

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL BAZO Y DEL RIÑON *

Dr. JULIO MAÑANA

Esta comunicación se basa en la observación de 4 casos de equinococosis del bazo y 6 del riñón, en un período de 6 años.

De 6.500 egresos en este lapso, el 2,10 % presentaba hidatidosis; el 4,44 % equinococosis renal; el 3 % esplénica. Relacionados al número total de enfermos, la renal alcanzó un porcentaje de 1 ‰ y la esplénica de 0,6 ‰.

EQUINOCOCOSIS ESPLENICA

En 3 casos se trataba de equinococosis primitiva y solitaria del bazo. En 1 caso de una infestación masiva con quistes múltiples de hígado, pulmón, retroorbitario derecho y esplénico.

ANATOMIA PATOLOGICA Y COMPLICACIONES

Localización: 1 era prehiliar, 1 central, 1 retrohiliar y 1 no topografiado.

Tamaño: 3 medianos, 1 grande con un contenido de 4 litros.

Contenido: univesiculares y hialinos.

Calcificaciones: parcialmente en 1, intensamente en otro.

Estado del parénquima esplénico: Disminuido de tamaño en 2 casos y moderadamente aumentado en 2 casos. En 1 caso se comprobó fibrosis pulpar con dilatación de los senos.

* Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela.

Relaciones con la celda esplénica: La periquistitis más que la periesplenitis produjo en 2, moderadas adherencias al diafragma; en 1, adherencias muy importantes al mesocolon transversal y su colon, a la cola del páncreas y al diafragma. En 1 existía una equinococosis yuxtaesplénica peritoneal secundaria, de siembra de una intervención anterior sobre hidatidosis múltiple del lóbulo izquierdo del hígado.

Roturas: No existieron.

Alteraciones hematológicas: Se describen en las equinococosis esplénicas, poliglobulias e hiperesplenias que retroceden luego de la esplenectomía. En nuestros casos, 1 mostró moderada anemia y leucopenia, si bien el mielograma reveló una densidad celular aumentada, no nos autoriza a hablar de una hiperesplenía; podría tratarse de un inicio de este fenómeno. En otra paciente con anemia e infestación masiva por quiste hidático, tenía múltiples causas para explicar su anemia, pero la enferma mejoró desde el punto de vista hematológico luego de la esplenectomía. Otro caso con una plaquetopenia de 75.000 preoperatoria la eleva a 283.000 en su postoperatorio; se mantiene en los días sucesivos en 300.000 plaquetas; el frotis de este bazo reveló una densidad celular sanguínea aumentada, principalmente de plaquetas. Un paciente con anemia, enterorragia y quiste calcificado de bazo. Se procedió a una gastrectomía sin poderse comprobar claramente la causa de su hemorragia. Evoluciona con anemia y falta de eosinófilos, falleciendo al año de su resección gástrica sin intervención del quiste hidático de bazo.

Las alteraciones hematológicas se ven en los quistes hidáticos del bazo; estos estudios tendrán que buscar una confirmación y explicación en el futuro.

TRATAMIENTO Y ACCIDENTES

Vías de abordaje: En 2, subcostal izquierda; en 1, se utilizó la incisión de toracotomía, por lo cual se trataban dos quistes hidáticos de pulmón, realizándose una frenotomía que permitió la esplenectomía. En 3, esplenectomía, con evolución sin accidentes; uno no se intervino, el ya señalado.

EQUINOCOCOSIS RENAL

En 5 era solitaria; en 1 presentaba, además, una equinococosis hepática.

ANATOMIA PATOLOGICA Y COMPLICACIONES

Localización: 4 el polo superior; 2 el inferior.

Tamaño: En 5 enorme, conteniendo entre 4 y 5 lts.; en 1 tenía un diámetro de 7 cms.

Calcificaciones: Formalmente en 1 caso; parcialmente en otro; ausente en 4.

Contenido: 1 univesicular hialino, 5 multivesiculares; dentro de estos: 1 con degeneración gelatinosa, 2 con líquido turbio, 1 supurado.

Modificaciones del parénquima renal: En 5 disminuido de tamaño; en 1 normal. Histológicamente: en 1 atrófico en la zona circunvecina al quiste, el resto con moderada congestión y edema del tejido intersticial. En otro, a las lesiones atróficas circunvecinas al quiste, mostraba el tejido renal restante, lesiones de nefritis crónica, con focos inflamatorios intersticiales, vascularitis, esclerosis glomerular, cilindros hialinos, y áreas de atrofia alternando con hipertróficas. Queremos aclarar que este enfermo padecía una diabetes. Por tal motivo, atribuir dichas lesiones al quiste hidático motivan dudas.

