

QUISTE DEL SENO RENAL Y ANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL, HALLAZGO QUIRURGICO

Dres. R. Bernardi, J. Schiappapietra y H. Ferrari.

La concomitancia de un quiste del seno del riñón y un aneurisma de la arteria renal, lesiones nada comunes y su tratamiento y evolución satisfactorias motivan la presente comunicación.

J. G. de 59 años de edad (historia clínica N° 437372 del Hospital Italiano de Bs. As.). Concorre a la consulta por trastornos miccionales con un urograma poco nítido que presenta alteraciones pielocaliciales del riñón izquierdo el que aparentemente nunca había presentado sintomatología alguna. Se realiza entonces un urograma por infusión endovenosa de 100 cc. de sustancia de contraste, el que permite visualizar una tumoración en el seno renal que comprime la pelvis y que al desplazar hacia la periferia los calices en forma semicircular configura en conjunto una imagen en cuarto creciente

Con el diagnóstico de quiste del seno renal se decide su intervención.

Durante la operación se constata el quiste y al proceder al liberar el hilo se descubre un aneurisma sacular de la rama inferior de la arteria renal muy próximo a la bifurcación primaria. Se realiza la resección de las paredes del quiste y posteriormente dada la localización del aneurisma se procede a resecar el segmento de arteria alterado y anastomasar dicha rama en forma término-lateral en el sitio de la bifurcación.

Post-operatorio sin particularidades.

10 meses después se realiza el control mediante aortografía y arteriografía renal selectiva constatándose la permeabilidad de la anastomosis y la normal vascularización del riñón, así como la urografía normal (Fig. 6 y 7).

La tensión arterial se mantiene en: Mx. 150 mm., Mn. 100 mm.

Comentario: Desde la generalización de la arteriografía y angiografía renal selectiva, el número de aneurismas de la arteria renal diagnosticado se ha incrementado en forma evidente. Tal es así que hasta 1957 Garritano había recopilado 175 casos y desde esa fecha al presente ese número se ha duplicado. 170 casos hasta 1967 según J. Cerny y colaboradores.

Su incidencia corresponde al 1% de todos los aneurismas arteriales y producen hipertensión en una proporción que varía del 15% al 75 % según las estadísticas; estas cifras se deben a los diferentes grupos estudiados, siendo las más altas aquellas en que el estudio se realizó en pacientes sospechosos de hipertensión reno-vascular. Cuando ella existe, la misma parece no depender en muchos casos del aneurisma en sí, sino de la reducción del lumen de la arteria renal, por la concomitancia de una hiperplasia fibro-muscular o por placas de ateroma en dicha arteria y es posible que el aneurisma al igual que la hipertensión sea una consecuencia de la estenosis o de la lesión que la determinó.

La forma más frecuente es el aneurisma sacular arterioesclerótico con o sin calcificación en el que el mayor problema es la dilatación en sí y donde la hipertensión puede o no existir; le sigue el aneurisma asociado a la estenosis fibromuscular de la arteria renal, en el que siempre existe hipertensión renovascular y por último están los falsos aneurismas (traumáticos o por ruptura de un aneurisma verdadero) y los pequeños aneurismas múltiples.

Los síntomas hallados son: hipertensión (15% al 75%); dolor en el flanco (40%); soplo en región lumbar (15%); hematuria intermitente macro o microscópica (15%) y tumor (1%). El único signo patognomónico es la visualización de una calcificación "en anillo" a nivel del pedículo renal. Un número elevado sin embargo permanece asintomático y solo son el resultado de un hallazgo casual en un estudio angiorradiográfico o durante una intervención renal como ocurrió en nuestro caso o en la autopsia.

Las complicaciones más frecuentes son la ruptura y la hipertensión por estas razones la mayoría de los autores sostiene que el diagnóstico de aneurisma lleva implícita su resolución quirúrgica, no obstante existir estadísticas que presentan un gran número de ellos calcificados que evolucionaron favorablemente sin intervención.

Resumen: Presentamos un caso de quiste del seno renal y aneurisma de una rama de la arteria renal que no acusaba hipertensión; se realizó tratamiento quirúrgico conservador (resección del quiste y aneurismectomía con reconstrucción arterial). Su control a los 10 meses confirma el éxito de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

- Garritano A. P. Aneurysm of the renal Artery. Amer J. Surg. 1957 94:638.
 Joseph C. Cerny, Cheng-Yang Chan and Fry William Arch Surg. April 1968 Vol 96:653.
 Glass P. M. and Uson A.C. Aneurysms of the Renal Artery. A. study of 20 Cases J. Urol 1967 285:98.
 Poutasse E. F. Renal Artery Aneurysm Their Natural History and Surgery J. Urol. 1966 297:95.
 Ekestrom, S. Surgical Treatment of Renal Artery Aneurizms Acta Chir Scand 1964 149: 127.
 Glass P. M. and Uson A. C. Aneurysms of the Renal Artery A. study of 20 Cases J. Urol. 1967 285:98.
 Smith J. N. and Hinman F. Intrarenal Arterial Aneurysms J. Urol. 1967 990:97