

PERITONITIS PURULENTA E HIDATICA POR QUISTE HIDATIDICO DEL RIÑÓN

P. LARGHERO YBARZ

Hemos puesto este título a la comunicacion por razones de brevedad; en realidad la verdadera rotulación del caso que tenemos el honor de presentar debe ser la siguiente:

Peritonitis generalizada purulenta e hidática por ruptura de absceso sub-hepático consecutivo a ruptura de un quiste hidatídico del riñón derecho abierto en el cáliz inferior.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

A las 2 de la madrugada del 17 de setiembre de 1937, soy llamado del Hospital Pasteur para ver este enfermo que se asiste en la Sala 19 por un quiste hidatídico del riñón derecho complicado (dolor, piuria, hidatiduria, estado infeccioso) y que ha iniciado 14 horas antes un cuadro agudo de vientre.

F. R., de 52 años de edad, procedente de Sarandí del Yí de donde fué enviado por el Dr. Pantaleón Astiazarán, ingresó al Servicio de Vías Urinarias del Prof. E. Lorenzo el 1º de setiembre con el diagnóstico de quiste hidático del riñón derecho. Dos meses antes, en circunstancias en que hacía un paseo a caballo, comienza bruscamente su historia patológica con un dolor intenso para-umbilical derecho, irradiado a la fosa lumbar derecha y al testículo del mismo lado, acompañado con náuseas, que duró 13 horas y no se acompañó de trastornos urinarios. Después de este episodio persistió un dolor profundo en el segmento superior del flanco derecho, continuo, que no le impedía sin embargo cumplir sus tareas habituales. Un mes después comienza a notar en su orina, fragmentos de membranas hidáticas y vesículas pequeñísimas, hecho que se repitió varias veces sin que se acompañara de repetición del cuadro doloroso inicial.

Del examen clínico general transcribimos lo que se refiere al abdomen y aparato urinario:

El abdomen se moviliza bien con la respiración; la palpación muestra la existencia de una tumoración del flanco e hipocondrio derecho, con evidente contacto lumbar y peloteo; es sonora por delante, se desplaza en el sentido

vertical con los movimientos respiratorios y su tamaño corresponde al de una naranja de mediano volumen, alargada en el sentido vertical. No acusa dolor ni reacción parietal tanto en la fosa como en flanco o hipocondrio derechos. Exploración uretral: canal libre. Pasa un explorador N° 20. Cateterismo vesical permite retirar 70 c.c. de orina muy turbia (Piuria).

Permanece en observación en tanto se realizan los análisis necesarios; ningún trastorno desde el 1° al 8 de setiembre; la curva térmica es de perfecta regularidad y por debajo de 37°, las orinas siempre piúricas en cantidad diaria de 700 c.c. a 1500 c.c.

Exámenes complementarios: P. A., 12-7.

Reacción de W.: negativa. Kahn: positiva.

Azoemia: 0 gr. 20 ‰ (IX-1-1937).

Sangre: G. R. 4.260.000. Leuc.: 10.000. P. N. 73 %. E. 4 %. M.-L. 23 %.

Orina: Mucho pus. Alb. 1 gr. 20 ‰. Urea: 13.20 ‰. Cl. 7.37 ‰.

Gran cantidad de pus. Glóbulos rojos. No se ven bacterias.

Investigación positiva de ganchos de T. E.

T. de Coag.: 5'. T. de sang.: 2'.

El 8 de setiembre se procede a la exploración endoscópica del ap. urinario. Buena capacidad vesical. Orificio ureteral izq. sin particularidades. Por el orificio ureteral derecho eyaculación muy purulenta.

Cateterismo ureteral bilateral y separación de orinas para análisis.

R. I.: orinas claras. Alb. 0 gr. 10 ‰. Urea: 16 gr. ‰. Algunos glóbulos rojos. No se ven bacterias.

R. D. Abundante pus. No se ven bacterias.

Orina vesical: Urea: 11 gr. 80 ‰. Cl. 3 gr. 74 ‰.

Pus. Glóbulos rojos. Pocos bacilos coliformes.

A continuación, pielografía del lado derecho. Se inyectan unos 400 c.c. de yoduro de sodio al 12 %. Al terminar de inyectar no se produce gran dolor. Se deja la sonda en permanencia para evacuar la pelvis pero una vez drenado 10 c.c. del líquido la sonda se oblitera por lo cual se retira.

Minutos más tarde tiene un violento cólico nefrítico que obliga a la inyección de morfina.

A partir de este momento el sufrimiento es continuo, la temperatura asciende el 9 a 38°, sobrevienen vómitos. El dolor es intenso a la palpación en el flanco y fosa lumbar derechos, con contractura de la pared, localizada en esas zonas, permaneciendo el resto del vientre indoloro y depresible. Existe inmovilidad respiratoria del reborde costal y de todo el hemivientre derecho y el examen pulmonar revela un síndrome en menos de la base derecha, sin soplo.

La diuresis desciende a 500 c.c. o 600 c.c. diarios, siempre con pus.

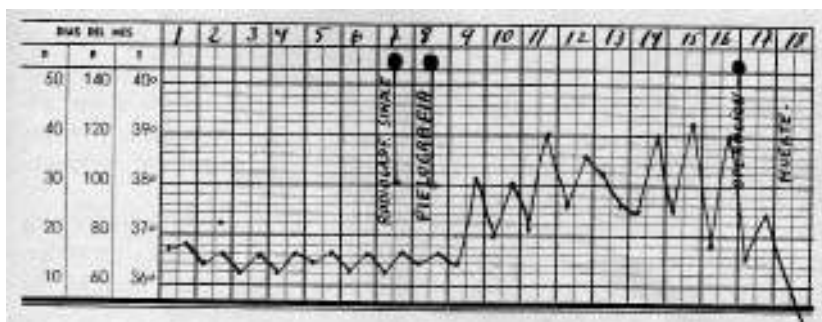
El 11 la temperatura sube a 39° y se mantiene a ese nivel en los días siguientes con oscilaciones de 1 a 2 de la mañana a la tarde, con violentos chuchos. La leucocitosis es el 11 de 13.400 y el 13 de 9.000.

En la mañana del 16, la temperatura desciende a 36° 4/5 y encontrándose mejor comienza a alimentarse. Es en este momento que se inicia brutalmente el cuadro doloroso que provoca mi intervención 14 horas más tarde.

El se inició como decimos de modo súbito, por un dolor agudísimo, de intensidad inaudita, en el epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a la región retro-esternal y hasta la laringe, como si algo allí le estrangulara y acompañado de repetidos y muy dolorosos esfuerzos de vómito.

Poco después el dolor se irradió al bajo vientre y desde el hipogastrio el enfermo refiere con toda precisión su progresiva irradiación al hipocondrio izquierdo, donde se hace predominante y de tal intensidad que le priva las inspiraciones profundas. Es por esta persistencia, extensión y agudización que el Médico de Guardia, Dr. Mourigán, me llama.

Examen. — Enfermo pálido, sudoroso, un poco locuaz; pide insistentemente que lo operen. Facies intoxicado. Temp. $38^{\circ} \frac{3}{10}$ rectal. Pulso 104,



hipotenso. Vientre uniformemente convexo, de flanco a flanco y de pubis a xifoides. Respiración superficial, torácica, contenida y dolorosa.

