

Servicio de Urología del Hospital
Alvear; Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

LEON D. ARRUES y
EVARISTO B. BOTTINI (h)

QUISTES SEROSOS DE RIÑÓN SU ESTUDIO RADIOLÓGICO

LA malformación que consideramos, con respecto a la cual exponemos algunos casos observados en el Servicio de Vías Urinarias del Hospital Alvear y en la Sección Radio-Diagnóstico del Instituto Municipal de Radiología, constituye una entidad nosológica de hallazgo poco común. Ello se explica si tenemos en cuenta que su sintomatología se exterioriza únicamente cuando el tamaño de la tumoración produce alteraciones anatómicas, perturbaciones dinámicas de la glándula, deformaciones de sus vías de excreción o compresión de órganos vecinos.

Muchos de los casos observados, y nos referimos especialmente a la bibliografía nacional, han sido hallazgos operatorios; tal el caso presentado por el Dr. Ortiz en el año 1903, que correspondía a un enfermo que fué intervenido para corregirle una ptosis renal; como también el relatado por el Dr. Grimaldi, que era portador de un cálculo en la pelvis.

Sin pretender afirmar que todas las imágenes radiográficas que aquí presentamos sean lo suficientemente demostrativas, queremos no obstante pasarles revista, llamando especialmente la atención de aquellas que nos permitió efectuar el diagnóstico previo a la intervención.

Dejaremos de lado todas las consideraciones generales que con

respecto a esta anomalía puedan hacerse, por haber sido ya tratadas por varios colegas en comunicaciones anteriores.

Dividiremos nuestro trabajo en cuatro capítulos, a saber:

- Iº) Radiografía simple;
- IIº) Pielografía ascendente y urografía excretora;
- IIIº) Enfisema perirrenal de Carelli;
- IVº) Radiografía de órganos vecinos.

RADIOGRAFÍA SIMPLE.

Hecha en condiciones óptimas (eliminación total de los gases), constituye el examen más sencillo y del cual se deducen hechos de interés para el diagnóstico.

Es así, que recorriendo la literatura médica, observamos que Hoenich en 1900, presenta una radiografía en la cual por debajo del polo inferior del riñón, existía una tumoración de forma esférica de bordes netos y cuya opacidad continuaba a la de la glándula, sin límite de demarcación; por su forma, nitidez, regularidad del contorno, presumió la existencia de un quiste, que halló luego en la intervención quirúrgica. Las observaciones posteriores reafirman este concepto, siendo así que Wolff, Herbs y Vynalek están de acuerdo en sus manifestaciones: toda sombra neta, de bordes regulares, que se sobreagregue o deforme el contorno renal, debe hacer pensar en la existencia de un quiste. Donrich llama la atención en lo referente a la regularidad y nitidez del contorno, que a veces puede ser un índice de diferenciación con los tumores sólidos.

Esta deformación de la imagen renal se advierte sobre todo en la convexidad o en los polos, siempre y cuando, el tamaño del tumor desborde el contorno renal, no sucediendo lo mismo con los pequeños quistes rodeados por el parénquima, o cuando éstos en su crecimiento se proyecten hacia adelante.

En la mayor parte de los casos que presentamos, se observa que la sombra radiológica del riñón y del quiste anexo ofrece pocas diferencias en cuanto a opacidad, porque si bien es cierto que el contenido líquido del quiste es de menor peso específico que el tejido renal, esta diferencia se compensa con la existencia de la cápsula fibrosa y con la porción glandular que circunda al quiste, cuyas constituciones oponen alguna resistencia al paso de los rayos.

Cuando un proceso de calcificación invade la cápsula del quiste, su contorno se hace aún más evidente. Von Joseff y Cairis presentaron una hermosa radiografía en la que se advertía con toda claridad dicha calcificación en un quiste seroso que ptosaba el riñón hacia abajo.

A los fines del diagnóstico diferencial puede ser de gran importancia la observación radiográfica simple en distintas posiciones: Trendelenburg, horizontal y de pie; pues teniendo en cuenta la estrecha relación entre el quiste seroso y el riñón, éste en su desplazamiento conserva con él las mismas relaciones; en cambio los quistes extrarrenales pueden o no acompañar en su descenso a la glándula o hacerlo sin guardar con ella una relación directa.

En uno de nuestros enfermos la radiografía simple muestra con toda nitidez la deformación de la imagen renal a nivel del polo inferior, siendo por este hecho que se hizo el diagnóstico y que luego fué confirmado por exámenes complementarios (caso N° IV, Radiografía simple).

PIELOGRAFÍA.

La deformación de las vías excretoras por la vecindad del tumor en contacto con ellas es un índice que puede con toda exactitud no sólo marcar su presencia, sino también mostrar la configuración de la misma y sus inmediatas relaciones. Nos referimos, tanto a la pielografía ascendente o de relleno como también a la excretora o de eliminación.

Clute en el año 1924 muestra en un trabajo en el que incluía varias pielografías, la importancia que para él tiene este estudio desde el punto de vista del diagnóstico diferencial con algunos otros tumores del riñón y llega a la conclusión siguiente: "La existencia de una saliencia redondeada en algunos de los polos del riñón separada o sobrepuesta a una pelvis renal es el pielograma típico".

Krestmer en un caso que clínicamente diagnosticó como quiste de riñón, al efectuar la pielografía encontró una gran hidronefrosis que daba origen a dicha tumoración.

En el año 1934, Domrich, en su trabajo sobre el radiodiagnóstico de los quistes solitarios del riñón, afirma que la pielografía suele demostrar la relación de éste con las vías superiores de

excreción y Damm, citado por aquél, resume su opinión al respecto en la siguiente forma: "la mayor parte de las veces los cálices aparecen redondeados y desplazados, pero en algunas oportunidades no presentan modificación de su contorno. Las alteraciones están en relación con la situación de los quistes y el distinto tamaño de los mismos. Es arriesgado resumir con una determinada característica y hablar de una imagen típica de los pielogramas en los portadores de quistes". La mayor dificultad puede presentarse en el diagnóstico diferencial con los tumores malignos y los encapsulados, pero la regularidad en la deformación y el contorno redondeado de la misma son datos que hay que tener muy en cuenta.

En un caso presentado a la Sociedad Francesa de Urología por Perad, se trataba de un quiste cuya característica eran los trastornos digestivos debidos al rechazamiento del duodeno comprobado por la radiografía. El examen pielográfico efectuado en dicho enfermo, sólo mostró el desplazamiento del uréter y una discreta uronefrosis de ese lado. Este desplazamiento ureteral fué también señalado en otros dos casos por H. Blanc.

