

LA EFRECTOMIA PARCIAL EN LA HIDATIDOSIS
RENAL

Emilio A. Bonnacarrere

(Profesor Agdo. de Urología de la Facultad de Medicina de Montevideo)

y

Ruben Ardao

(Anatomo Patólogo de la Clínica Urológica: Prof. Surraco)

La cirugía de la hidatidosis en general, ha evolucionado en las distintas décadas en pasos sucesivos desde la iniciación del tratamiento quirúrgico de esta afección, hasta llegar a preconizarse como dogma que persiste y que debe aplicarse en la mayoría de los casos de quiste hidático, la abertura del quiste y la extirpación de las membranas parasitarias. El cierre inmediato o el drenaje temporario de la cavidad que queda depende en su indicación de la localización topográfica, de las condiciones de la pared y de la posible infección o hemorragia del quiste.

La tendencia actual que empieza a imponerse en muchas localizaciones de la hidatidosis, se inclina a la extirpación no sólo del parásito sino también de la adventicia o periquística, siempre que esto sea posible sin riesgos de gravedad para el enfermo.

Esta nueva práctica en la cirugía del quiste hidático, ha nacido de la necesidad de mejorar el tratamiento y evitar secuelas importantes.

El quiste hidático, formado por el conjunto del *parásito con sus membranas*, en cuya estructura entran:

a) La membrana cuticular con sus innumerables capas de naturaleza quitinosa, que protegen al plamodio germinativo de las agresiones del mundo exterior.

Esta comunicación fué leída en la sesión del 7 de abril de 1948.

- b) La membrana germinativa o plasmodio germinativo.
- c) El líquido hidático.
- d) Vesículas prolíferas que nacen por brotamiento directo de la capa plasmodial o germinativa y constituyen la arenilla hidática.
- e) Vesículas hijas cuyo asiento puede ser exógeno, hallándose en la capa cuticular; o endógeno, originándose entonces directamente el plasmodio; de las vesículas prolíferas o por evolución hidrópica de los escólex.
- f) Escólex cuyo origen hay que buscar en las vesículas prolíferas.

Y la adventicia

constituída por el parénquima donde se ha localizado el parásito, modificado alrededor de éste; por acción mecánica de compresión y por reacciones alérgicas defensivas que se provocan; tiene una localización topográfica en el riñón que ha sido bien y definitivamente determinada por el Profesor Surraco en su relato al II Congreso Americano de Urología realizado en Buenos Aires el año 1937. En este trabajo, los Profesores Surraco y Larghero dejan bien sentado:

- a) Que el quiste hidático del riñón es siempre intrarrenal;
- b) que por lo tanto es sub capsular;
- c) que cuando llega a abrirse en las cavidades renales, siempre lo hace en un cáliz y por orificio pequeño:

El quiste hidático del riñón tiene su adventicia, por lo tanto, formada por tejido renal, que ha sufrido una serie de procesos unos de tipo mecánico y otros de naturaleza alérgica local, que tienen por consecuencia: la atrofia del tejido noble y procesos degenerativos de los glomérulos y tubos renales.

En el tejido renal lesionado, hay un proceso de reacción conjuntiva; que primero es de tejido conjuntivo joven, pero que luego es adulto y se hace fibroso; que más adelante envejece y es escleroso y que por último muere y se carga de sales calcáreas.

La consecuencia de estas distintas etapas en el proceso conjuntivo de la adventicia, es no sólo de orden anatómo-patológico y clínico, sino también de pronóstico y tratamiento.

En efecto: un quiste joven, hialino, con una adventicia fina de unos milímetros solamente de espesor, constituída por tejido conjuntivo joven; beneficiará de la extracción de la hidátide; dejando la periquística.

La cavidad, formada por tejidos blandos en su pared, se retrae y rellena fácilmente de brotes carnosos de cicatrización.

Por el contrario, si el tejido conjuntivo que constituye la adventicia es fibroso, de espesor considerable; si es escleroso y con mayor razón si está calcificado, quedará una cavidad más o menos esférica de paredes rígidas, sin tendencia a colapsarse y por lo tanto una cavidad residual infectada que persistirá por mucho tiempo, si no definitivamente en muchas circunstancias, con supuración y retención de pus en su interior.