Semi erección peniana.

Inmovilidad absoluta de la pared en los movimientos respiratorios. A la palpación, dolor generalizado, predominante en el bajo vientre hipocondrio izquierdo. Contractura muscular generalizada, invencible, en toda la extensión de la pared. Flancos contracturados. La fosa lumbar izquierda es deprimible y no duele; la fosa lumbar derecha es poco dolorosa, pero está llena. Tanto el dolor como la contractura lumbar derechos son netamente menos marcados que los del abdomen.

Tacto rectal: Ampolla dilatada. Douglas muy doloroso, saliente, pero sin masas tactables.

Submacidez en ambas bases torácicas, más alta del lado izquierdo y evidente disminución de respiración en ambos lados.

En suma: Peritonitis difusa, generalizada, a comienzo súbito, con los caracteres de las peritonitis consecutivas a las rupturas de vísceras o de colecciones inflamatorias anteriormente tabicadas.

Los datos de la historia no ofrecen dudas sobre el origen y etapas del proceso.

- 1º Quiste hidatídico del riñón abierto en las vías excretoras.
- 2º A continuación de la pielografía, con retención incompleta del yodouro inyectado, violento cólico nefrítico y constitución de un proceso peritoneal sub-hepático derecho, semiológicamente tabicado, pero que los síntomas generales acusaban como de alta toxicidad.
- 3º ruptura brusca de esta colección en la serosa peritoneal libre, con inundación primero del bajo vientre y luego del flanco y fosa frénica izquierdos.

Intervención. — Ayuda el Dr. Mourigán y el Interno Racine.

Anestesia: éter CO².

Vamos primero a drenar el Douglas. Pequeña laparotomía mediana infra-umbilical; abierto el peritoneo, ola de líquido sero-purulento, color castaño, poco denso, de olor un poco fétido, en el que flotan numerosas membranas vesiculares hidáticas, la mayoría flácidas, algunas vesículas redondas y tensas.

Las asas delgadas bañadas por el pus, tienen su serosa rojiza y equimótica "dépolie". Se coloca un grueso tubo y una mecha en el Douglas y se les deja temporariamente para que se vaya haciendo la evacuación del contenido en tanto cumplimos los otros tiempos operatorios.

Incisión de Bazy derecha. Se abre primero la parte peritoneal de la pared y se cae en una logia sub-hepática llena de pus y vesículas hidáticas. Esta logia está limitada: *arriba* por la cara inferior del lóbulo derecho del hígado cubierto de exudado amarillento.

Adentro por la vesícula biliar, duodeno, colon transversal en su porción inicial y epiplón, todos ellos coalescentes, edematosos y cubiertos por exudado pseudo-membranoso, que disimula la intensa congestión de su serosa.

Afuera, la limita el peritoneo del flanco.

Abajo, cerrada en parte por el colon, se abre como un embudo en el surco parieto-cólico derecho y por allí se evacuó la colección hacia el bajo vientre.

Hacia atrás, la pared posterior de esta logia está limitada por la cara anterior convexa del enorme quiste del riñón; el peritoneo adhiere íntimamente a la pared del quiste; se encuentra en esta cara un orificio amplio que da paso al dedo índice y conduce a la cavidad quística.

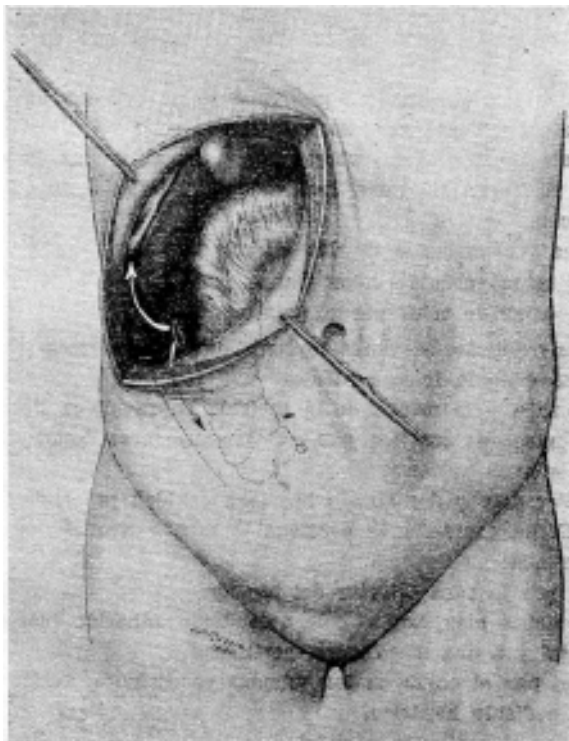
Una vez evacuada esta colección sub-hepática, observamos de nuevo sus paredes y comprobamos que el hígado no adhiere al diafragma en el flanco; la logia comunica pues con el espacio hepato-frénico derecho.

Se prolonga la incisión en su parte lumbar, más allá de la reflexión del peritoneo del flanco sobre la cara anterior del riñón, se aborda así la cara lumbar del quiste, se incide ampliamente la pared y se cae en la gran cavidad quística que contiene pus cremoso, vesículas hidáticas y fragmentos de tejidos y membranas esfacelados.

La cavidad quística comunica también con la pelvis renal que está hacia adelante de ella pero no pudimos examinar las características de la comunicación.

Se evacúa el contenido de la cavidad y se marsupializa la bolsa suturando la brecha a los planos musculares de la parte más posterior de la incisión.

Con un punto se toman hacia adelante de la parte marsupializada los



Dibujo mostrando la ubicación de la colección supurada subhepática, las vísceras que contribuían a su limitación y la brecha de ruptura del quiste. Las flechas señalan las dos vías seguidas por el pus para invadir la serosa peritoneal.

planos musculares del flanco junto con la periquística aislando así los tubos de drenaje de la bolsa con la logia peritoneal.

Se lava con éter la logia sub-hepática y se explora la prolongación sub-frénica de la misma no encontrándose tabicamientos. Se drena la logia con tubos y mechas. Cierre de la pared alrededor de los drenajes.

Antes de terminar la operación volvemos a la incisión supra-púbica; se incorpora la mesa lo que hace venir de la parte izquierda de la cavidad peritoneal nueva cantidad de pus y elementos hidáticos. Se seca cuidadosamente de ellos el Douglas y se le drena con grueso tubo y mechas.

Muerte 24 horas después de la operación.

Autopsia. — Protocolo N° 143 del Servicio de I. Conservadoras del H. Pasteur. Practicada por el Dr. A. L. Mateo.

Extraemos del protocolo los párrafos que interesan a la lesión en estudio.
Abdomen: (14)

c) Entre las vísceras y sus mesos se ven numerosas pequeñas pseudo-membranas de color amarillento verdoso, débilmente adheridas a los órganos y adheriéndoles débilmente entre ellos, de modo que es sumamente fácil despegarlos a dedo.

d) Entre las vísceras y sus mesos y las paredes hay líquido turbio opaco, color amarillento verdoso bien ligado.

e) Junto con las pseudo-membranas y con su misma distribución se ven numerosas vesículas hidáticas, casi todas del tamaño de una bolita, aplastadas y vacías.

f) Esas vesículas son de dos clases:

la mayoría de color blanco mate.

otras de color pardo, gelatinosas.

g) esas vesículas se ven a lo largo de ambos surcos parieto-cólicos, en los epilones y en la logia esplénica.

h) El tubo y la mecha de la incisión supra-púbica llegan al fondo de saco de Douglas que contiene pus con los caracteres descriptos, pseudo-membranas y vesículas hidáticas.