Un hallazgo de intervención fué el de M. March, quien presenta un enfermo que fué intervenido por un cuadro apendicular en el cual se encontró como única alteración la presencia de un quiste. Fué en esta oportunidad que Papín, al comentar esta comunicación dijo: "casi siempre puede hacerse el diagnóstico pielográfico de los quistes de riñón, tanto por la deformación de los cálices, como por el desplazamiento del uréter que ellos producen". Estas mismas afirmaciones fueron luego corroboradas por Pillet en su estudio sobre quistes serosos de riñón.

En un interesante trabajo publicado por Lydenfeld, estudia con toda minuciosidad los quistes serosos de riñón, y en uno de sus casos se ve en la pielografía claramente el desplazamiento del uréter hacia la columna; en otro, en cambio, además de dicha anomalía observa los cálices parcialmente llenos y desplazados. Se trataba de un quiste que ocupaba el polo inferior del riñón. Las mismas imágenes con iguales características observa en otros tres casos.

Llama muy especialmente la atención sobre una imagen que fué obtenida cateterizando el uréter derecho con sonda opaca; éste

se hallaba desviado en su parte media, describiendo con la inferior un ángulo recto que se situaba casi al nivel de la apófisis transversa de la quinta lumbar. En la intervención constató que se trataba de un quiste pararrenal situado por arriba y hacia adelante de la glándula.

En la mayor parte de los casos y tratándose de grandes quistes (observaciones de Lazzari, Stirling, Papin, etc.), se observa la desviación del uréter, que por lo general se incurva describiendo una concavidad dirigida hacia afuera.

Refiriéndonos a los casos de la bibliografía nacional, observamos que, en el del Dr. Grimaldi, no se observa en la pielografía ascendente ni desviación de los cálices ni cambio de dirección del uréter. En la observación del Dr. Arce se percibe una deformación evidente de cálices y pelvis renal. En los dos casos citados por Djovich, el estudio pielográfico no ha sido demostrativo.

Para ser más didácticos consideraremos al estudiar la pielografía desde nuestro punto de vista la clasificación de Lydenfeld, quien los divide de acuerdo a su relación con la glándula en:

- Iº) Quistes intraparenquimatosos, que son los que se hallan totalmente rodeados por tejido renal y cerrados por así decirlo, por el mismo.
- IIº) Quistes subcapsulares, situados entre la glándula y la cápsula renal.
- IIIº) Quistes pararrenales, situados en el tejido pararrenal y relacionados con la glándula por contigüidad.
- IVº) Quistes parapélvicos, localizados en el íleo, pero sin comunicar con la pelvis. En el caso de existir esta comunicación se trataría casi siempre de uronefrosis parcial.

Quistes intraparenquimatosos. — Son por lo general muy pequeños y cuando se desarrollan lo hacen excéntricamente, desplazándose hacia la cápsula, pasando entonces a ocupar el segundo grupo de la clasificación. En este caso poco ilustrativa es la imagen pielográfica, porque su escaso volumen no alcanza a alterar visiblemente las vías excretoras superiores.

Quistes subcapsulares. — Situados por lo general en los polos o gravitando sobre el borde convexo son los que dan las imágenes más típicas, siendo su característica cuando alcanzan un regular volumen, la deformación de los cálices a los cuales rechazan dibujando sobre ellos netamente su convexidad; el cáliz medio es por lo general el que más se desplaza, y lo hace en el sentido de cualquiera de los ejes del riñón (hacia arriba, cuando el quiste ocupa el polo inferior; hacia abajo si ocupa el superior; y hacia adelante o atrás si la tumoración se halla en un plano posterior o anterior respectivamente).

En el caso N^o II el desplazamiento del cáliz medio es hacia abajo (quiste que ocupa la parte media de la glándula y hace relieve sobre borde externo).

En el caso N^o IV el desplazamiento del cáliz medio es hacia arriba (quiste de polo inferior).

En el caso N^o V el desplazamiento del cáliz medio es hacia arriba y atrás (quiste situado en el polo inferior, parte anterior).

Excepto en el caso N^o I en el cual se agregaba la presencia de un cálculo que obstruía el uréter en su tercio superior y una marcada ptosis renal, no observamos en los otros modificación alguna de la pelvis renal.

El uréter se halla desplazado y su dirección se modifica de acuerdo a la situación del quiste, comportándose éste con respecto a aquél en la misma forma que los tumores pararenales (casos N^o II y V).

En algunos casos advertimos al efectuar la pielografía en posición de pie que el descenso renal trae aparejado consigo la acoadadura del uréter.

Quistes pararenales y parapélvicos. — La imagen pielográfica que corresponde a esta situación muestra en mayor grado el desplazamiento de la glándula y del tercio superior del uréter, agregándose además la dilatación de la pelvis renal (uronefrosis). No tenemos imágenes de quistes serosos pararenales, pero presentamos algunas pielografías de quistes hidáticos en dicha situación, y que con respecto a las vías de excreción se comportan como aquéllos.

También efectuamos las pielografías en dos posiciones, y la creemos de suma utilidad para diferenciar los quistes renales de

aquellos que se sitúan por afuera de la glándula. Es de gran enseñanza la comparación de las imágenes pielográficas que corresponden al caso N° II y al caso N° 6. En el primero, al efectuar la pielografía en posición vertical observamos que la tumoración se desplaza conjuntamente con la glándula; en el segundo en cambio la sombra quística se desplaza en mayor grado que la sombra renal permitiendo así visualizar la glándula que no se observaba en la imagen obtenida en decúbito dorsal.

ENFISEMA PERIRRENAL.

La inyección de oxígeno en el tejido perirrenal, al mismo tiempo que muestra con mayor nitidez el contorno de la glándula, permite localizar con precisión todas sus irregularidades. Este procedimiento debe aplicarse con prudencia pues se corre el riesgo al tratarse de un quiste hidático de puncionarlo y acarrear consecuencias desagradables. Hace algún tiempo presentamos a esta Sociedad una radiografía en la cual conseguimos localizar mediante este método un quiste hidático situado en el polo superior de la glándula.

Uno de los primeros casos de quistes serosos de riñón fué presentado a esta Sociedad por los Dres. Castañó y Astraldi y visualizado mediante el enfisema perirrenal.

En uno de los enfermos por nosotros estudiados logramos mediante la inyección de oxígeno en la loge conjuntamente con la pielografía, poner en evidencia con gran nitidez un quiste que ya la radiografía simple nos había hecho sospechar. (Caso N° IV).