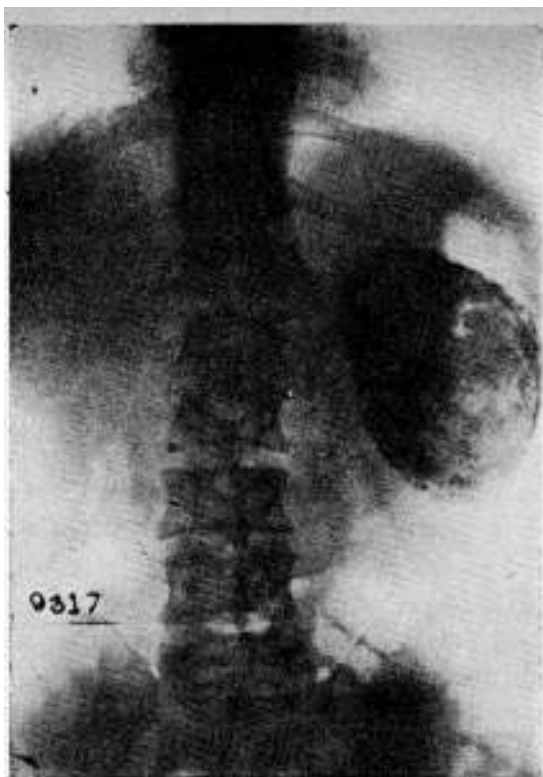
Es en estos casos que es indiscutible la necesidad de la extirpación de estas paredes rígidas para conseguir la curación de estas secuelas importantes del quiste hidático.

Presentamos en este trabajo dos casos en que efectuamos la nefrectomía parcial para lograr la curación:

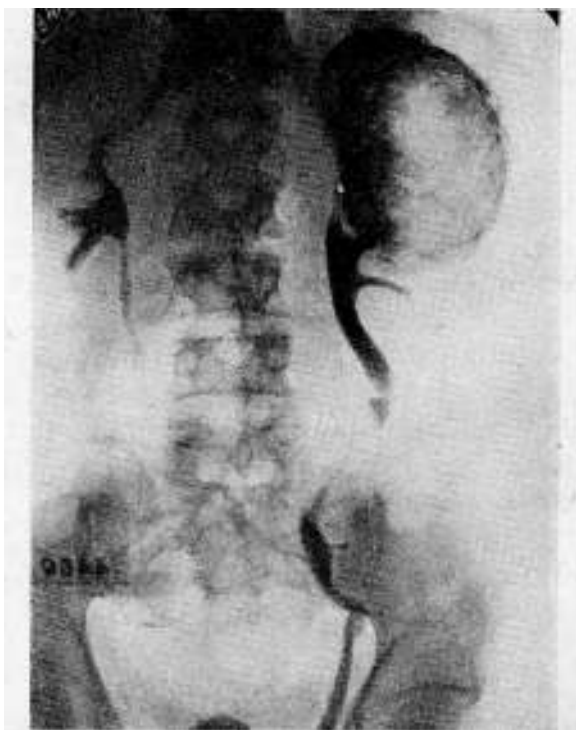
El 1er. Caso, L. M. — Se trata como bien claramente se ve en las radiografías (1 y 2) de un quiste calcificado del riñón izquierdo, con una pared adventicia totalmente calcificada. Se trataba de una verdadera esfera pétreo, con contenido a supuración pútrida, en comunicación con el cáliz superior sobre el que descansa y deja la deformación en *Copa de Champagne* y en el cual se abre. La historia clínica de este enfermo, que no vamos a relatar en detalle, viene de largo tiempo atrás, con cuadros repetidos de fiebre, hidaturia y cólicos nefríticos con expulsión de restos calcificados, acompañando a una intensa piuria fétida persistente; con estado general que traduce una toxi infección importante.

Es claro que si hubiésemos hecho sólo el drenaje de este quiste, nunca hubiésemos conseguido la curación total de nuestro enfermo; una fístula a gran secreción de pus y orina habría persistido definitivamente.

