

## QUISTES SEROSOS DEL RIÑÓN

Por los Dres. L. M. BREA, R. A. ANTELO y D. A. LUCANO

Dentro de la frondosa patología de los tumores del riñón los quistes serosos ocupan un lugar siempre de actualidad, por dar lugar a menudo a interesantes disquisiciones de carácter clínico por cuanto su diagnóstico preoperatorio es casi siempre un diagnóstico de probabilidad "Ad-referendum" de la intervención quirúrgica.

Podemos decir en términos generales que los quistes serosos de riñón, por no tener una fenomenología clínica definida que le pertenezca en razón de supropia naturaleza, por su desarrollo caprichoso en volumen y ubicación con respecto al sistema pielocalicial y a los órganos vecinos, simula con mucha frecuencia cuadros clínicos radiológicos que obliga a reservar para el examen macroscópico el diagnóstico definitivo y la conducta terapéutica.

La circunstancia de haber tenido la oportunidad de intervenir cinco casos de Quiste Seroso de Riñón en un breve lapso de tiempo de los cuales sólo en dos se pudo hacer un diagnóstico de certeza preoperativo nos induce a presentarlos para enriquecer la casuística nacional y si ello fuera posible sacar conclusiones beneficiosas de orden práctico.

Uno de ellos lo consideramos particularmente interesante por su localización topográfica y por las consideraciones a que se prestó la interpretación de las imágenes pielográficas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: CASO N° 1. — 60 años de edad, antecedentes familiares de hidatidosis hepática. Pérdida de 9 kilos de peso en los últimos dos meses previos a su enfermedad actual, que se inicia con una hematuria de tipo total con varios días de duración. Síntomas de prostatismo desde hace un tiempo que no precisa con exactitud.

El examen clínico comprueba: Riñón derecho aumentado de tamaño, indoloro de superficie lisa que pelotea con facilidad y desliza con los movimientos respiratorios. Próstata aumentada de tamaño con los caracteres típicos de una adenoma prostática de gran desarrollo. Cistoscópicamente, hipertrofia de la capa plexiforme, cuello sangrante, irregular, deformado por las masas adenomatosas que hacen franco relieve en la cavidad ocultando los meatos ureterales.

Los análisis de laboratorios no dan datos de interés, las reacciones específicas de la hidatidosis negativas.

Radiológicamente, aumento del área renal derecha, a expensas del polo superior con leve dilatación píelica y deformación con elongación del calice superior en relación con una imagen tumoral de opacidad semejante a la renal. Escotadura prostática marcada.

Se intervino con diagnóstico de tumor de riñón, comprobándose una tumoración quística del polo superior del tamaño de un pomelo. Se practicó una quistectomía total con resección

de una franja parenquimatosa y sutura hemostática de la "loge" renal. Fijación del riñón con la técnica de Rhen.

Post-operatorio sin accidentes.

CASO Nº 2. — 35 años de edad, sexo femenino, casada. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Desde hace un tiempo acusa molestias que no precisa bien en la región lumbar derecha, sin irradiación y sobre todo en hipocondrio y flanco derecho. Rápida sensación de plenitud gástrica. Nunca hematuria ni trastornos disúricos. En el curso de un examen clínico se descubren una voluminosa tumoración con franco contacto lumbar y peloteo positivo que induce al examen radiológico que demuestra una tumoración de aspecto quístico en relación con el polo inferior del riñón a quien levanta y rota ligeramente.

Fué intervenida con diagnóstico de quiste seroso de riñón y en el curso de la intervención se produce un desgarro del parénquima con lesión de la arteria que obliga a practicar una nefrectomía. El examen de la pieza confirmó el diagnóstico clínico.

CASO Nº 3. — 80 años de edad, de sexo femenino, casada. Desde hace más de veinte años sufre de molestias en la región lumbar, e hipocondrio derecho sin irradiación, con severos trastornos dispépticos, que motivaron numerosos exámenes radiológicos, gastroduodenales, vesiculares y del aparato urinario. Se palpa una voluminosa tumoración que ocupa la región lumbar y flanco derecho con los caracteres semiológicos típicos de un quiste retroperitoneal, lo que fué corroborado por el examen radiológico que mostró un voluminoso quiste de polo inferior de riñón derecho que dislocaba ligeramente al órgano con integridad funcional del mismo.

Fué intervenida con diagnóstico de quiste seroso del polo inferior practicándosele la resección extrarrenal de la pared del quiste, previa evacuación de su contenido líquido.

CASO Nº 4. — 32 años, de edad, sexo femenino, casada.

Desde hace mucho tiempo, más de cinco años presenta dolores en la región lumbar izquierda y flanco correspondiente que se acompaña de episodios de cistitis caracterizados por polaquiuria diurna, sin hematuria. Los numerosos análisis de sedimento de orina e inoculación al cobayo permitieron descartar la naturaleza tuberculosa del proceso. Los exámenes urográficos practicados en el año 1950, no revelaron anormalidad.