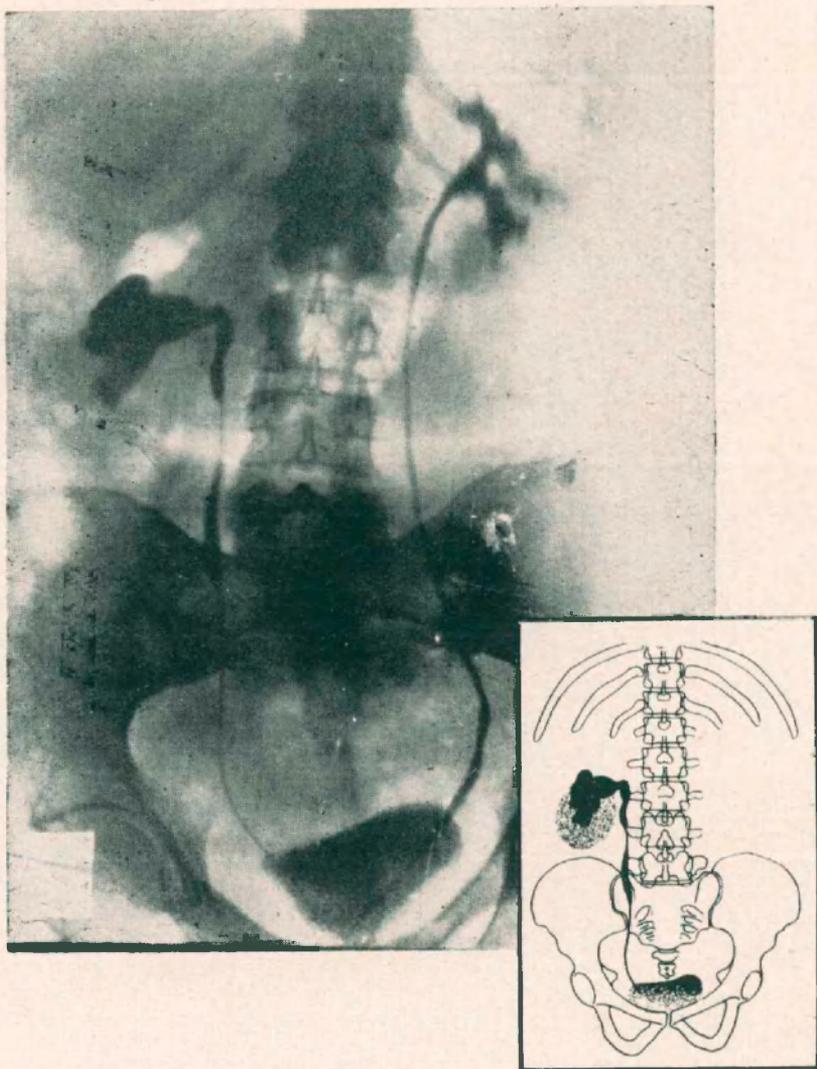
RADIOGRAFÍA DE ÓRGANOS VECINOS.

La radiografía de intestino por ingestión o enema de sustancia opaca, puede mostrar alteraciones de la sombra por las relaciones que presentan los grandes quistes con el colon, semejante a la de cualquier tumor renal. Son muy demostrativas en este sentido las imágenes que corresponden a nuestro enfermo del caso N° V.

Pasaremos revista a los casos siguientes:

CASO N° 1

Historia N° 1319. T. de B., 52 años, italiana, quehaceres domésticos.
Antecedentes hereditarios. — Padres muertos, ignorando la causa, eran 10



Caso N° 1 — Radiografía N° 1

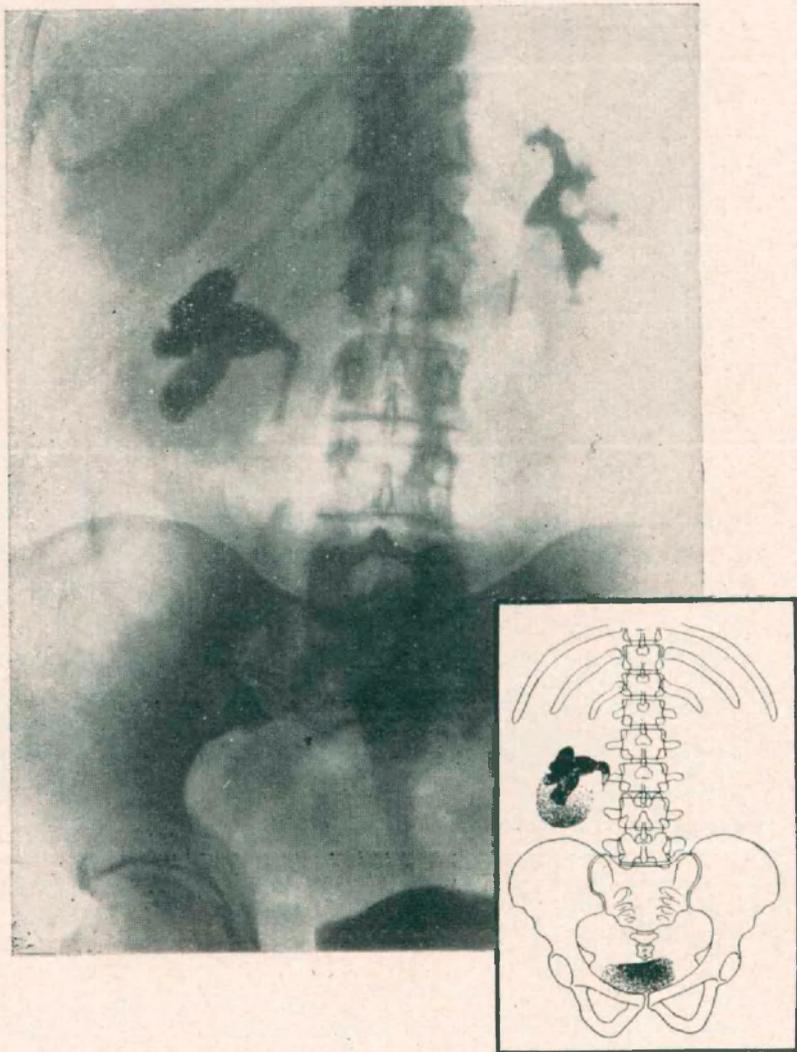
Pielografía ascendente con yoduro de sodio. Cálices dilatados y pelvis dilatada. Ptosis renal. Cálculo de pelvis. Quiste seroso de polo inferior.

hermanos de los que viven siete, uno de ellos falleció a raíz de una tifoidea, otro al nacer y el restante de un cáncer. Ignora abortos maternos.

Antecedentes personales. — Sarampión, coqueluche, escarlatina, ictericia a los 16 años. Se desarrolló a los 14 años (siempre ha tenido atrasos de siete a

ocho días). Es la actualidad dismenorrea (reglas muy dolorosas, de dos días de duración y escasa cantidad). Pleuresía purulenta hace cinco años.