En otro, congestión, edema y hemorragia intersticial, con macrófagos con pigmento hemático. Vasos con moderada hialinosis. Y escasos cilindros hialinos en la zona papilar.

El quiste hidático de riñón es siempre infracapsular e intrarenal, pues, se puede seguir el parénquima renal adelgazándose, tendiendo a envolver el quiste.

Relaciones con las vías urinarias: La abertura en los cálices secundaria no fue comprobada. Con el bacinete de contigüidad, en un caso aplanaban y elongaban los cálices. Producen siempre importantes desplazamientos del uréter; en dos casos, obstrucción de éste al urograma retrógrado. Dilataciones pielocaliciarias moderadas en un caso, importantes en otro.

Relaciones viscerales con la celda renal: La periquistitis y la perinefritis fueron en los grandes quistes muy importantes.

Desbordan la línea media hacia el lado contralateral, adhiriendo a las caras laterales de aorta y cava; arriba y atrás con el diafragma; los derechos con el hígado y los izquierdos con el bazo y la cola del páncreas. Hacia adelante, con peritoneo, mesocolon y colon. Las adherencias son firmes al pedículo renal y uréter.

Alteraciones urinarias: No hemos comprobado insuficiencia renal. Las orinas revelan albuminuria, piocitos, escasos glóbulos rojos, buena concentración ureica. No hemos observado hematuria. En 3 pacientes, poliuria. No vimos hidatiduria. El urograma de excreción fue siempre normal para el riñón opuesto.

Desplazamientos renales: En nuestros casos desplazó y dislocó al riñón, pues, se trataba en su mayoría de grandes quistes. Pero el quiste desborda el polo en el cual se origina y tiende a envolver al riñón.

Roturas del quiste: No tenemos ninguna.

Desplazamientos viscerales: El crecimiento expansivo del quiste manifestándose como tumoración retroperitoneal, imprimió los característicos desplazamientos y dislocaciones viscerales de estas tumoraciones, investigadas clínica y radiológicamente.

Asociaciones patológicas: No hemos observado tuberculosis, litiasis, ni cáncer. Pero observamos un caso de riñón parasitado con uréter doble de ese lado. Y una estenosis uretral, que requirió dilatación previa, para lograr el cateterismo vesical, ureteral y la pielografía retrógrada.

TRATAMIENTO Y ACCIDENTES

Vías de abordaje: 2 por la 11ª costilla; 1 por la lumbotomía; 3 por insición de Fei.

Táctica: 1 por quistostomía; 1 por nefrectomía parcial en cuña; 4 por quistectomía con nefrectomía total. En el que se realizó quistostomía hizo un quiste de siembra quirúrgica en la incisión parietal. Uno hizo un neumotórax postoperatorio; se había abordado por la 11ª costilla y se había abierto la pleura.

Un paciente diabético portador de un norme quiste hidático, tuvo a los 28 días de operado una fístula colónica; a los

dos meses una fístula yeyunal y falleció a los 4 meses. Es frecuente la exudación postoperatoria y la supuración de las heridas.

RESUMEN

La equinocosis esplénica y renal son raras, pero no infrecuentes. Sucitan porblemas importantes de diagnóstico topográfico. La equinocosis esplénica presentó como únicas complicaciones: las adherencias periesplénicas y periquísticas, las alteraciones hematológicas y las calcificaciones. El tratamiento por nosotros realizado fue la esplenectomía, la cual no arrojó accidentes. La equinocosis renal se manifestó habitualmente complicada; la intervención quirúrgica y el postoperatorio son frecuentemente accidentados. Siempre se abordó el quiste hidático renal en la clínica donde pertenezco, con criterio conservador, pero, dada las dimensiones del quiste, las modificaciones regionales, anatómicas y parenquimatosas del riñón, hizo que la mayoría de las veces la operación terminara en una nefrectomía total.

La operación de quistectomía total (operación de Surraco-Pérez Fontana) no hubo oportunidad de realizarla; en manos de sus autores parece una excelente intervención.

Luego de la presentación de este trabajo se realizó dicha intervención sobre un quiste hidático de polo inferior de riñón, con excelente resultado.