(20) Por debajo del hígado hay una cavidad patológica.

(21) Dicha cavidad que contiene lo mismo que el resto del abdomen, aparece limitada:

Arriba, por la cara inferior del hígado.

Abajo, menos bien, por el colo ascendente adherido fuertemente al peritoneo parietal y a una masa retro-peritoneal.

Adentro, por el colon en las mismas condiciones, vesícula biliar y elementos del pedículo hepático.

Atrás, por el peritoneo parietal.

(30) Riñón derecho de muy difícil individualización; aparece envuelto en adherencias muy friables, color blanco en partes, violeta rojizo en otras, formando una masa a la que llegan los tubos de drenaje posteriores.

(31) A esa masa está fuertemente adherido el colon ascendente, que debe ser desperitonizado parcialmente para poder extraer la masa en un block, previa sección del uréter.

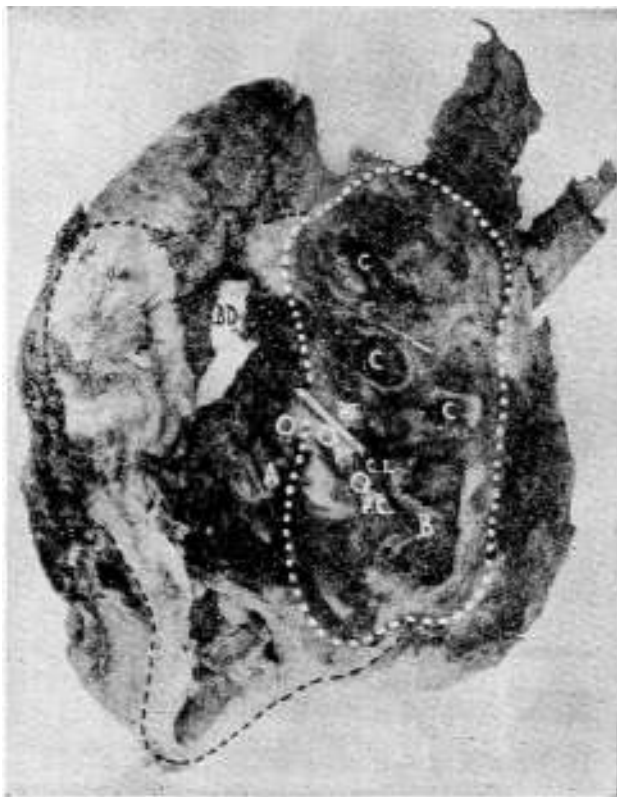
(32) Se extrae la pieza en conjunto, sin hacer la disección de la misma con lo cual la logia lumbar queda deshabitada.

Nota: no hay constancia en el protocolo de otras localizaciones viscerales o serosas de quistes hidatídicos.

La pieza es remitida al Instituto de A. Patológica de la F. de M. donde es estudiada personalmente por nosotros.

Descripción macroscópica: La pieza extraída en la autopsia, examinada después de fijación, se presenta con los caracteres exteriores de un riñón muy alterado, aumentado de volumen, aplastado de adelante atrás y en-

vuelto en una gruesa cápsula de peri-nefritis esclerosa en partes esclero-lipomatosa que engloba, haciéndolos irreconocibles a los elementos vasculares del pedículo, el bacinete y el uréter.

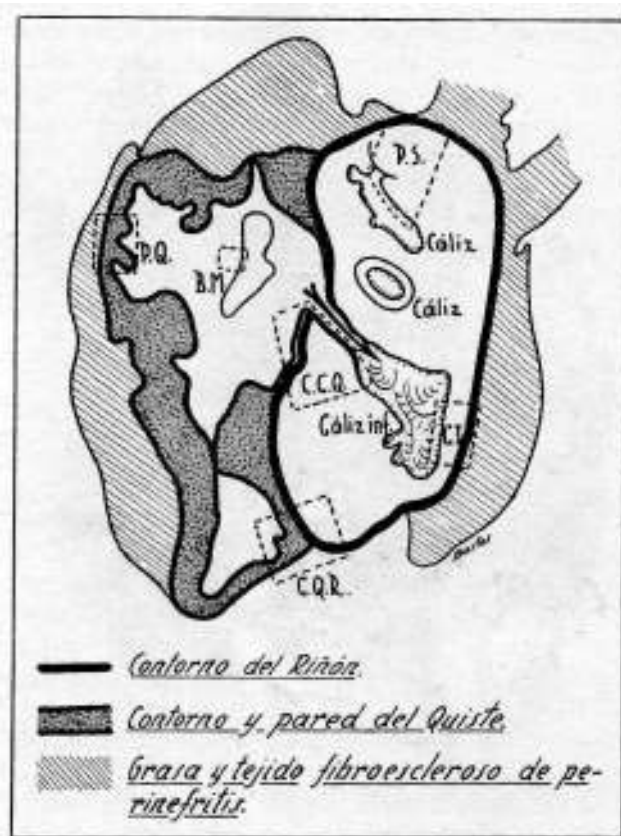


Corte frontal de la pieza. Mitad posterior. — (Contorno del quiste, en línea negra interrumpida. Contorno del riñón, en línea blanca punteada). B. Bacinete dilatado conteniendo membranas. — C.C.C. Cálices dilatados. — C.I. Cáliz en el que termina el trayecto de evacuación del quiste (señalado por el tallo blanco). — PT.PT. Paredes del trayecto, de color blanco grisáceo. (El círculo señala la ubicación del campo microfotográfico. Microfotografía Nos. 5a. 5a.). P.C. Pared del cáliz. El círculo señala la ubicación del campo microfotográfico (Microfotografía N° 5b.). — A. Pared del quiste. El círculo señala la ubicación del campo microfotográfico (Microfotografía N° 5). — B.D. Brecha de drenaje quirúrgico, a nivel de la cara posterior del quiste.

La vena cava inferior adhiere en un trecho a la tumoración pero puede ser disecada.

Toda la superficie exterior de la pieza es irregular, rugosa y deshilachada; su consistencia es acartonada y rígida. La cara anterior, que constituía la pared posterior de la logia sub-hepática, está tapizada por un

exudado adherente, en partes pseudo-membranoso; presenta hacia su borde externo una brecha alargada de arriba a abajo, de unos 5 a 6 cm. de longitud, irregularmente recortada, a bordes adelgazados en partes, rojizos y cubier-



Esquema de la pieza, calado sobre la fotografía del corte frontal. — Ubicación de los fragmentos tallados para examen histológico. — P.S. Polo superior del riñón. — C.C.Q. Fragmento comprendiendo adventicia del quiste, trayecto de comunicación del mismo con el cáliz inferior y parte de la pared de este cáliz. (El trayecto está señalado por una flecha). — C.I. Pared del bacinete y riñón. — C.Q.R. Confluencia del quiste y polo inferior del riñón. — P.Q. Pared del quiste con fragmentos de membranas adherentes. — B.M. Brecha de marsupialización.

tos por exudado adherente. Esta brecha comunicaba la cavidad quística con la logia peritoneal sub-hepática.