Enfermedad actual. — Data desde hace tres meses, fecha en la cual acusó un fuerte dolor en hipogastrio, fosa iliaca derecha, con una débil irradiación hacia región lumbar derecha, acompañado de escalofríos, vómitos y temperatura sin



Caso N° 1 — Radiografía N° 2

Tiempo de evacuación: a los 9'. Persiste el relleno de la sustancia opaca.

reflejos urinarios. El médico que la examinó en esa portunidad le diagnostica un ataque apendicular, por lo cual le instituye reposo absoluto, bolsa de hielo al vientre y opiáceos, calma a los cuatro días, persistiendo sin embargo un dolor fijo que localiza en la fosa iliaca derecha, con escasa irradiación lumbar, moles-

tias que se exacerban con la marcha y el trabajo, además acusa polaquiuria diurna (cada media hora) y nocturna (tres a cuatro veces). Con este cuadro ingresa al servicio.

Estado actual. — Buen estado general. abundante panículo adiposo, lengua saburral, padece de una bronquitis asmática crónica: a la *inspección abdominal* nada de particular, en posición de decúbito se palpa polo inferior de riñón derecho, en posición de pie se hace más evidente la glándula llegando a palpase su mitad inferior, el riñón izquierdo no se palpa; la puño-percusión es negativa en el lado izquierdo y positiva en el derecho. La radiografía simple no revela ninguna sombra anormal. La pielografía ascendente del riñón derecho utilizando como medio de contraste el yoduro de sodio muestra en la extremidad superior del uréter en su punto de implantación pélvico la sombra de un cálculo. los cálices y la pelvis aparecen dilatados; el cáliz inferior aparece en un plano posterior con respecto al superior. La pielografía obtenida a los 9' después de retirar las condas ureterales muestra que persiste el relleno de la sustancia opaca en ambos riñones.

Operación. — Dres. Salleras, Bottini y Di Lella. Anestesia general etérea. Lumbotomía, se llega a la loge en donde se libera y visualiza el riñón de tamaño normal pero muy congestivo; presentando en la cara anterior del polo inferior un quiste seroso del tamaño de un huevo de gallina; en la cara anterior un poco por encima de este quiste se encuentra otro de pequeñas dimensiones (como una nuez). Se extrae un cálculo de carácter fosfático por pielotomía. Se punzan los quistes evacuando su contenido y reseca sus paredes. Luego se hace una pexia por el procedimiento de Marion. Se cierra la pared por planos, se deja el drenaje, que es retirado a las 48 horas, siendo el post-operatorio de esta enferma excelente.

Conclusión. — Se trata de un quiste seroso cuyo hallazgo ha sido operativo. Relacionando este quiste de no muy grandes dimensiones con la imagen pielográfica diremos de que éste ha producido un rechazamiento del polo inferior del órgano hacia atrás, proyectando entonces el cáliz inferior en un plano posterior.

CASO N° 2

(Este enfermo fué presentado a la Sociedad de Cirugía por el Dr. Alejandro Pavlovsky, pero es incluido en el presente trabajo por haber sido estudiado desde el punto de vista radiológico y diagnosticado por uno de nosotros).

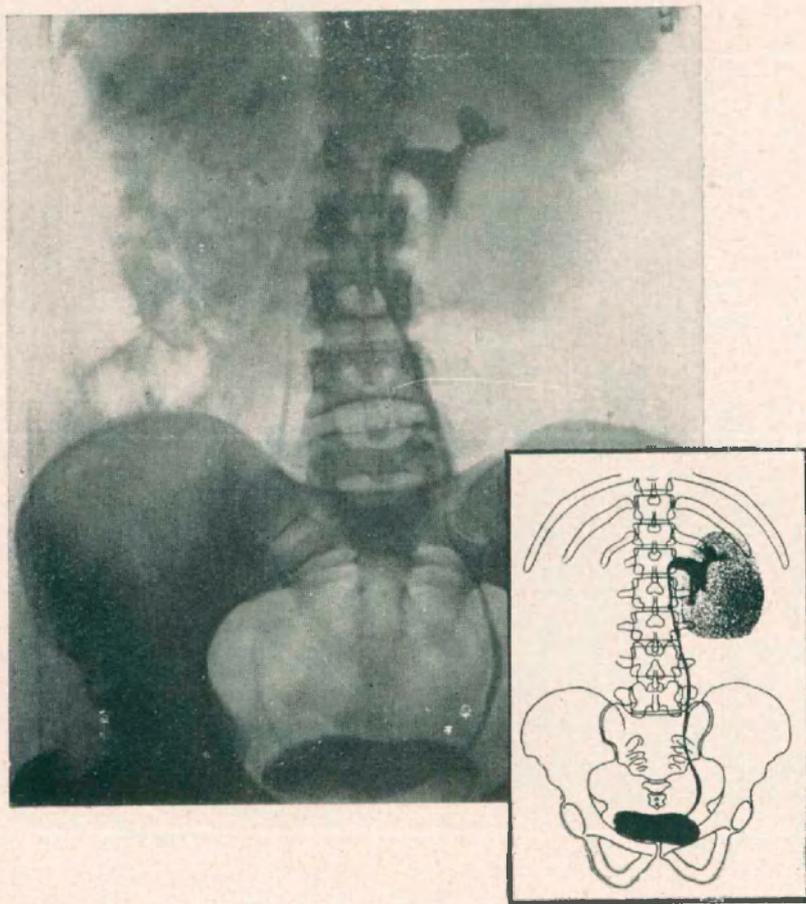
Historias Nos. 713 y 373 del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia. D. P. de D., 39 años, argentina, casada. Fecha 29 de marzo de 1932.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Menstruales normales. Dos embarazos. Partos normales. En 1914 colecistotomía.

Enfermedad actual. — Hace más de un año que nota a nivel del hipocondrio y flanco derechos una tumoración movable que le trae algunos dolores, a los que no ha dado mayor importancia. Como la tumoración ha ido en aumento y sus dolores son más continuos aunque pocos intensos, decide consultarnos.

Estado actual. — Examen somático: normal. Abdomen: paredes flácidas, delgadas. En hipocondrio derecho existe una cicatriz de laparotomía mediana. A



Caso N° 2 — Radiografía N° 1

En posición de Trendelenburg. Quiste seroso de riñón. Pielografía ascendente. Cáliz medio desplazado hacia adentro. Uréter desplazado.

