

Respecto a los decolamientos hemos constatado además lo siguiente: Si se quiere pasar por detrás de la vena cava, yendo de la Zona Clivable izquierda a la derecha, una vez detenidos por las supra-hepáticas, se debe bajar un poco y dirigiéndose al lóbulo de Spiegel, decolar la inserción parietal del pequeño epiplón, despetgar el peritoneo parietal del divertículo superior hepatoesofágico, que corresponde, como se sabe, a la primitiva fisura hepato-enterica con lo que se alcanza el meso-hepatocava, que se decola entonces de izquierda a derecha.

Esta maniobra podría tener interés en el caso que tuviera que intervenir sobre la cava o sus vecindades comprimiéndose así fácilmente y totalmente inmediatamente por debajo del diafragma. Y debe preferirse la vida izquierda a la derecha pues el volumen del hígado molestaría.

---

Presentado en la sesión del 9 de Octubre de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ *Quiste hidático del riñón con pionefrosis hidática.  
Herida operatoria de la vena cava.*

por el Dr. C. VICTOR ARMAND UGON

Obs. Balbina M. de 44 años, ingresa a la sala 18 del servicio de clínica quirúrgica del Pr. García Lagos, por una tumefacción dolorosa del flanco e hipocondrio derechos.

**Antecedentes:** mujer que trabaja en el campo, sana, 4 hijos. Hace 15 años fué operada de un quiste hidático del hígado que fué marsupializado.

**Enfermedad Actual:** se inicia hace un año por cólicos nefríticos, notando la enferma que el hipocondrio derecho se hace más proeminente. Se repiten los cólicos, a veces acompañados de hidatiduría. Desde hace 5 meses dolor permanente en la región lumbar derecha; sobrevienen algunos chuchos violentos, tenesmo, poliakiuria, disuria. Enflaquece 10 kilos, aceptando finalmente la intervención quirúrgica que le había sido propuesta.

**Al exámen:** estado general y de nutrición deficientes. Existe una enorme tumoración del abdomen superior derecho que levanta la pared abdominal anterior y que ensancha la base del hemitorax del mismo lado. Existe una cicatriz operatoria paralela al mismo reborde. La tumoración es bilobada lisa, dolorosa la presión y de consistencia elástica, casi dura. Es inmóvil en la respiración y no obedece a las maniobras de desplazamiento. Abajo llega hasta la fosa ilíaca derecha, arriba se pierde bajo la parrilla costal, adentro llega hasta cerca de la línea media. Presenta contacto lumbar. Es mate y no hay frémito. Las orinas son turbias, revelando el microscopio glóbulos de pus y restos hidáticos. Los ra-

Yos X muestran previa insufiación de colon y estómago, que el tumor es retrocólico y que es adyacente al hígado sólo en el tercio posterior de su cara inferior.

El Dr. Lorenzo practica la citoscopia y cateterismo ureteral llegando a las conclusiones siguientes: orinas purulentas, y escasas en el ureter derecho, normales las del riñón izquierdo. La pielografía muestra **el ureter derecho muy aumentado de volúmen**. La pelvis no se rellena. El ureter está inflexionado en su tercio superior, hacia adentro, realizando una arcaña a concavidad superior, casi horizontal, sobre la cual descansa la sombra tumoral. Hay numerosas calcificaciones que responden al viejo quiste hepático.

La enferma hace fiebre irregular. La urea es de Ogr. 30 por l.

**Intervención:** Anest. gen. al eter. Incisión de Bazy, se abre deliberadamente el peritoneo para explorar las visceras. Adherencias epiploicas al hígado, que es normal. El tumor es retroperitoneal, pero su polo superior está intimamente unido con el hígado en la parte posterior. Sobre la cara anterior del tumor descansan la vesícula biliar, el duodeno y el ángulo cólico derecho. Se aborda el tumor por su borde externo y por vía extraperitoneal. Está constituido por dos lobulaciones: La superior de coloración rosada es un voluminoso quiste hidático, la inferior es una bolsa pionicrónica. Se punciona con el aspirador de Finochietto y se evacúa un quiste multivesicular supurado, de unos 5 litros. Se punciona luego la bolsa inferior y se evacúa 1 litro de pus y vesículas, contenidas en varias logias.

Para evitar la fistulización resolvemos tentar su extirpación.