La cara posterior de la tumoración quístico-renal, presenta otra brecha amplia que corresponde a la incisión de marsupialización quirúrgica. A esta cara adhiere la vena cava.

Se practica un corte de sección frontal; la pieza está formada por dos

lóbulos: el interno y superior, constituido por el riñón profundamente alterado, con grandes dilataciones uro-pionefróticas de sus cálices y bacinete y marcada atrofia y lesiones degenerativas y fibro-esclerosas del parénquima. Sólo en el polo superior se le reconoce como tal; la lobulación externa e inferior, más grande que el mismo riñón, está constituida por la cavidad quística. Su pared es gruesa, esclerosa, de consistencia cartilaginosa en partes, de 8 a 10 mm. de espesor, de color blanco-grisáceo. Su superficie externa está tapizada por la cápsula propia del riñón, la que se continúa en transición (topografía incon. tracapsular renal del q. hidático). Surraco.

La cara interna de esta periquística es amarillenta, irregular y mame-lonada; está cubierta por un exudado caseoso adherente y en parte por restos de membranas hidáticas.

La cavidad quística comunica por un trayecto oblicuamente descendente, irregular, estrechado en su parte media, pero de un diámetro no menor de 1 cm. con un cáliz inferior: este cáliz se abre a su vez ampliamente en el bacinete que aun contiene en su interior vesículas hidáticas. El uréter, a pa-redes rígidas y esclerosas, dilatado, está también englobado en la perinefritis.

Tanto las paredes de los cálices como del bacinete presenta un engrosa-miento fibroso acentuado y lesiones inflamatorias de su mucosa.

Las cápsulas suprarrenales, normales, no han sido englobadas en la peri-nefritis y su atmósfera celulosa laxa permite una disección fácil.

En suma: Quiste hidático supurado del riñón derecho.

Evacuación en el cáliz inferior.

Ruptura en la cara anterior comunicando con el peritoneo del espacio sub-hepático.

Uro-pionefrosis.

Ureteritis fibro-plástica con peri-ureteritis.

Nefritis intersticial crónica fibro-plástica.

Peri-nefritis esclerosa y fibro-lipomatosa, englobando quiste, riñón y vías excretoras en un manto común y solidarizante.

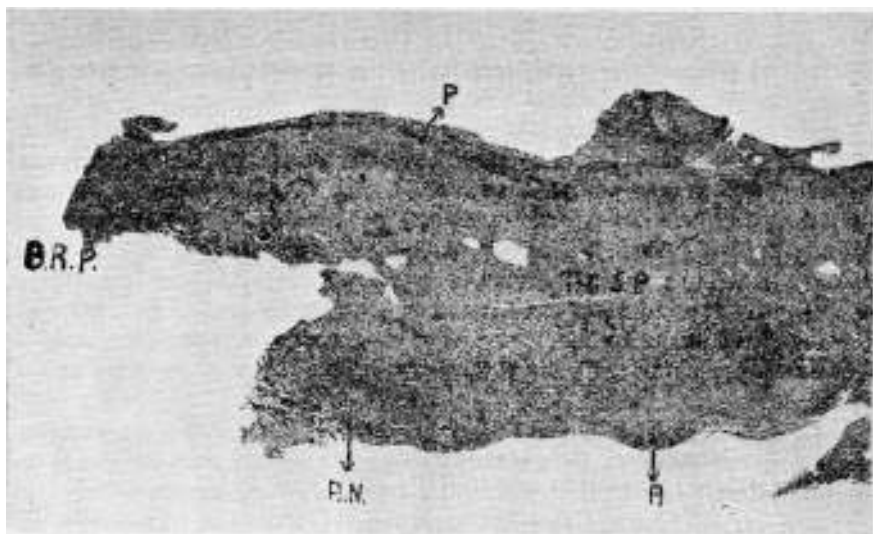
Se procedió al estudio microscópico con el doble objeto de estudiar la patogenia del proceso que determinó la perforación y la naturaleza de las profundas lesiones del parénquima renal y de sus vías excretoras.

El escaso contraste de colores de los diversos constituyentes de la pieza, vuelve poco demostrativa la fotografía por lo cual se ha tomado un calco y sobre él se ha señalado la ubicación de los fragmentos tomados para examen histológico.

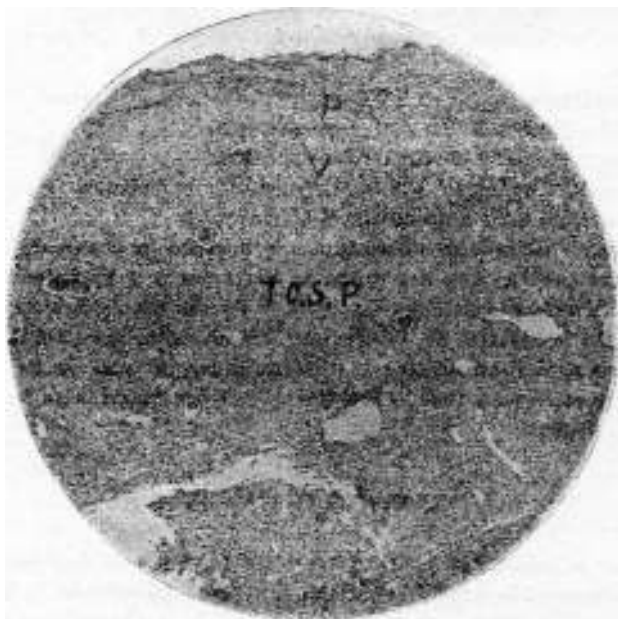
PROTOCOLO HISTOLÓGICO

Corte de la pared del quiste a nivel del borde de la ruptura. (Microfot. N° 1). — Comprende adventicia, tejido celular subperitoneal y serosa peri-toneal intimamente soldados.

La superficie endoquística del fragmento está constituida por una ad-venticia fibro-hialina conservando aún numerosas células conjuntivas y vasos



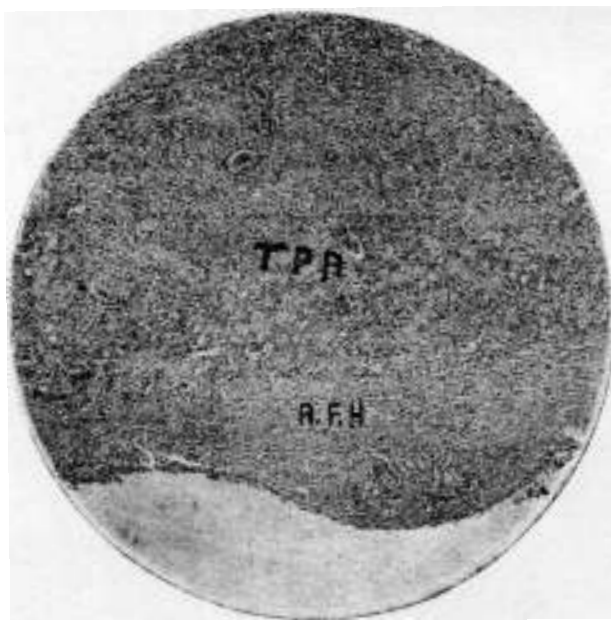
Microfotografía N° 1. — Corte de la pared del quiste a nivel del borde de la ruptura. — P. Peritoneo con exudado fibrino-leucocitario. — A. Adventicia. T.C.S.P. Tejido celular subperitoneal con acentuado proceso fibroplástico muy vascularizado. — A.N. Zona necrótica de la adventicia, sobre el borde de la ruptura. — B.R.P. Borde de la ruptura peritoneal.



