

## GRAN QUISTE SEROSO DE RIÑÓN

Por los Dres. HECTOR D. BERRI, HECTOR G. BERRI  
y MARCELO SANROMA

La observación que presentamos al seno de esta Sociedad, se refiere a una paciente que acusa por sus antecedentes, examen clínico y radiológico, los síntomas de una tumoración de polo inferior de riñón; con este diagnóstico se plantea la necesidad de una intervención quirúrgica, comprobándose al efectuar ésta que se trataba de un gran quiste seroso que ocupaba como ya se dijo el extremo inferior de la glándula citada.

La Historia Clínica es la siguiente:

A. M. D. de D., argentina, 61 años, casada, domiciliada en Sarandí provincia de Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: A fines de noviembre de 1957, luego de una crisis de escalofríos intensos, seguidos de estado febril, acusa dolor en región lumbar izquierda y flanco correspondiente, de carácter sordo; éstos síntomas se acompañan de polaquiuria diurna, ardor al fin de la micción, etc.

Como este cuadro persistiera y observara posteriormente hematuria total acompañada de coágulos, concurre el 11 de diciembre del mismo año al consultorio externo de nuestro servicio, donde comienza su estudio.

*Examen clínico:* Buen estado general.

*Aparato cardio-vascular:* Corazón tonos normales. Pulso: frecuencia 80 por minuto, igual, regular, rítmico. Presión mx. 14 mn. 8.

*Aparato respiratorio:* Semiológicamente normal.

*Abdomen:* Globuloso, ligeramente asimétrico, excursiona con la respiración.

*Hígado y bazo:* Sin particularidad.

*Aparato urinario:* Riñón izquierdo, a la palpación aumentado de volumen, doloroso, de superficie lisa, que pelotea y se desliza con los movimientos respiratorios. Lado derecho no se palpa. Puntos renoureterales, dolorosos lado izquierdo, indolorosos lado derecho. Orinas turbias.

*Aparato genital:* Sin particularidad.

*Endoscopias:* Buena capacidad. Meatos normalmente implantados, mucosa de aspecto normal, ligera congestión de trígono.

*Examen de laboratorio:* Glucemia 0,98 %. Dosaje de úrea en sangre 0,44 %. Análisis de sangre: Glóbulos rojos 4.520.000, glóbulos blancos, 5.300, neutrófilos 65 %, eosinófilos 3 %, basófilos 0 %, linfocitos 30 %, monocitos 2 %. Reacción de Cazoni: Negativa.

*Radiografía simple de árbol urinario:* Lado derecho sombra renal en posición y con caracteres normales. Lado izquierdo sombra renal en posición normal, con una imagen de bordes lisos, limitada, que ocupa gran parte de la misma.

*Urograma de excreción:* Lado derecho buena función renal. Lado izquierdo buena función renal, ligera deformidad de cáliz inferior, se observa a nivel de polo inferior la imagen ya descrita.

*Pielografía:* Ascendente izquierda con enfisema peri-renal. Este último realizado según técnica de uno de nosotros: 1) Inyección aérea pre-sacra (control de la aguja con el dedo en el recto). 2) Cantidad de aire a inyectar 300 c.c. 3) Posición, en este caso en decúbito lateral derecho con Trendelenburg invertido: para mayor seguridad se efectúa control radioscópico. Se observa: En decúbito dorsal, riñón y vías de excreción normales, superpuesta al polo inferior y bien delimitada por capa de aire, una imagen redondeada del tamaño de un pomelo, de bordes lisos, de densidad homogénea, al parecer separada del mismo. En oblicua izquierda, la misma imagen que comprime al cáliz inferior, desplazando al uréter hacia atrás y adentro.



FIG. 1. — Pielografía ascendente izquierda con enfisema perirrenal de frente.

FIG. 2. — Pielografía ascendente con enfisema perirrenal oblicua izquierda.



Figura 3

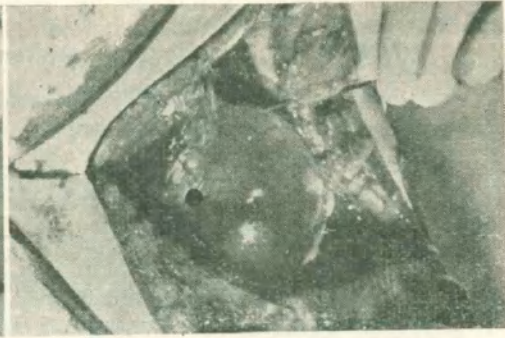


Figura 4



Figura 5



Figura 6

Con el diagnóstico de quiste de riñón se realiza la intervención quirúrgica.

*Operación:* 8 de abril de 1958.

Incisión lumbo-iliaca tras muscular izquierda, se aborda la loge renal encontrándose una gran masa algo adherida en su polo superior, liberándosela con cuidado. A nivel del polo inferior se constata una tumoración del tamaño de un pomelo, lisa, brillante y transparente con plano de clivaje que permite la enucleación "in toto", dejando una zona de implantación sangrante. Se sutura con puntos de catgut los bordes, previa colocación de grasa peri-renal, colocación del riñón en la loge. Sutura de los distintos planos y piel.

*Post-operatorio:* Muy bueno. Alta el 23 de abril de 1958.

*Biopsia:* (Dr. Vivoli). Descripción macroscópica: Tumoración redondeada del tamaño de una naranja cubierta en uno de sus polos por tejido grasoso. Al punzarlo sale un líquido seroso, que al ampliar la incisión se derrama de plano sobre la mesa, sus paredes son lisas de aspecto nacarado, y de escaso espesor (2 mm.). Por su parte externa se observa unos vasos san-



Figura 7  
Quiste hidatídico de riñón calcificado.

guíneos, que se ramifican a partir de un punto donde se encuentra implantado el tejido grasoso y que actúa como pedículo.

*Descripción microscópica:* Pared fibrosa parcialmente hialinizada y adherida a parénquima renal atrofico.

*Diagnóstico histo-patológico:* Quiste por retención.

#### COMENTARIOS

Hemos presentado esta comunicación de nuestra casuística, la cual corrobora el concepto que existe sobre la importancia que tiene el enfisema perirrenal, para el diagnóstico de ciertos procesos renales y perirrenales. Este método permite ratificar el diagnóstico, cuando ya se han realizado otros medios de examen. En esta observación se manifiesta con toda claridad, el proceso patológico que acusa la paciente.

En cuanto a la técnica quirúrgica, se ha seguido en este caso el procedimiento de la quistectomía total, con resección de la lengüeta renal adherida al quiste y sutura hemostática de la loge.

## DISCUSION

*Dr. Pagliere:* he iniciado hace años la cirugía de los quistes serosos con extirpación total, como la hecha por los comunicantes. Después me he convencido de que no es necesario, pues basta con reseca su pared externa, respetando la inserción. Es más fácil y no hay peligro ni inconveniente de hemorragia.

*Dr. Dotta:* estoy de acuerdo con el Dr. Pagliere, basta con la resección de la mucosa, sin peligro de hemorragia.

*Dr. Berti:* conozco los trabajos y conceptos del Dr. Pagliere y concuerdo con su opinión así como la del Dr. Dotta. Pero en el caso presente era tan pequeño el pedículo del quiste, y tan sencillo su clivaje, que invitaba a hacer la quistectomía.

---