sólo la compresión de la vena provocara el fenómeno. Fishberg (9) refiere una experiencia de Bell, que probaría este hecho, pues este autor obtuvo hipertensiones en conejos con obstrucciones parciales e incompletas de las venas renales.

En resumen, pensamos que la enorme tensión del quiste, puede haber comprimido o prolongado el pedículo renal y por isquemia de este órgano determinar la hipertensión.

SUMARIO

1) Se relata la historia de una paciente portadora de un gran quiste hidático de hígado con desplazamiento del riñón derecho e hipertensión arterial.

2) Se destaca la existencia de un síndrome de compresión

de la cava inferior que desapareció después de la evacuación del parásito.

3) Se señala el curioso descenso de presión arterial después de la operación al cesar el desplazamiento del riñón.

4) Se analiza la posibilidad de que la hipertensión fuese provocada por una compresión vascular del tipo descrito por Goldblatt.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BARRENECHE, O. — Complicaciones vasculares de la Hidatidosis Hepática. Tesis. Montevideo, Fac. Medicina, 1959.
- 2) BRAUN MENENDEZ, E.; FASCIOLO, J.; LELOIR, L.; MUÑOZ, J.; TAQUINI, A. — La hipertensión arterial nefrótica. El Ateneo. Buenos Aires. 1943.
- 3) CASTIGLIONI, H. — Quiste hidático de hígado abierto en la vena cava. Arch. Inter. Hidat. 1:267. 1935.
- 4) CHIFFLET, A.; LLOPART, J. — Equinocosis hepática y riñón derecho. Bol. Soc. Cir. Urug. 17:147. 1946.
- 5) DE TAKATS, G. — Vascular Surgery. Saunders. Phil & London. 1959.
- 6) FERRARI, M.; OEHNINGER, C. — Nefropatías orgánicas unilaterales e hipertensión arterial. 2º Congreso Nac. de Medic. Interna. 33. 1956.
- 7) FERRARI, M.; FIANDRA, O.; BARCIA, A. — Angiografía renal en la hipertensión arterial. 2º Congreso Nac. de Medic. Interna. 39. 1956.
- 8) FERRO, A.; GHIO, A. — Bibliografía de la equinocosis argentina (1925 - 1950). Imp. La Prensa Médica. Buenos Aires. 1951.
- 9) FISHBERG, A. — Hypertension and nephritis. Lea & Febiger Phil. 1954.
- 10) GOLDBLATT, M.; LYNCH, J.; HANZAL, R.; SUMMERVILLE, W. — Studies in experimental hypertension. J. Exp. Med. 59: 347. 1934.
- 11) HUGHES, F. — La arteria renal en los procesos patológicos del riñón. 21ª sesión para graduados. Clínica Quirúrgica Prof. J. C. del Campo. Montevideo. 1957.
- 12) PEREZ FONTANA, V. — Bibliografía Uruguaya de la Hidatidosis (1937 - 1956). Arch. Inter. Hidat. 1:267. 1957.
- 13) PIQUEREZ, C. — La albuminuria en los quistes hidáticos de hígado. Anales del Ateneo de Clín. Quir. 1935.
- 14) RIOS, B. — Várices de pierna derecha por quiste hidático de hígado. Bol. Soc. Med. Quir. Centro Rep. 1949.