Microfotografía N° 1a. — Zona externa de la Microfotografía N° 1, a mayor aumento. — P. Peritoneo con exudado. — V. Zona vascular. — T.C.S.P. Tejido celular subperitoneal.

capilares dilatados y congestionados. Esta adventicia es delgada y falta en algunos trechos, sustituida por tejido conjuntivo vascular más joven, periadventicial.

Si comparamos esta estructura con el grosor muy acentuado de la pared del quiste en todo su contorno y con su aspecto histológico de adventicia



Microfotografía N° 1b. — Zona interna de la Microfotografía N° 1, a mayor aumento. — A.F.H. Adventicia fibro hialina. — T.P.A. Tejido periadventicial.

vieja (esclerosis, necrosis y calcificación), no podemos menos que deducir que habiendo lógicamente estado igualmente constituida en la zona donde más tarde se produjo la ruptura, ha existido a este nivel un proceso ulcerativo de la adventicia; que destruyó toda su parte esclero-hialina y necrótica, siendo sustituida por una nueva reacción del tejido vecino que ha tomado su lugar y que presenta caracteres de un proceso neoformado y reciente.

La superficie peritoneal de la pared está tapizada por un exudado fibrino-leucocitario en forma de capa continua, no existiendo trazas del endotelio. Por debajo del exudado los innumerables vasos capilares subserosos forman una verdadera banda continua, con neoformación de células conjuntivas jóvenes y algunos fibroblastos en medio del exudado plasmático y hemorrágico que separa los vasos; es decir que se ha iniciado el proceso de organización del exudado peritoneal.

Entre la serosa así alterada y la adventicia quística, existe un tejido conjuntivo vascular con abundante fibro-plasia, vasos de todo calibre aunque

siempre de pared delgada y sobre este tejido apoya la adventicia joven y en las zonas donde ella falta, él constituye el revestimiento de la cavidad. Representa esta zona el tejido celular sub-peritoneal.

Si observamos el borde mismo de la ruptura comprobamos que a su nivel la adventicia está necrosada, con intensa hemorragia en el tejido fibro-vascular que la cimenta; la zona correspondiente al tejido sub-peritoneal aparece como simplemente desgarrada (artificio de preparación).

A nivel del peritoneo se observa acentuación de la congestión y hemorragia y un conglomerado leucocitario que tapiza el borde de la ruptura.

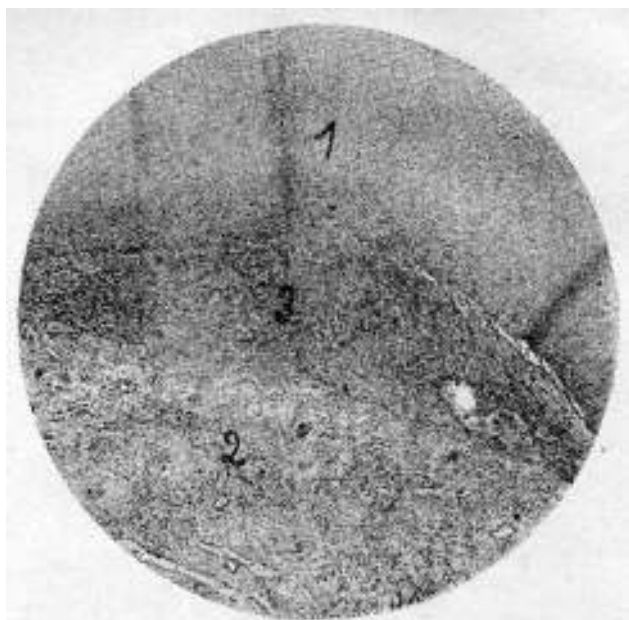
Corte de la pared del bacinete. (Microfotog. N° 2-2a y 2b). — Fragmento C. I. del esquema. — Falta la mucosa; una ancha banda necrótico-



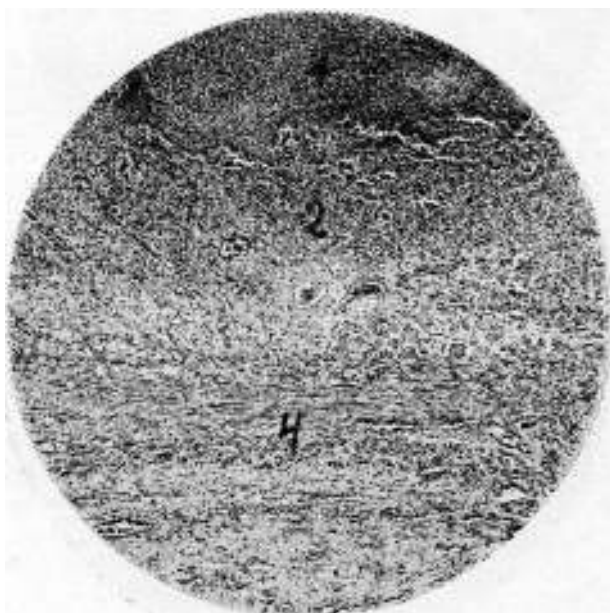
Microfotografía N° 2. — Corte de la pared del bacinete. — 1. Banda necrótico purulenta, pseudo membranosa. — 2. Corion. (Fragmento C.I. del esquema).

purulenta pseudo membranosa (1) tapiza la superficie del corion (2), asiento de un proceso inflamatorio productivo, granulomatoso, muy rico en vasos dilatados y congestionados y abundante infiltración leucocitaria difusa. Hemorragia (3) entre el corion y la pseudo-membrana de revestimiento interno. (Microfot. N° 2a).

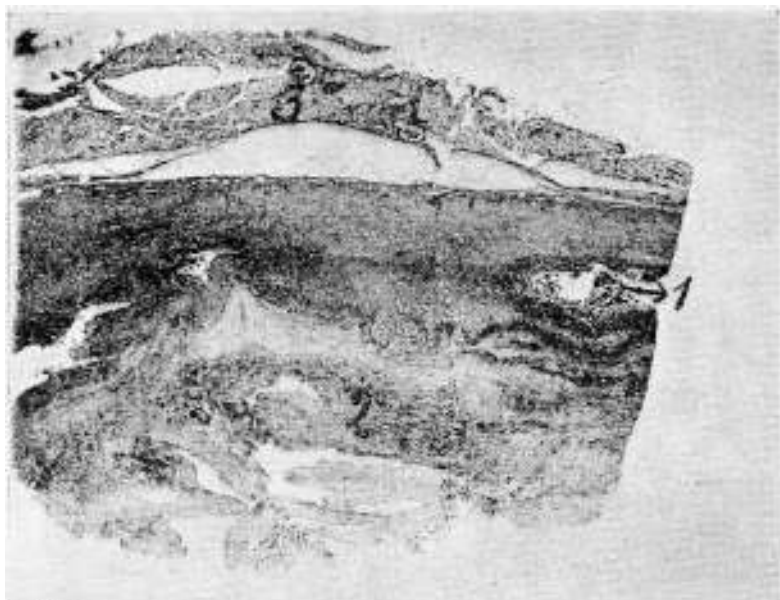
Por fuera, las fibras musculares distanciadas entre sí por proceso inflamatorio fibro-plástico (4). (Microfot. N° 2b). En su seno, vasos arteriales y venosos y filetes nerviosos.