Se decola el colon, su meso, y el duodeno. Al principio el decolamiento del borde interno se hace fácilmente, siendo excelente la visibilidad gracias a la incisión transversal. Seguimos decolando con el dedo con suavidad, cuando bruscamente brota una ola de sangre que inunda el campo operatorio. Se cohibe la hemorragia taponando. Adquirimos la convicción que se ha desgarrado la vena cava en su segmento infrarenal. Después de algunos tanteos se consiguen pinzar los dos cabos, por encima y por debajo de la brecha venosa.

Esta mide unos 6 cm. de altura y se explica por la alteración de las paredes venosas. No se prosigue la extirpación por adquirir el convencimiento de que es imposible sin reseca la cava. Drainage del quiste y de la bolsa pionicrónica con tubos. Se dejan pinzas a permanencia lateralizadas sobre la vena aislándolas con mechas del campo séptico. Cierre del peritoneo y parcial de la pared.

**Post-operatorio:** Relativamente bueno. A las 24 horas el pulso es de 100, la diuresis es buena. En ningún momento aparecen edemas ni dolores en los miembros inferiores. Al 4.º día se afloja un diente de las pinzas

ermanencia, continuando así en los días subsiguientes. Al 8.º día se re-  
 an sin incidentes. Es necesario carrelizar el quiste y como no se obtiene  
 apirexia, se hace a la novocaína una contraincisión lumbar para efec-  
 r un drenaje correcto. A los dos meses es dada de alta con fistuleta  
 ambar.

La fístula cierra a los 4 meses y al año la enferma se encuentra sin  
 anstornos funcionales.

Existen en esta observación 3 hechos que analizaremos.

a) **Orígen primitivo del tumor.** El quiste estaba en relación íntima  
 el hígado hacia arriba, hacia abajo con el riñón destruido y era retro-  
 eritoneal. Para explicar esta localización 3 hipótesis son posibles.

1.º Podría tratarse de un quiste hepatico, que, desarrollándose hacia  
 fosa lumbar se ha hecho renal secundariamente al abrirse en sus vías  
 excretorias. No existe ninguna observación que justifique esta manera  
 pensar.

2.º Puede sostenerse que se trata de un quiste del polo superior del  
 riñón primitivo, de origen embólico, variedad patogénica que engloba la  
 gran mayoría de los quistes renales.

3.º La hipótesis que más nos seduce es la de un injerto operatorio, por  
 aída de un germen hidático en el ángulo diedro hepato-renal que se ha-  
 ría exteriorizado de la cavidad peritoneal, realizando el tipo de quiste se-  
 undario bien estudiado por Déve, para los quistes pelvianos.

**Esta noción de quiste secundario, es fundamental y debe tenerse muy  
 en cuenta en lo que se refiere a quistes esplénicos y renales. — (Dr. Del  
 ampo.).**

Se ha sostenido que la situación retroperitoneal del riñón rodeado de  
 capsula adiposa y fascias resistentes haría difícil la equinocosis renal  
 cundaria. Pero es posible que el concepto anatómico deba dejar lugar  
 concepto fisiopatológico. Durante el acto operatorio los datos ana-  
 ómicos son insuficientes para discriminar este punto y lo es también, mu-  
 chas veces, la necropsia. Si los quistes esplénicos y renales fueran de orí-  
 gen embólico arterial lo lógico sería que la estadística mostrara que exis-  
 una proporción muy inferior a la de los quistes musculares, cerebrales,  
 reciban mayor cantidad de sangre. Los hechos muestran todo lo con-  
 trario y es una razón mas para pensar que el favoritismo que tienen bazo  
 y riñón para localizar quistes hidáticos en gran parte se debe a que son fá-  
 cilmente inoculados por gérmenes de siembra hidática.

b) La pionefrosis es explicable si se tiene en cuenta la larga evolu-  
 ción de los accidentes de ruptura del quiste en las vías excretoras, con pe-  
 ríodos largos de obstrucción ureteral.

La dilatación del ureter bien visible en la pielografía es un hecho su-

perponible a la dilatación del colédoco en los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares. Creemos que es un buen síntoma piolográfico de hidatiduría.

c) La herida operatoria de la vena cava no es un hecho frecuente y un poco a priori es considerada como grave. Sin embargo del estudio de los casos clínicos y experimentales se desprende la relativa benignidad de esa lesión, siempre que asiente por debajo de las venas renales. Algunas pionefrosis y cánceres renales son de extirpación muy laboriosa e incompleta, inconvenientes que se podrían subsanar sacrificando deliberadamente ese vaso y siguiendo su borde izquierdo hasta la vena renal izquierda, normalmente más alta que la derecha para elivarlos. La ligadura superior de la cava asentará por debajo de la vena renal izquierda — y por encima de la renal derecha, — en una palabra, será inter-renal.