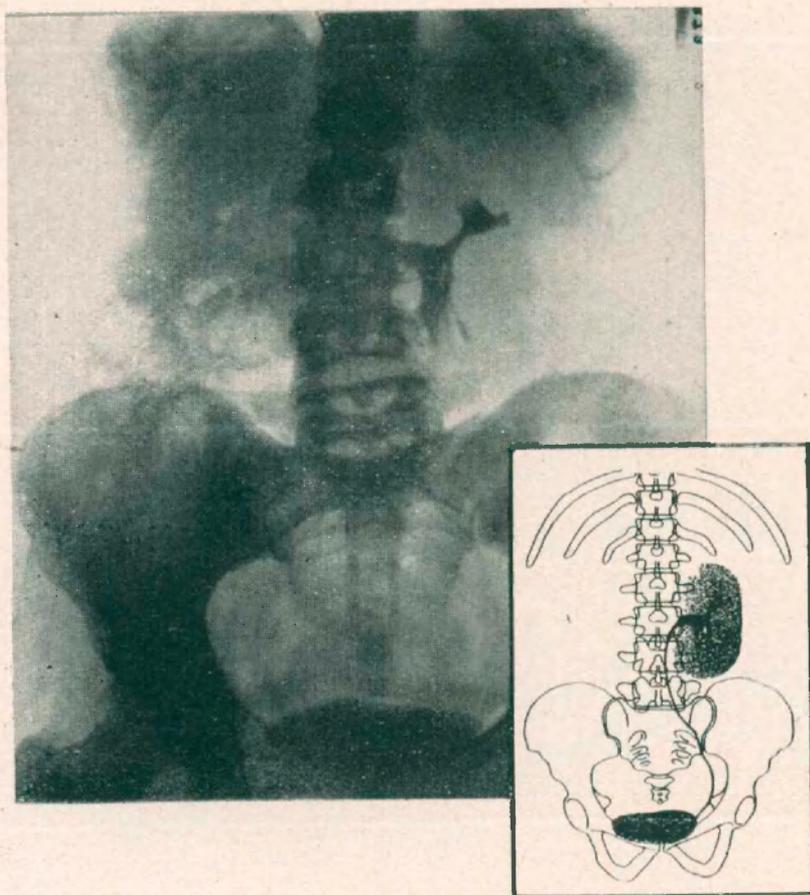
la simple inspección se observa por debajo del reborde costal derecho y en la inspiración profunda una elevación de la pared abdominal que desaparece a la expiración. A la palpación bimanual se toca un tumor redondeado, algo renitente, del tamaño de una toronja, indoloro; se mueve bien en sentido vertical en inspiración profunda y hacia los lados con la palpación; hay peloteo renal.

El tumor que nosotros palpamos por primera vez en diciembre de 1931, nunca disminuye de volumen y al contrario lo hemos ido notando crecer. Pensando en un tumor renal se practica una cistoscopia y prueba funcional con indigo carmín.

Capacidad vesical normal. El indigo carmín es eliminado a los cuatro y medio y cinco minutos por el riñón izquierdo y derecho respectivamente.

Examen radiográfico: pielografía, cateterismo de uréter derecho, inyección de yoduro de sodio al 25 %. En estas condiciones se obtienen tres radiografías.

1ª radiografía en posición Trendeleburg. Riñón izquierdo de forma y situación normal. Riñón derecho: se observa una gran tumoración redondeada que



Caso N° 2 — Radiografía N° 2

En posición horizontal. Pielografía ascendente. El tumor desciende y el uréter presenta dos grandes acodaduras.

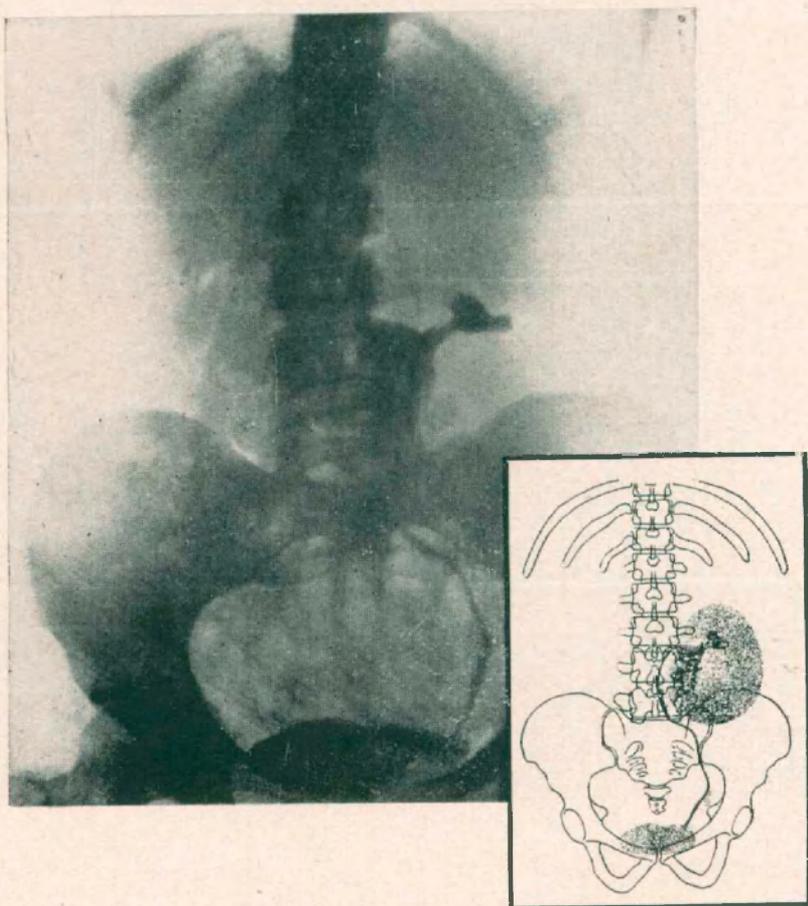
ocupa el espacio comprendido entre la última vértebra dorsal y la tercera lumbar y es del tamaño de una toronja. Se percibe claramente el cáliz superior e inferior, pero el medio se halla desplazado hacia dentro y superponiéndose a la sombra de la pelvis, que no da la impresión de hallarse aumentada. El uréter se halla desplazado hacia dentro a tal punto que casi se acerca al eje de la columna.

2ª en posición horizontal. El tumor desciende el espacio que corresponde a dos cuerpos vertebrales, y el uréter ha efectuado dos grandes incurvaciones: la superior de concavidad hacia afuera y la inferior hacia adentro.

Este descenso se acentúa en la radiografía N° 3 en posición vertical, notándose en esta última con mayor nitidez el desplazamiento del cáliz medio, y conservados intactos el superior e inferior.

Intradermo-reacción de Casoni: negativa.

Operación. — 31 de marzo de 1932. Anestesia general: éter. Opera el doctor Pavlovsky. Ayudantes: Dres. I. de Filippi y R. Baratelli.