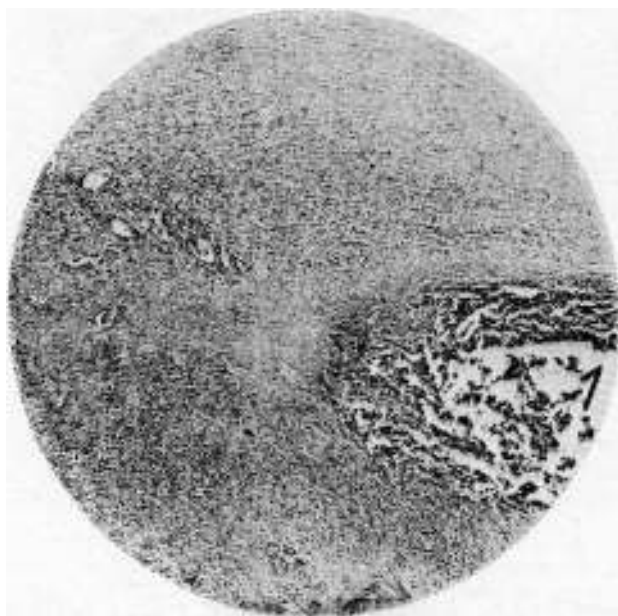
Microfotografía N° 2a. — 1. Banda necrótico purulenta. — 2. Corion. — 3. Hemorragia. (Zona interna de la Microfotografía N° 2, a mayor aumento).



Microfotografía N° 2 b. (Zona de la Microfot. N° 2, a mayor aumento.
 1. Banda necrótico - purulenta. — 2. Corion. 4. Musculosa.
 Proceso fibroplástico.



Microfotografía N° 3. — Corte de la pared del quiste. —1. Absceso disecante. 2. Capas de la adventicia en vías de esfoliación. — 3. Tejido adiposo perirrenal. (Fragmento P.Q. del esquema).



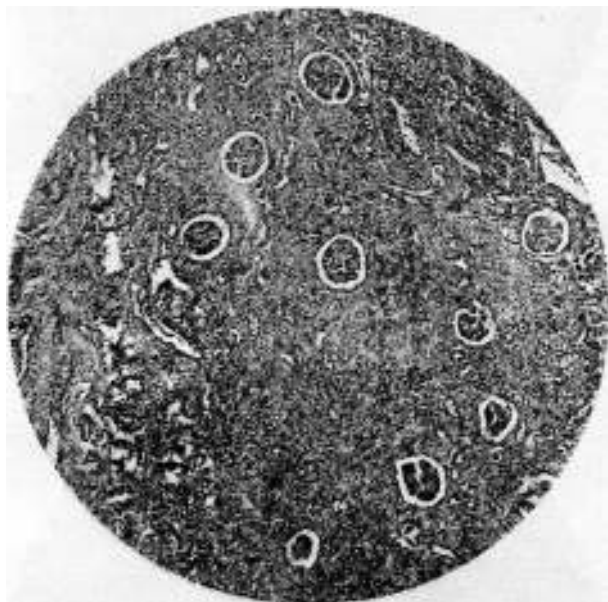
Microfotografía N° 3 a. — Zona de la microfotografía N° 3, a mayor aumento. 1. Absceso disecante.

Corte de la pared del quiste. (Microfot. N° 3 y 3a). Fragmento P. Q. del esquema. — Adventicia esclero-hialina calcificada y en partes necrótica (tipo de adventicia antigua).

Colección purulenta disecante (1) entre su cara profunda y el tejido reaccional adyacente, fibrosado. (Microfot. N° 3 y 3a).

Por fuera, tejido adiposo de la atmósfera peri-renal.

Corte del polo superior del riñón. (Microfot. N° 4). Fragmento P. S. del esquema. — Lo que resta del parénquima renal como entidad histológica



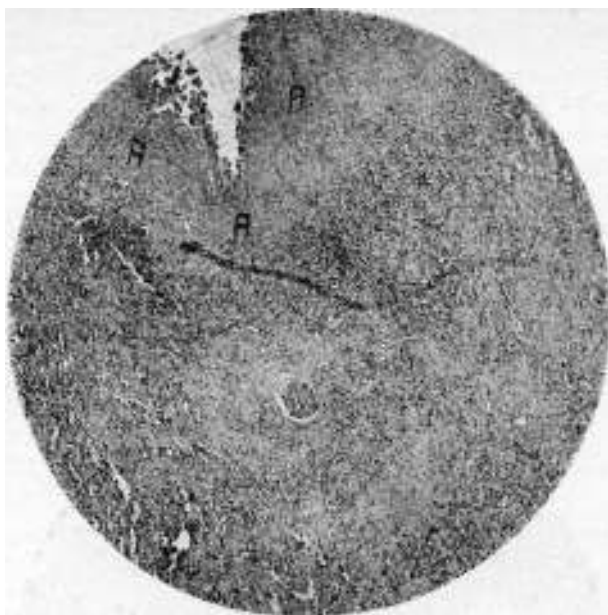
Microfotografía N° 4.— Polo superior del riñón. (Fragmento P.S. del esquema)

(el fragmento fué tomado en la parte del riñón con mayor apariencia de tejido renal).

Cápsula propia engrosada, fibrosa.

Del parénquima tubular quedan sólo vestigios en forma de tubos espaciados con su epitelio atrófico y la luz aplastada; ha tomado su lugar un tejido fibroso, medianamente sembrado de células conjuntivas y algunos leucocitos. Se conservan glomérulos asiento de un proceso fibro-plástico, retraídos, contenido en la cápsula de Bowman dilatada.

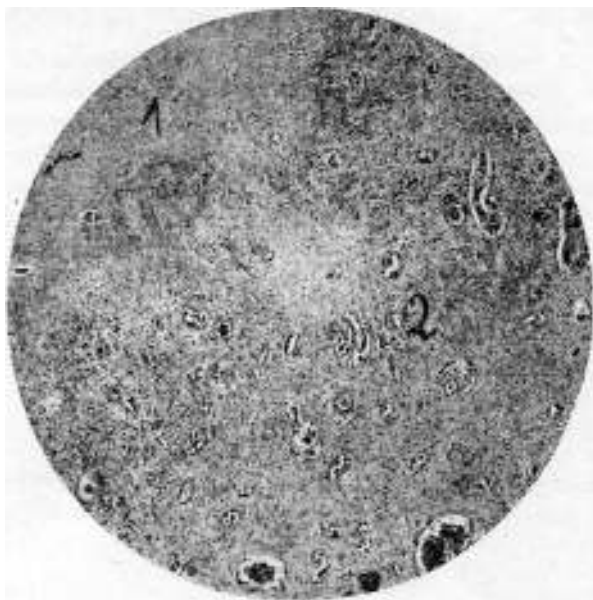
Corte del sector de riñón que limita a la vez la cavidad quística, el cáliz y el trayecto de comunicación entre ambos. (Microfot. N° 5, 5a y 5b). Fragmento C: C. Q. del esquema. — Entre la cavidad quística cuya adventicia



Microfotografía N° 5. — (Pared de la cavidad). — A. Adventicia esclero-hialina. Debajo, el proceso fibroplástico ha destruido el parénquima renal; sólo un glomérulo ha resistido. (Fragmento C.C.Q. del esquema).