La quistectomía, verdadera *nefrectomía parcial*, nos permitió una curación definitiva, conservando una parte de riñón todavía aceptable en su función.



Quiste calcificado del
riñón izquierdo



Pielografía ascendente
mostrando el quiste cal-
cificado del riñón izq.
descansando sobre el cá-
liz superior deformado
en "Copa de Champagne"

El 2º Caso, E. P. — Esta observación es interesante bajo distintos aspectos:

Es un enfermo en quien sospechamos, con el Dr. Licandro, clínicamente la existencia de un quiste hidático del riñón izquierdo. Coinciendo con cólicos nefríticos izquierdos hablaba vagamente de la expulsión de algo que se podía interpretar como vesículas. Nos trae una partícula semejante a una semilla de uva seca, pues ya hace 7 días de expulsada. La estudiamos histológicamente con



FIG. 3
Vesícula hidática expulsada con la micción, teñida con carmín de Best.

lo que confirmamos de que se trataba de una vesícula hidática (Fig. 3).

Investigamos la presencia de quitinosa en el sedimento urinario, por el procedimiento del Profesor Lasnier, encontrando en medio de una piuria de regular intensidad con células epiteliales, cilindros y uratos, abundantes restos Best positivos con los caracteres típicos de los restos hidáticos. Estos elementos eran de aspecto diverso de acuerdo a su tamaño y al grado de desintegración en que se encontraban; se observaban así por un lado, gruesos fragmentos estriados fácilmente reconocibles (fig. 4, 5 y 6), por



FIG. 4



FIG. 5

Fragmentos de quitinosa eliminados con la orina y reconocidos por la tinción con carmín de Best.

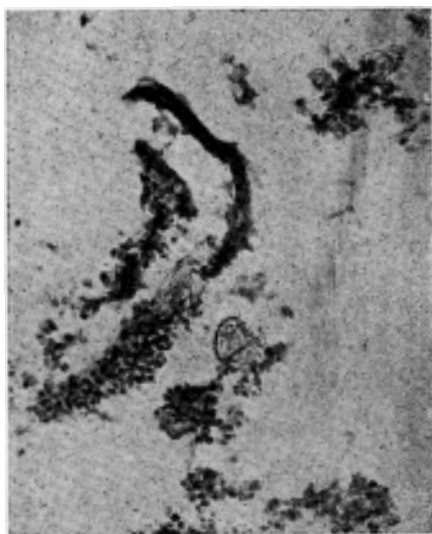
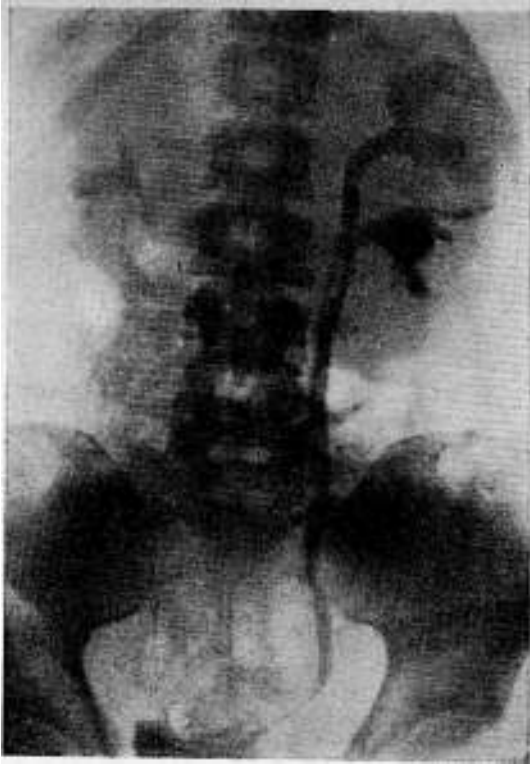


FIG. 6



Pielografía ascendente
que muestra la existencia de un quiste hidático en un riñón desdoblado.



FIG. 8
Pielografía ascendente
que muestra el resultado obtenido después de heminefrectomía.



