

## QUISTE SEROSO DE RIÑÓN

Por los Dres. VICTOR GORIA, HUGO O. CASABONNE y R. ALONSO

Con el objeto de agregar a los casos presentados por uno de nosotros (Dr. Goría) en su oportunidad (1941), de aumentar casuística y pensando que sigue siendo aún, una afección renal rara, traemos a colación este trabajo en donde presentamos cinco casos de quiste seroso de riñón.

El gran quiste seroso simple único es generalmente unilateral, ocupando de preferencia los polos renales, y es más raro que los quistes seroso múltiples del riñón; en nuestros casos todos fueron unilaterales, tres únicos y dos múltiples. Según Young en su tratado *Urology*, citado por Lowsley, no ha encontrado un solo caso en 12.300 casos urológicos de la Fundación Brady hasta 1926. 32 casos entre 1928 y 1938, en un grupo de 11.879 casos urológicos de Fish. La Fundación Brady de New York Hospital público 18 casos entre 1921 y 1943, en 4 de ellos había más de un quiste en el riñón. Hepler en 1930, recopiló en la *Literatura Universal* 249 casos y los casos publicados hasta entonces se elevan a 300 casos. Nosotros desde 1941 hasta la fecha hemos recopilado solo 7 casos.

*La Etiología* es objeto de controversias y múltiples son las teorías para explicarla, aceptándose hoy un origen congénito, nacida de la noción embriológica del dualismo renal, en la unión del brote ureteral del mesonefro con el metanefro o riñón definitivo.

Con respecto a la Anatomía Patológica seremos muy breve y diremos si, que el quiste puede asentar en cualquier lugar del riñón especialmente en polo inferior, sigue luego polo superior y parte media del mismo, uno de nuestros casos N° 1 asentaba en borde interno de polo superior en íntimo contacto con el pedículo renal y pelvis, generalmente con un líquido seroso en su interior, pero a veces hemorrágicos como la observación nuestra N° 3. Está íntimamente adherido al perénquima renal, por lo cual resulta a veces muy laboriosa su extirpación completa, punto que volveremos a tocar al hablar sobre su tratamiento quirúrgico.

Su sintomatología es muy compleja y variada dependiendo del asiento del o de los quistes en el riñón y su contacto con las vías excretora, algunos asintomáticos o latente, como la observación nuestra N° 3 otros vagos síntomas abdominales con complicaciones gastrointestinales como observación nuestra N° 2, no es infrecuente que el enfermo consulte a su médico porque se ha palpado una tumoración en su abdomen, como la observación N° 4 y en un solo caso de nuestros enfermos, observación N° 1, consultó por síntomas urológicos su hematuria.

*El Diagnóstico:* en todos nuestros casos fué simple y la clínica, con el examen radiológico, llevan exactamente al diagnóstico de la afección.

La radiografía simple muestra ya el contorno del quiste que aparece como una sombra lisa, globular, en algunos de los polos o parte media del riñón, menos densa que la silueta renal o del psoas, pero es el urograma excretor el mejor medio del diagnóstico. El nefrograma del urograma al impregnarse el parénquima renal de la sustancia yodada hace una nítida diferenciación de sombra con respecto al quiste, viéndose éste y a través del mismo, la sombra más densa del riñón. El pielograma del urograma demuestra alteraciones que dependen de la localización del o de los quistes, que van desde muy poca diferenciación con lo normal a imágenes de compresión, tracción sobre la pelvis, cálices y ureter con cambio a veces de posición del riñón como en la observación N<sup>o</sup> 2 y 4. La pielografía ascendente no es necesaria, la hemos hecho en uno de nuestros enfermos obs. N<sup>o</sup> 1, para descartar otro proceso por su signo hematuria. El enfisema perirenal puede ser útil como en el caso N<sup>o</sup> 4; a nuestro juicio no creemos imprescindible practicarla para llegar al diagnóstico de la afección.

*Tratamiento:* Es el quirúrgico el indicado y en todos nuestros enfermos conservador. En los dos casos presentados anteriormente por el Dr. Gorla, la extirpación del quiste ha sido completa, creemos que esto es lo ideal pero en los casos presentados ahora en este trabajo hemos efectuado la extirpación libre del o de los quistes hasta el límite renal, lo más cerca posible del mismo. No fenolizamos ni cauterizamos la superficie quística en contacto con el riñón, hacemos sí, varios puntos del borde libre del quiste a la cápsula del riñón este procedimiento lo creemos útil con un postoperatorio rápido y sin complicación, puesto que fué así en nuestras cinco observaciones.

*Observación N<sup>o</sup> 1.* — V. Y. 59 años, soltero, jornalero, suizo.

*Razones que motivan la consulta:* Disuria, polaquiuria, ardor miccional y hematuria. El tucto evidenciaba una próstata aumentada de tamaño grado 2. Estando internado repite su hematuria, se le efectúa cistoscopia, constatando que ella procede del riñón derecho.