Microfotografía N° 5 a. — Trayecto de comunicación excavado en el espesor de la papila. — 1. Parte superficial del trayecto, con necrosis. — 2. Parte profunda; se observan tubos reducidos a hendiduras. (Fragmento C.C.Q. del esquema).



Microfotografía N° 5 a. — Otro aspecto del trayecto de comunicación del quiste con el cáliz. — 1. Zona necrótica superficial. — 2. Zona profunda. Tubos excretores atrofiados. (Fragmento C.C.A. del esquema).



Microfotografía N° 5 b. — Pared del cáliz donde aboca el trayecto de comunicación. — C. corion fibroso. — M. muscular con sus haces atrofiados. (Fragmento C.C.Q. del esquema)

en la vecindad del trayecto de comunicación está íntimamente solidarizada con el tejido intersticial del riñón, del cual se ve como seña un glomérulo (Microfot. N° 5) y la pared del cáliz cuya mucosa falta, sustituida con su corion por una gruesa capa fibro-esclerosa (Microfot. N° 5b) el trayecto de comunicación como lo muestran las Microfot. N° 5a, 5a, está excavado en el seno de un tejido conjuntivo que por su aspecto y la presencia de tubos urinarios de tipo excretor y ausencia de glomérulos (elementos éstos los más resistencias siempre) tiene los caracteres de la sustancia medular y podemos aventurarnos a afirmar que el canal de comunicación entre el quiste y el cáliz se ha hecho en el espesor de la papila.

El tejido conjuntivo inter-tubuiar, que forma la parte básica del trayecto, está sembrado de tubos de la medular, con su epitelio variadamente alterado, mezclados con vasos sanguíneos en partes trombosados.

La parte más interna del trayecto está necrosada y edematosa y en ella se observa aún el contorno de los tubos y de los vasos.

Consideraciones

Para subrayar la extrema rareza de la complicación sobrevenida en el quiste hidático del riñón que es motivo de esta comunicación, creo suficientemente expresivo transcribir algunos párrafos de la carta que el Prof. Devé, en respuesta a mi solicitud de información, me envió con fecha 11 de octubre de 1938.

“Vous me prenez au dépourvu avec votre cas de Kyste hydatique du rein rompu dans le péritoine. Je n'en sais rien de plus que ce que vous pouvez lire dans la monographie de Spurr, qui fait allusion a deux cas cités par V. Nicaise. Je puis seulement vous ajouter que dans sa thèse d'Alger (1929) Couniot ne cite aucun cas de cette complication, a laquelle il ne fait même pas allusion, m'a-t-il semblé”.

Nuestra búsqueda bibliográfica no nos ha permitido adelantar nada en el sentido del hallazgo de observaciones de quiste hidático del riñón roto en el peritoneo. V. Nicaise en su artículo en la “Encyclopédie Française d'Urologie” 1914, T. 3, pág. 75, posterior a su tesis del año 1904 - 1905, cita, sobre 474 casos de quiste hidático del riñón, dos rupturas en el peritoneo (Longuet y Harz) ¹. A. Nogueira (“Revista de los Hospitales”, T° 7, 1916) que acompaña a su documentado trabajo, la bibliografía completa hasta 1915, con la sola omisión del trabajo de J. H. Oliver (“Re-

(1) Harz: Ein Fall von Echinococcus der rechten Niere mit Ruptur in die Bauchöhle. Inaug. Diss. Kiel, 1899.

vista Médica del Uruguay”, agosto 1905, pág. 190) y de la “Revista didáctica de Daniel” (“Gazette des Hopitaux”, 1913, pág. 1915) habla de la complicación peritoneal, citando los dos casos de la estadística de Nicaise. En la monografía de Ricardo Spurr (Quistes hidáticos del riñón, Buenos Aires 1927), el número de casos no ha sido aumentado.

Finalmente en 1938 Surraco, en su monografía “El quiste hidático del riñón”, Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 1938, pág. 1, colaboración anatómo-patológica de P. Larghero Ybarz) dice a propósito de la complicación peritoneal:

... Rupturas: ... hacia el peritoneo, de gravedad excepcional (la mayoría mortales) ocasionadas generalmente por traumatismos; nosotros acusamos un caso cuya ruptura se produjo a las pocas horas de una exploración pielográfica y que fué debido seguramente a la tensión producida por el líquido de examen no evacuado.

Con respecto a las rupturas traumáticas del riñón portador de q. h. conocemos en nuestro medio dos observaciones pero sin participación peritoneal (A. Nogueira. Obs. N° 1 de su monografía perteneciente al Prof. A. Lamas). Ruptura traumática del riñón que albergaba el quiste, con desgarró del parénquima intacto; hemorragia intraquistica y perirrenal, ninguna participación peritoneal. Quiste supurado, no roto, y una observación inédita del Dr. Raúl del Campo, con estudio anatómo-patológico del Br. Cassinelli; tampoco en este caso había ruptura en el peritoneo.

Y en cuanto a la intervención de la pielografía como factor de complicaciones en los q. h. del riñón, no hemos encontrado referencias. J. C. del Campo y F. Harán publicaron en esta Sociedad (Bol. Soc. de Cir. 1932, pág. 209) un accidente de pielografía en un caso de hidronefrosis, que obligó a la nefrectomía de urgencia y cuyo estudio y conclusiones prácticas pueden ser aplicadas a nuestro caso de quiste hidático del riñón, en vista de la profilaxis de estos accidentes.

La sucesión de los hechos en nuestra observación parece evidentemente autorizar la deducción de que la pielografía fué la causa inmediata de la complicación: la triada, cólico nefrítico inicial, tumor del flanco derecho con contacto lumbar e hidatiduria, no dejaba dudas sobre el diagnóstico topográfico y la na-

turaliza del mal. Este quiste hidático del riñón evolucionó durante nueve días en el Servicio sin ninguna molestia y en absoluta apirexia. Inmediatamente después de la pielografía con yoduro de sodio, del que quedaron retenidos unos 30 c.c., cólico nefrítico violentísimo, fiebre elevada, chuchos de frío y aparición de un proceso inflamatorio agudo de la fosa lumbar e hipocondrio y flanco derechos, con participación del peritoneo frénico e inmovilidad del diafragma derecho (acusado por el síndrome de hipoventilación del lóbulo inferior del pulmón derecho). Este proceso evoluciona sin atenuación durante ocho días, se abre luego bruscamente en peritoneo libre para dar una peritonitis difusa, generalizada, en el sentido clínico y anatómico de esta expresión. Esta peritonitis evoluciona pues en dos tiempos y sabemos bien que estas peritonitis en dos tiempos, cualquiera sea el punto de partida, en las cuales entre la lesión inicial y la peritonitis generalizada existe una etapa intermedia de peritonitis tabicada, revisten siempre una extraordinaria gravedad.