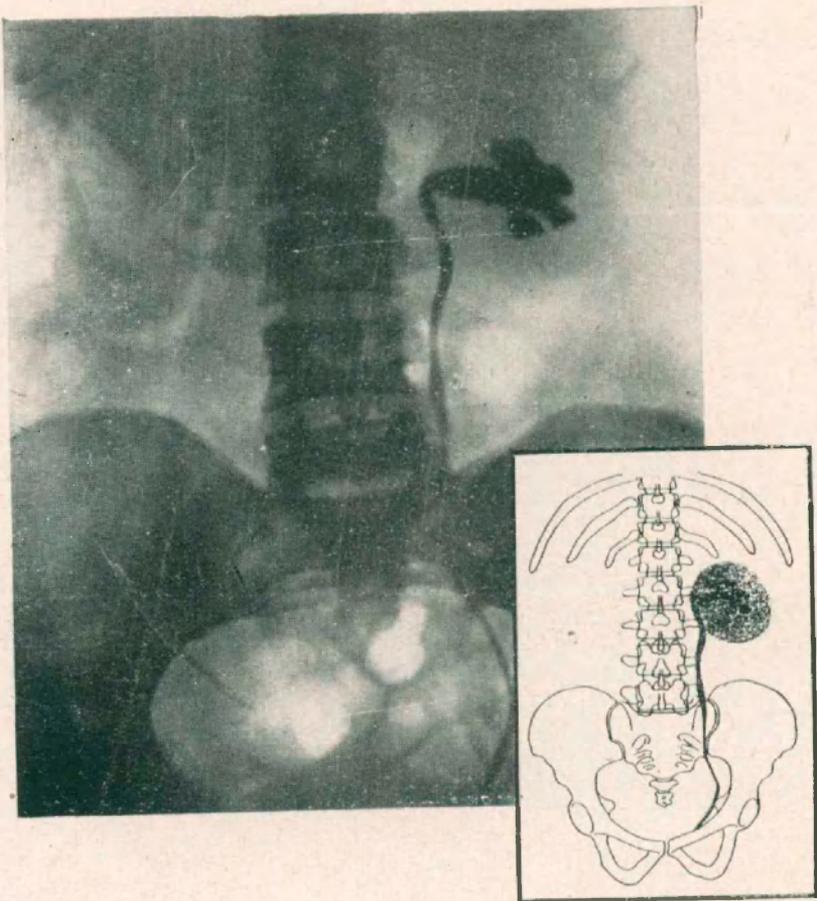
Caso N° 2 — Radiografía N° 3

En posición vertical. Desciende aún más. Se observa con más nitidez el desplazamiento del cáliz medio.

Incisión de Bazy. Técnica clásica.

Llegando a la loge renal se ve un gran riñón algo mayor que una toronja. Dentro de la cápsula renal hay un tumor quístico central; este tumor hace prominencia bajo la cápsula, sobre todo a nivel de la cara convexa del riñón. Con el pequeño trocar y con el aspirador de Finochietto se extraen 250 c. c. de un líquido siruposo, amarillo cetrino, inodoro. Se abre la cápsula del riñón y se llega a la pared del quiste, ésta tiene un espesor de uno y medio milímetros; se observa bien la pared del quiste que no tiene ninguna comunicación con los cálices.

Dada la buena cantidad de parénquima renal de aspecto normal y la buena prueba funcional se decide la enucleación que se consigue realizar fácilmente al encontrar un fácil plano de clivaje. Se desgarró algo el parénquima renal lo que produce una gran hemorragia que se consigue cohibir mediante sutura con catgut. Se sutura luego a puntos separados la cápsula renal. Drenaje de la loge renal y reconstrucción de la herida plano por plano.



Caso N° 2 — Radiografía N° 4

Pielografía ascendente con yoduro. Obtenida después de la intervención quirúrgica. Cálices pequeños, pelvis en posición transversal. El uréter no se halla desplazado y los cálices no se hallan deformados.

Post-operatorio: hipotensión, ligera anemia. (Suero fisiológico y glucosado, tónicos cardíacos). Las primeras 48 horas orinas con sangre que luego se aclaran. A los 6 días se retira el drenaje que apenas ha dado un ligero exudado seroso.

19 de abril de 1932: cistoscopia y prueba funcional con indigo carmín, eliminación normal de ambos riñones, cuatro minutos y medio.

Pielografía con uroselectán (después de la operación) vías de excreción del

lado izquierdo, ligera acodadura del uréter en su parte superior. Riñón derecho más pequeño y redondeado. Se ve el cáliz con imagen poco neta, pero dando la impresión de corresponder a una pelvis en posición transversal.

Pielografía ascendente: se percibe ambos cálices pequeños, la pelvis en posición transversal y formando un ángulo recto con el uréter, éste no se halla desplazado hacia adentro.

CASO N° 3

Historia N° 2265. M. S. Vda. de G., 56 años. italiana y como profesión mucama.