Ultimamente, en mayo de 1952, una urografía excretora evidenció la deformación de la pelvis renal izquierda. La pielografía ascendente practicada en agosto de este año permitió comprobar la falta de relleno de la pelvis renal izquierda con caracteres de compresión extrínseca surgida de la nitidez de los bordes de la misma. Además presentaba una ptosis renal bilateral pero bien acentuada del lado izquierdo donde el polo inferior del riñón, llegaba por debajo del reborde de la cresta iliaca en la posición de pie.

Con diagnóstico de ptosis renal izquierda y probable tumoración de polo inferior cuya naturaleza no se había precisado, pero por la larga evolución, la falta de hematuria y lo indefinido de los síntomas, presumiblemente benigna, fué intervenida comprobándose la ptosis renal y un quiste de polo inferior de riñón multiloculado que se pudo extraer en block con la exéresis de una franja de parenquimarenal con sutura hemostática de la "loge". Fijación del riñón con la técnica de Rhen (no se puede acompañar las radiografías por haberse extraviado los elisés).

CASO Nº 5. — 40 años de edad, sexo masculino.  
(elisé).

Inicia su enfermedad en marzo del corriente año con un cólico renal derecho, sin hematuria habiendo eliminado arenillas. En el examen radiológico que se le practicó, se comprobó la deformación de la pelvis renal derecha con acodadura del uréter. Las pielografías ascendentes ratificaron la observación mostrando una imagen lacunar con deformación de la pelvis y del cáliz inferior que estaba dilatado. El pielograma ascendente de perfil ratifica lo anterior y neumopielografía contrastada permite visualizar lo que aparentemente es un tumor de la pelvis renal.

Fué intervenido y en el acto operatorio se comprobó, que el presunto tumor de riñón era un quiste seroso, único que asentaba en el sinus renal comprimiendo la pelvis y alcanzando bastante desarrollo del área parenquimatosa donde adquiría el volumen de una mandarina. Se practicó la resección de la pared quística extrarrenal con sutura en "surget" de la superficie residual.

## COMENTARIOS

Quinby y Brigh clasifican los quistes serosos según su ubicación en parenquimatosos, pélvicos y perirrenales.

Indiscutiblemente la mayoría son parenquimatosos.

Mogoun ha citado un caso de quiste intrapiélico de origen indeterminado. Nuestros casos son todos quiste parenquimatosos pero el número 5, si bien no era intrapélvico, tenía tan íntimas relaciones con la pelvis renal que por su ubicación es realmente excepcional.

En cuanto a la sintomatología, nuestros casos no escapan a la regla general de que los quistes serosos no tienen síntomas propios y que éstos están estrechamente vinculados a las perturbaciones que producen en virtud de su ubicación y de su volumen ya sea en el riñón o en los órganos vecinos.

En tres de ellos, los casos números 1, 2 y 3 se comprobó el desarrollo de un tumor abdominal con los caracteres clínicos de las formaciones neoplásicas retroperitoneales.

En otro, el caso número 4, el síntoma predominante era un dolor lumbar izquierdo, sin irradiación y sin relación con la posición en movimiento, y un cuadro de irritabilidad vesical, caracterizado por polaquiuria diurna.

El número 5 se inició con el cuadro típico de un cólico nefrítico.

Perturbaciones reflejas por el lado del aparato digestivo, sobre todo gastroduodenales se comprobaron los casos números 2 y 3.

El síndrome de hematuria solamente se presentó en el caso número 1 que no tuvimos oportunidad de comprobarla personalmente, pero que fué prolongada y de carácter total, según los datos anamnésticos, y además era portador de un gran adenoma prostático a desarrollo endovesical y con cuello fácilmente sangrante como se pudo comprobar citoscópicamente. De manera que bien puede atribuirse más a la enfermedad prostática que a la enfermedad renal.

La localización fué preferentemente del lado derecho, casos números 1, 3 y 5 y solamente uno del lado izquierdo, caso número 4.

Del polo superior, un caso, el número 1; del polo inferior, tres casos, los números 2, 3 y 4, este último a franco desarrollo también sobre la pelvis renal; y desarrollo piélico o mejor dicho en el sinus renal un caso, la observación número 5.

*Sexo:* En esta serie se observaron tres mujeres y dos hombres.

*Edad:* Osciló entre 32 y 80 años.

*Consideraciones radiológicas:* Solamente las observaciones números 2 y 3, permitieron hacer un diagnóstico clínico radiológico de certeza de quiste seroso de polo inferior de riñón derecho, con sistemas pielocaliciales rechazados y discretamente deformados por el desarrollo de la tumoración, pero con evidente aspecto de integridad de los mismos.