Los datos del protocolo operatorio y necrópsico nos permiten afirmar:

1º *Peritonitis purulenta e hidática, generalizada, tomando hasta los más mínimos recesos de la serosa.*

2º *Origen inmediato en apertura de un absceso limitado a la logia subhepática derecha.* — La apertura se hizo por las dos vías por las que puede y suele propagarse la infección de este espacio cuando él es asiento de un proceso a punto de partida hepático o vesicular o duodenal o más raramente renal: hacia arriba y afuera al espacio subfrénico derecho; hacia abajo a lo largo de la amplia gotera parieto cólica que dirigió el exudado hacia la pelvis. A partir del fondo de saco peritoneal pelviano, la infección remontó invadiendo ampliamente la serosa peritoneal situada a izquierda del mesenterio, afectó todos sus recesos y llegó a la fosa frénica.

En los datos de la anamnesis del episodio de ruptura peritoneal y del examen físico se encuentran también los elementos que permiten confirmar estas etapas de invasión peritoneal:

Comienzo súbito con dolor inaudito en hipocondrio derecho y epigastrio, irradiación retroesternal y hasta el cuello (frénico)

y en el momento del examen, comprobación de máximo del dolor subjetivo y objetivo a nivel del hemivientre izquierdo hasta el reborde costal.

3º *El origen mediato de la peritonitis*, radica como hemos visto, en la perforación de un quiste hidático del riñón derecho en la logia subhepática.

El estudio anatómico macro y microscópico de la pieza muestra:

A) Que el quiste, voluminoso, viejo, con adventicia gruesa, esclerosada y en partes calcificada, con acentuado proceso de perinefritis y periquistitis, había determinado profundas alteraciones del parénquima renal (desaparición de parénquima tubular, atrofia de glomérulos y fibrosclerosis intersticial) y de las vías de excreción: dilatación moderada en relación al volumen del quiste de cálices y bacinete y uréter, engrosamiento fibroplástico de sus paredes y pérdida del epitelio de revestimiento, con acentuado proceso fibroplástico peripiélico y periureteral y adherencias a los vasos del pedículo renal y vena cava.

B El quiste estaba abierto en las vías de excreción (cólico nefrítico inicial e hidatiduria). El estudio anatomo patológico demuestra que la apertura se hizo a nivel de un cáliz inferior. Pero contrariamente a lo que hemos observado en otras piezas (Surraco), la apertura no se ha hecho directamente en el cáliz sino que ella se ha establecido por medio de un trayecto bastante largo que corre en el espesor de una papila. Nuestros estudios anatómicos nos habían mostrado hasta ahora, que la apertura de un quiste hidático del riñón en un cáliz se hacía respondiendo a un proceso patogénico idéntico al que se observa en las aperturas en un canal biliar o en los bronquios; es decir: contacto de la adventicia con la base de un cáliz (como ella contacta con un canal biliar o un bronquio); luego la degeneración hialina y necrosis tóxica e isquémica de los extractos internos de la adventicia provocan la reunión fibroplástica del plano celuloso intermediario, que así transformado suelda las dos paredes cavitarias. La incesante extensión excéntrica de este proceso degenerativo de la adventicia hace que una vez ella destruída, el desgaste se haga

primero sobre la zona fibrosa que la ha soldado al cáliz y más tarde sobre la pared del cáliz mismo que llegado a la última etapa ha tomado en ese punto el lugar de la adventicia determinándose así la perforación.

En nuestra observación, el corte macroscópico de la pieza muestra señalado por un tallo, el largo y oblicuo descendente canal de comunicación de la cavidad quística con el cáliz, el que a su vez se abre a través de un cuello muy atenuado en el bacinete.

Pero es el estudio microscópico que nos permite hacer la afirmación que dejamos sentada líneas antes: entre la adventicia, en cuyo espesor se encuentran aún glomérulos y la pared del cáliz individualizada por su capa muscular, el trayecto de comunicación está tapizado por una zona necrótica y más profundamente por una capa fibrosa laxa, en cuyo espesor se encuentran tubos alterados pero perfectamente individualizables como canales excretores de la papila. Y no existe en el largo trayecto, ni un glomérulo (elemento éste que sabemos bien que es el último en desaparecer) ni tampoco se observa más profundamente trazos de fibras musculares de la pared del cáliz. Entre la adventicia y la pared del cáliz, el trayecto de comunicación, perpendicular a ambas cavidades, está excavado en el espesor de una papila (ver esquema).

Patogenia de la ruptura del quiste en el peritoneo.

El examen macroscópico del orificio de comunicación del quiste con la logia subhepática pone de relieve que él asienta en una zona de la pared del quiste mucho más delgada que el resto de esa pared. El microscopio revela, como consta en el protocolo histológico, que la pared del quiste está constituida en esta zona por la adventicia, reforzada por el tejido celular subperitoneal, asiento de un proceso fibroplástico vascular y la serosa peritoneal adherente, cubierta por un exudado fibrino leucocitario necrótico en vías de organización.

Como puede observarse en la microfoto, la adventicia es delgada, de tipo histológico relativamente joven, ausente en ciertos puntos, es decir, que falta la gruesa zona esclero hialina calcificada que se observa en todos los otros puntos de la pared, fuera de esta zona donde se produjo la ruptura. Evidentemente ha exis-

tido un proceso ulcerativo de la cara interna de la adventicia, que determinó su adelgazamiento. Este proceso que constituye el mecanismo común de crecimiento excéntrico y de apertura de los quistes hidáticos en las cavidades serosas, canales excretores o vísceras huecas, de etiología tóxica hidática e isquémica y a los que se agrega el factor microbiano en los quistes abiertos e infectados, fué acelerado en sus consecuencias por la reacción inflamatoria y la distensión mecánica consiguiente, debida a la retención parcial del yoduro de sodio utilizado para la radiografía de contraste.

Pero la anatomía patológica nos autoriza a pensar, que mismo en ausencia del factor retención de yoduro de sodio, la perforación se habría producido, aunque más tarde, como se produjo en otros casos de q. h. del riñón, sea en el peritoneo o en una víscera hueca (colon) y por el mismo mecanismo patogénico, ayudado a veces pero no siempre por un traumatismo, que el que determina por ejemplo las rupturas de q. h. del hígado en el peritoneo o la perforación y emigración transdiafragmática.

Para el caso de los q. h. del hígado, rotos en el peritoneo, la casuística enseña que la desgarradura de la adventicia que ha aflorado a la superficie de la víscera, puede producirse en ausencia del factor infeccioso y en ausencia de traumatismo, facilitada por la pérdida de resistencia que acarrea la ulceración de adentro afuera de una zona de la adventicia, consecutivo a la necrosis tóxica e isquémica de esta membrana de enquistamiento.

Por eso, si bien decimos antes que la sucesión de hechos clínicos permiten acusar al accidente pielográfico como causa inmediata de la perforación, agregamos ahora, teniendo en cuenta las comprobaciones anatómicas que la retención del yoduro encontró facilitada su acción por un adelgazamiento ulcerativo interno de la adventicia, de esencia tóxica parasitaria, isquémica e inflamatoria microbiana.

Dibujos de L. Bastos y A. Raggio.

Fotografías y microfotografías de P. Ibarra, J. Santa Rosa e I. Biurrún.
(Sesión Fototécnica de la F. de Medicina. Director: Dr. R. Velazco Lombardini).