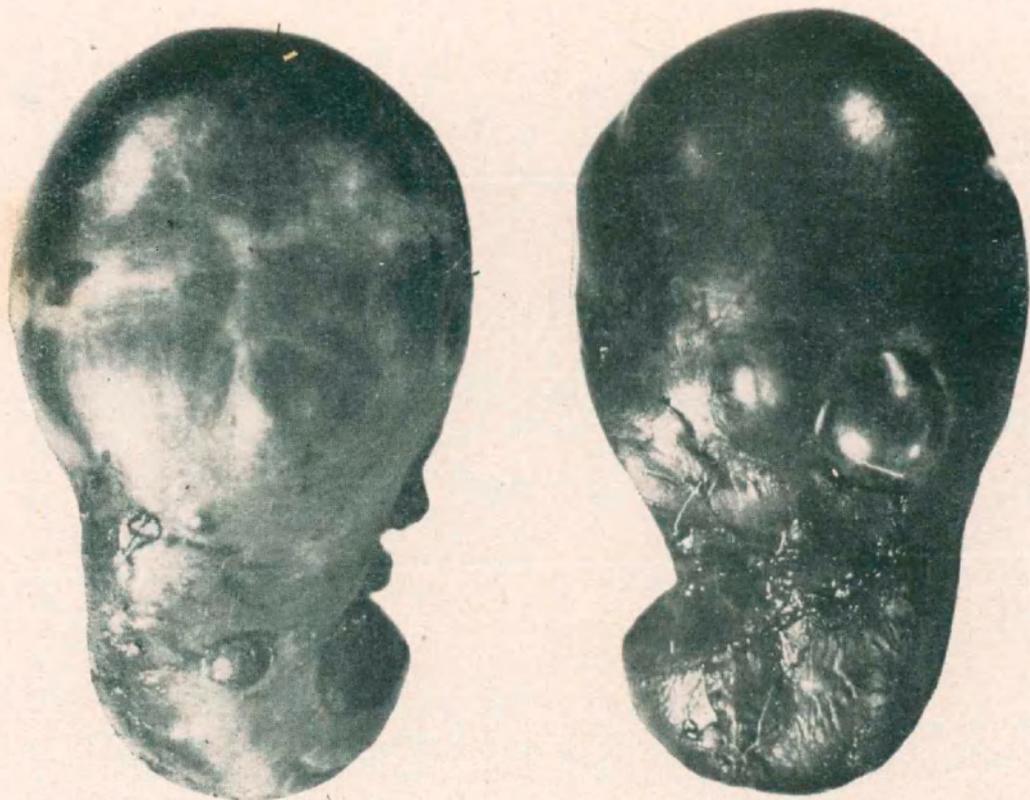
Antecedentes familiares. — Padres fallecidos, la madre de un neo de estómago, del padre ignora la causa. Fueron cuatro hermanos de los que viven dos, uno falleció de meningitis a los 22 años, y el otro falleció al poco tiempo de nacer. Ignora abortos maternos.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia. Menarquía a los 14 años (sus reglas fueron siempre de caracteres normales). A los 33 años tifoidea. Sufrió además de sucesivos procesos intestinales (colitis). A los 44 años, sin síntomas premonitores, amaneció un día con una hemiplejía derecha, de la que aún quedan rastros (sobre todo en la marcha típica del hemipléjico); después de este proceso comenzó a padecer de várices en ambas piernas, que se ulceraron en múltiples ocasiones y otras veces abundantes pérdidas sanguíneas. Casada desde los 18 años, en nueve partos tuvo diez hijos de los cuales viven cuatro; uno falleció durante un parto distósico, otro a los dos años y medio de una afección de la piel de carácter vesículo-ulceroso (viruela ?), otro nació muerto con distrofia, uno falleció de accidente (atropellado por un automóvil), otro de bronconeumonía de siete años, una mujer a los 16 años de una afección abdominal aguda ignorada (apendicitis ?). El esposo falleció a los 57 años de una afección hepática. Nunca tuvo abortos. Constipada crónica (a veces pasan cinco días sin mover el vientre).

Enfermedad actual. — La enferma concurre al servicio de la sala VI del Hospital Alvear el día 15 de enero del corriente año, refiriendo que el día anterior sin sentir ninguna molestia dolorosa ni siquiera un trastorno vesical nota que en las tres únicas micicones que efectuó sus orinas eran totalmente hematóricas con abundantes coágulos. Ignora si sus orinas fueron anteriormente turbias, niega haber tenido hematuria en otra oportunidad. En la actualidad sus orinas son turbias, aclarando ligeramente con la adición de ácido acético. Son además de olor muy fétido. En esa oportunidad el estado general de la enferma era bueno.

Estado actual. — A la inspección abdominal nada de particular, a la palpación, el riñón derecho es palpable su polo inferior, no existiendo diferencia

en las distintas posiciones; riñón izquierdo no se palpa. La puño-percusión es ligeramente positiva del lado derecho, negativa del lado izquierdo. La radiografía simple no da ninguna sombra anormal. Pielografía descendente con uroselectán. La eliminación del riñón izquierdo es escasa, del riñón derecho la eliminación casi nula, a los 45 minutos se dibuja un uréter dilatado. La úrea en sangre

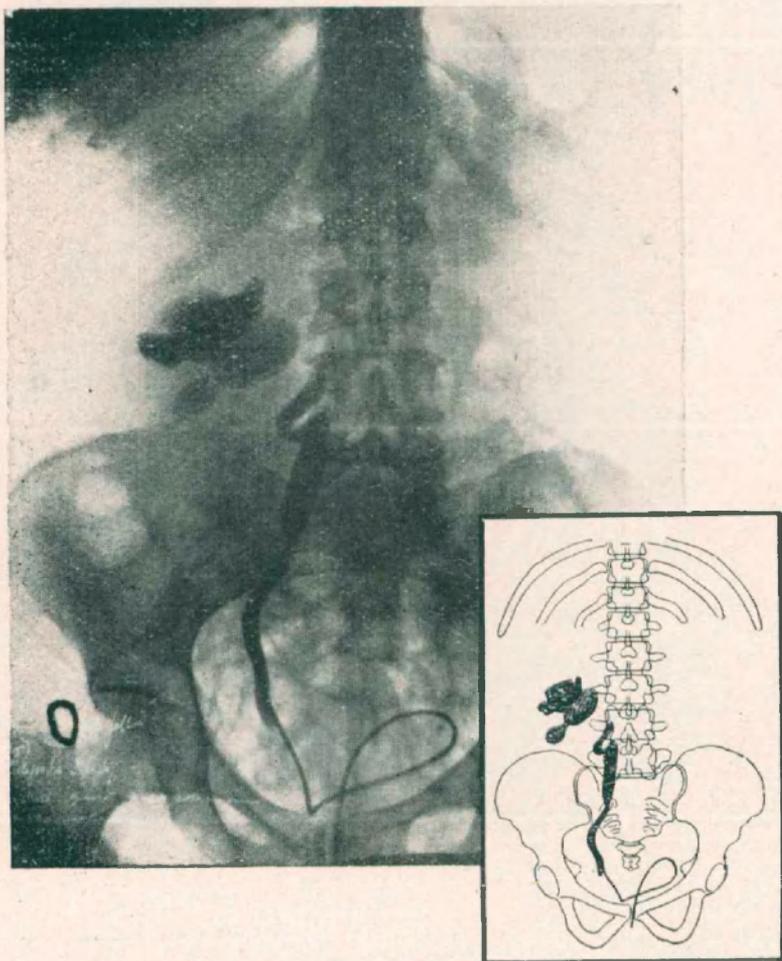


Caso N° 3.