En el caso número 1, donde se podía apreciar el aumento del área renal derecha, a expensas del polo superior con cáliz superior elongado y fuertemente rechazado por la tumoración, unido a los antecedentes clínicos de tumor palpable, hematuria y pérdida de peso, obligaban al diagnóstico presuntivo de blástoma de riñón. Pero podemos decir que en contra de esta presunción diagnóstica una cuidadosa observación de los clichés, permite observar que dicho cáliz superior a pesar de las modificaciones de forma y ubicación que

le ha imprimido el crecimiento de la neoformación presenta una nitidez de su contorno, que puede hacer presumir la indemnidad de sus paredes y la posibilidad de la compresión extrínseca.

En la observación número 4, la imagen de ptosis renal con discreta deformación del contorno renal en su polo inferior y la falta de relleno o mejor aún el relleno incompleto de la pelvis que es comprobó con pielografía ascendente con los caracteres también de una compresión extrínseca denunciados por la nitidez de los bordes del sistema pielocalicial.

En el caso número 5, probablemente el de más difícil interpretación radiológica se observaba una imagen lacunar de la pelvis renal derecha tanto en la urografía intravenosa como y con mucho más nitidez por cierto en las pielografías ascendentes y neumopielografías contrastadas, con los caracteres habituales de las neoformaciones malignas, en desacuerdo con el cuadro clínico y el excelente estado general del paciente. También en este caso, como el número 1, en uno de los clichés de la neumopielografía contrastada se puede apreciar la nitidez del borde de la tumuración y el aspecto de relativa integridad del sistema pielocalicial rechazado y deformado por la imagen tumural. Claro está que estas consideraciones se hacen más aparentes después de la intervención quirúrgica que permite la correcta interpretación de las imágenes radiológicas.

*Conducta terapéutica:* En general somos partidarios de la quistestomía total con recepción de una pequeña lengüeta de parenquimarrenal donde se origina y asienta el quiste, con sutura hemostática de la "loge" residual. Así lo hicimos en dos de nuestras observaciones, los casos números 1 y 4.

La nefrectomía sólo debe quedar relegada, a nuestro criterio, para los casos en que una afección concomitante renal la justifique o bien un accidente operatorio, como sucedió en nuestra observación número 2.

La resección extrarrenal del quiste es también una excelente operación que no admite mayores objeciones y evidentemente menos traumatizante que la quistestomía total, así lo hicimos en los casos números 3 y 5.

En resumen, se presentan cinco casos de quistes seroso de riñón de los cuales sólo en dos se pudo llegar al diagnóstico de certeza pre-operatorio y donde se hacen resaltar las dificultades que surgen de la falta de una sintomatología clínica y radiológica patognomónica de la afección.

Creemos que el diagnóstico debe asentar en los antecedentes de benignidad del proceso, la falta de repercusión sobre el estado general, sintomatología no siempre bien definida y sobre todo en los caracteres de los exámenes radiológicos, tanto de la urografía intravenosa, como de la pielografía ascendente donde hay que extremar el estudio de las imágenes que permitirá establecer la integridad del sistema pielocalicial para poder diferenciar las deformaciones del mismo por rechazamiento o compresión de las que se observan cuando las paredes del sistema excretor están invadidas o comprometidas por el desarrollo de la neoformación.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Luis Pagliere:* Sólo quiero significar que al hablar del tratamiento quirúrgico el Dr. Brea no nos ha aclarado si ha hecho la separación total, incluida la serosidad que está dentro del riñón. Quisiera que me aclarase ese punto.

*Dr. Armando Trabucco:* Quisiera, por mi parte, preguntar al Dr. Brea una cosa que siempre tengo en duda y que no la puedo explicar aun en los momentos actuales. ¿Por qué

razón el quiste del riñón generalmente preséntase en el polo renal inferior y sólo en muy raras ocasiones en la superior? Casos de este último tipo no los he visto nunca. Por otra parte, ¿qué razón hay para que se diga quiste seroso; si hay alguna prueba química que haya demostrado categóricamente de la presencia de quistes serosos?

*Dr. Luis M. Brea:* Contestando primeramente al Dr. Pagliere, aclaro que se hizo la separación en su totalidad. Ha sido una nefrectomía; después se pudo hacer la separación de la loge renal, que permitió extirpar el quiste en su totalidad y sin haberse roto. En otros casos no fué así y se hizo entonces la sutura en forma de borde, de lo que quedaba adherido al riñón.

En cuanto a la pregunta del Dr. Trabucco, quiero explicar que en realidad sigo la terminología clásica. Esa cuestión ya se ha planteado en otras oportunidades. En cuanto a la localización, en nuestro caso se ha seguido una regla general. La frecuencia de quistes en el polo inferior es muy superior que con respecto a los del polo superior del riñón, y son muy raras las publicaciones sobre el sigma renal. Y como quiste de desarrollo intrapiélico no he visto ninguno en muchos años.

*Dr. Luis Pagliere:* Yo he abandonado totalmente la extirpación total del quiste; me limito siempre a diseccionar la parte exterior del quiste y que cubre la parte visceral del mismo.

---