*Examen radiográfico:* La directa sin particularidad. El urograma evidencia deformación con rechazamiento de cálices superior y medio, y la pelvis renal comprimida y deformada por la tumoración de polo superior bien separada de la imagen renal. En este enfermo, único de nuestras observaciones, le hemos efectuado una pielografía ascendente para confirmar su diagnóstico, que no fué de más utilidad que el urograma.

*Constataciones operatorias:* Llegada a la celda renal con la incisión intercostal del Dr. Gorla (que la hemos efectuada en todos nuestros enfermos) se decola el riñón y a nivel del polo superior y borde interno del mismo se observa un quiste seroso único, del tamaño de una manzana, en íntimo contacto con pedículo renal y pelvis. Se extirpa la porción libre del quiste, y el resto se aplica con puntos a la cápsula fibrosa propia del riñón, de acuerdo a la explicación dada en tratamiento. Postoperatorio normal, sin incidencia.

*Observación N<sup>o</sup> 2.* — T. D. B. 59 años, argentina, casada, quehaceres domésticos.

*Razones que motivan la consulta:* Dolores flanco derecho y trastorno gastro-intestinales. Ha sido estudiada y tratada durante mucho tiempo por afección hepática e intestinal. Nos consulta y constatamos una gran tumoración abdominal móvil, que se desplaza fácilmente con los movimientos respiratorios, con contacto lumbar y peloteo.

*Examen radiográfico:* La directa evidencia lado derecho una silueta renal agrandada y ptosada. Urograma excretor: evidencia en polo inferior una tumoración de aspecto quístico a través de la cual se observa muy bien la silueta renal que deforma y separa el cáliz medio e inferior y rechaza el uréter hacia la línea media.

*Constataciones operatoria:* Llegado al riñón se lo decola fácilmente, muy móvil encontrándose en el polo inferior un gran quiste único. Se procede de acuerdo a técnica explicada anteriormente y se efectúa pexia del riñón. Postoperatorio normal.

*Observación N<sup>o</sup> 3.* — E. G. 63 años, argentino, casado, rentista.

*Razones que motivan la consulta:* A raíz de un cólico renal izquierdo, es llamado a consulta uno de nosotros por su médico de cabecera. La radiografía directa y el urograma en

pleno dolor, hecho por el colega, muestra una litiasis ureteral izquierda, en su porción lumbar, con exclusión funcional del riñón correspondiente. Se efectúa tratamiento médico de su litiasis y se sigue la evolución de la misma hasta su eliminación, luego se efectúa su examen radiográfico y nos encontramos en la radiografía simple, la imagen renal derecha aumentada de tamaño, el urograma excretor pone de manifiesto alteraciones de las vías excretoras, con las características de quistes múltiples en ese riñón.

*Constataciones operatorias:* Liberado el riñón nos encontramos con cuatro grandes quistes, uno de los cuales con contenido hemático. Se procede con cada uno de los quistes según técnica. Postoperatorio también normal, sin incidencia.

*Observación Nº 4.* — M. G. 54 años, argentino, casado, jubilado.

*Razones que motivan la consulta:* El mismo enfermo se palpa una tumoración en flanco izquierdo, nos consulta y nosotros también la constatamos con la característica de una tumoración retroperitoneal.

*Examen radiográfico:* La directa sin particularidad, el urograma excretor pone de manifiesto en el lado izquierdo una tumoración redondeada, del tamaño de una manzana, que decola y lo rota al riñón, rechazando el uréter hacia la línea media, a través de esta imagen tumoral se observa muy bien el polo inferior del riñón, en este enfermo hemos efectuado un enfisema perirrenal que confirma el diagnóstico de tumoración quística simple de riñón.

*Constataciones operatorias:* Liberado el riñón nos encontramos con una tumoración quística del polo inferior del mismo. Se procede con el quiste según técnica. Postoperatorio normal.

*Observación Nº 5.* — E. D. A., argentina, casada, 47 años.

*Razones que motivan la consulta:* Es traída por un colega, pues en el examen clínico por inapetencia y trastorno gástrico palpa una tumoración renal derecha, con la característica de un riñón ptosado.

*Examen radiográfico:* Por razones ajenas a nuestra voluntad no hemos podido conseguir estas radiografías pero la ficha operatoria de la enferma dice que se constató la presencia de dos quistes en polo inferior y cara anterior del riñón derecho y que se procede a la extirpación del mismo según técnica.

## DISCUSION

*Dr. J. B. Derdoy.*—Hemos tenido oportunidad de operar cinco enfermos con quistes serosos de riñón; uno, era supurado. En otro, del tamaño de una naranja, coexistía con un ptosis renal; ocupaba el borde convexo del riñón, que según Couvelaire, tienen esta ubicación topográfica el 7% de los quistes renales. Se hizo una pexia a colgajos irregulares, curándose la enferma.

*Dr. Gorla.*—Agradezco al Dr. Derdoy su contribución.