FIG. 9
Hemi-nefrectomía por quiste hidático
en riñón desdoblado

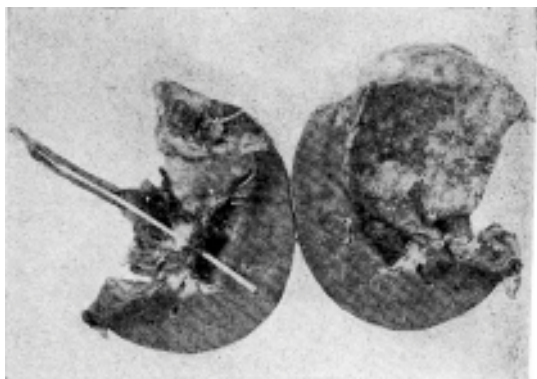


FIG. 10
La misma mostrando la comunicación del
quiste con el cáliz.



FIG. 11
La pieza de hemi-nefrectomía abierta en
corte sagital.



FIG. 12
Hemi-nefrectomía por quiste hidático
en riñón desdoblado

otro, restos laminillares, productos de desintegración de los fragmentos más gruesos. Asimismo se observaban abundantes formas de desintegración más avanzada de la cutícula hidática, formas cocobacilares (Lasnier).

El diagnóstico no ofrecía dificultades, pues se comprueban los tres elementos que constituyen el síndrome histológico patognomónico:

a) *Elemento morfológico*, constituido por el aspecto característico de las distintas formas desintegrativas (laminares, laminillares, cocobacilares, etc.) o el aspecto estriado de los fragmentos mayores.

b) *Elemento topográfico*, constituido por la disposición tan típica de los elementos leucocitarios y macrofágicos marginando a ambos lados el fragmento de quitinosa, como las hormigas se disponen alrededor de un gusano muerto" (Cassinelli).

c) *Elemento tintorial*, constituido por el carácter Best positivo.

La uretero pielografía retrógrada (Fig. 7) nos muestra un quiste hidático (signo del racimo o panal) en un riñón a duplicación ureteral, abierto en el cáliz superior.

Pudimos haber efectuado en este caso sólo quistotomía, pero las condiciones anatómicas favorables, nos inclinaron a hacer una heminefrectomía, con lo cual pusimos el enfermo en la seguridad de no quedar con ninguna secuela atribuible a la persistencia de la cavidad o a procesos dependientes de las membranas.

Hicimos nefropexia capsular, por el procedimiento de Surraco, del riñón restante para dejarlo en buena posición de drenaje. El estudio de control nos mostró una funcionalidad muy buena y un riñón que, a la pielografía (Fig. 8), da una imagen de aspecto satisfactorio.

El estudio de la pieza operatoria (Figs. 9, 10, 11 y 12) y estudio histológico, confirman lo acertado de la extirpación total de la lesión, pues la pared está constituida por una adventicia gruesa, fibroesclerosa, de tejido evolucionado, dispuesto en bandas hialinas; que habría tenido dificultad en la retracción y relleno de la cavidad.

Con estas dos observaciones que presentamos, queremos mostrar nuestra inclinación actual a efectuar la extirpación total del

quiste hidático del riñón como desideratum, en todos los casos en que esta conducta sea posible sin un riesgo quirúrgico serio para el enfermo, con lo cual creemos darle a nuestros pacientes una curación más completa y más rápida evolución en su post operatorio.

Dr. Yannicelli. — A propósito, una pregunta: ¿Qué técnica utilizó en este sentido: por ejemplo: quedó cáliz residual; tuvo que suturar; la sutura del parénquima ofrece alguna particularidad?

Dr. Bonnacarrère. — Como se ve bien en la pielografía, hay una duplicación completa.

Dr. Etchegorry. — Si observa la pielografía, va a ver que es un caso ideal en ese sentido.

Dr. Bonnacarrère. — Es el cáliz superior solamente separado; se ve el pedacito del uréter cortado todavía. Se corta el parénquima, se hace la sección del uréter, se hace sutura simple, interponiendo grasa que es un hemostático extraordinario en ese sentido y después la nefropexia aplicando el riñón contra el diafragma.