Fotografía de la pieza obtenida en la nefrectomía. Gran quiste de polo superior de riñón, acompañado de otros más pequeños en la cara posterior. En la parte inferior porción de parénquima renal sano.

reveló la siguiente cifra: 0,63 grs. por mil; el análisis de orina: reacción alcalina, densidad 1013, úrea 12,16 grs. por mil, cloruros 6 grs., albúmina no contiene, glucosa no contiene, en el sedimento regular cantidad de glóbulos de pus, células de descamación, cristales de urato y fosfatos amónico magnésicos, abundantes microorganismos. El cateterismo del riñón izquierdo da orinas límpidas en una hora se recogen 20 c. c.; en el examen químico se constata vestigios de albúmina glucosa no contiene, úrea 11,52 grs. por mil, cloruros 8 grs., en el sedimento re-

gular cantidad de glóbulos de pus, cristales de urato, ácido de sodio y potasio escasos cilindros hialinos y enorme cantidad de microorganismos a predominio de cocos. El cateterismo del riñón derecho fué imposible en varias oportunidades por

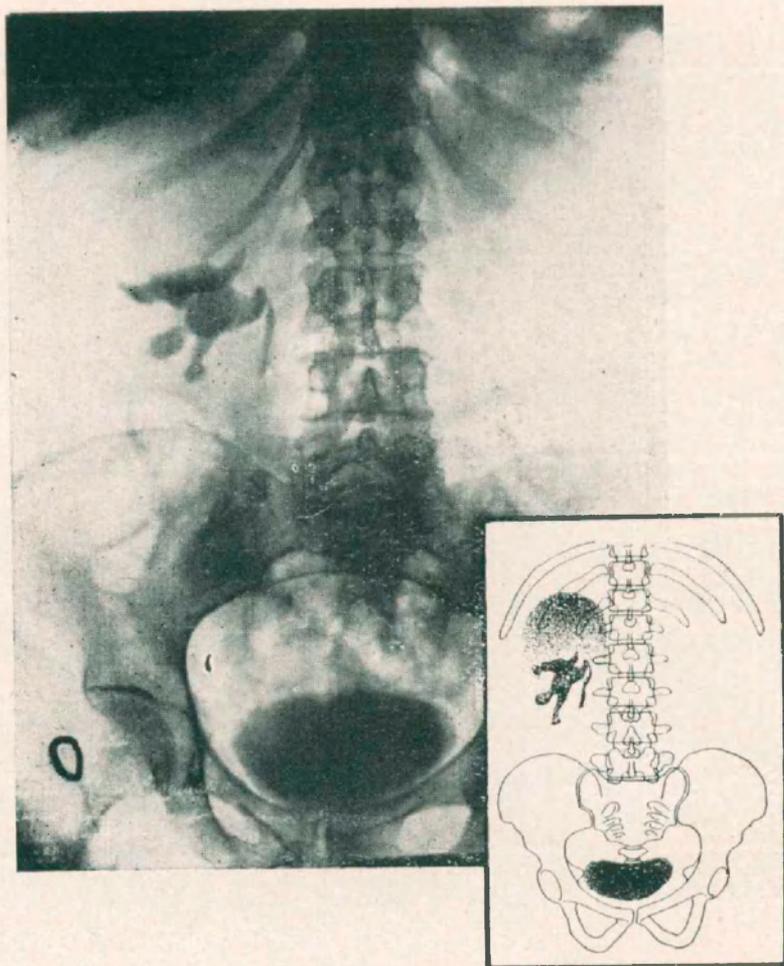


Caso N° 3 — Radiografía N° 1

Pielografía ascendente. Posición horizontal. Quiste de polo superior de riñón. Uréter acodado y dilatado. Ptosis renal.

cuanto el catéter se detiene a tres centímetros del meato, no obteniéndose eyaculaciones. En una oportunidad se logra introducir cinco centímetros el catéter, efectuando entonces una pielografía ascendente con yoduro de sodio, el cual revela una pelvis sumamente agrandada, con cálices deformados sobre todo el cáliz superior que aparece con una concavidad en su parte superior y basculado hacia

adelante en relación a los cálices inferiores que se hallan en un plano posterior; por encima de esta imagen pélvica que se halla a la altura del disco intervertebral de 3^a y 4^a lumbar aparece una sombra redondeada de bordes nítidos

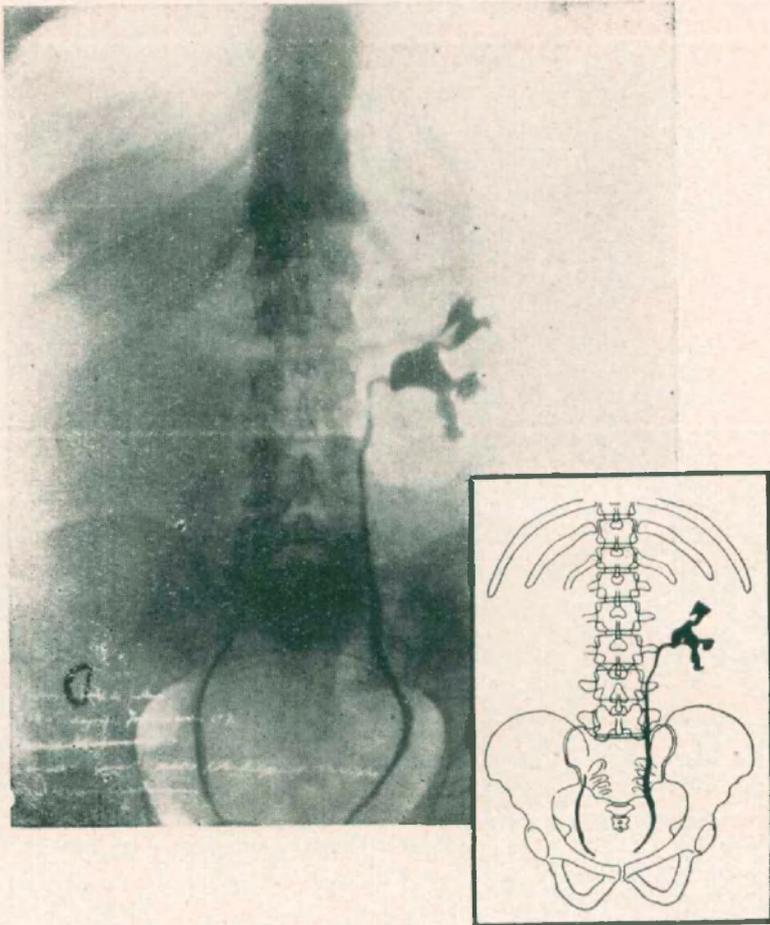


Caso N° 3 — Radiografía N° 2

Tiempo de evacuación: a los 9'. Persiste el relleno de la sustancia opaca. Por encima de la pelvis se advierte una sombra agrandada, circular, que corresponde al quiste.

que hizo sopear a uno de nosotros antes de la intervención quirúrgica se trataba de un quiste seroso de polo superior de riñón que en su crecimiento había ptosado la glándula y tal vez rotado. El uréter con varias sinuosidades se hallaba sumamente dilatado.

Cistoscopia. — Capacidad: 200 c. c. El medio turbio aclara rápidamente; la mucosa de caracteres normales con vasos bien dibujados, algo dilatados; los orificios ureterales de aspecto normal, con eyaculaciones turbias del lado derecho, en el lado izquierdo son límpidas.



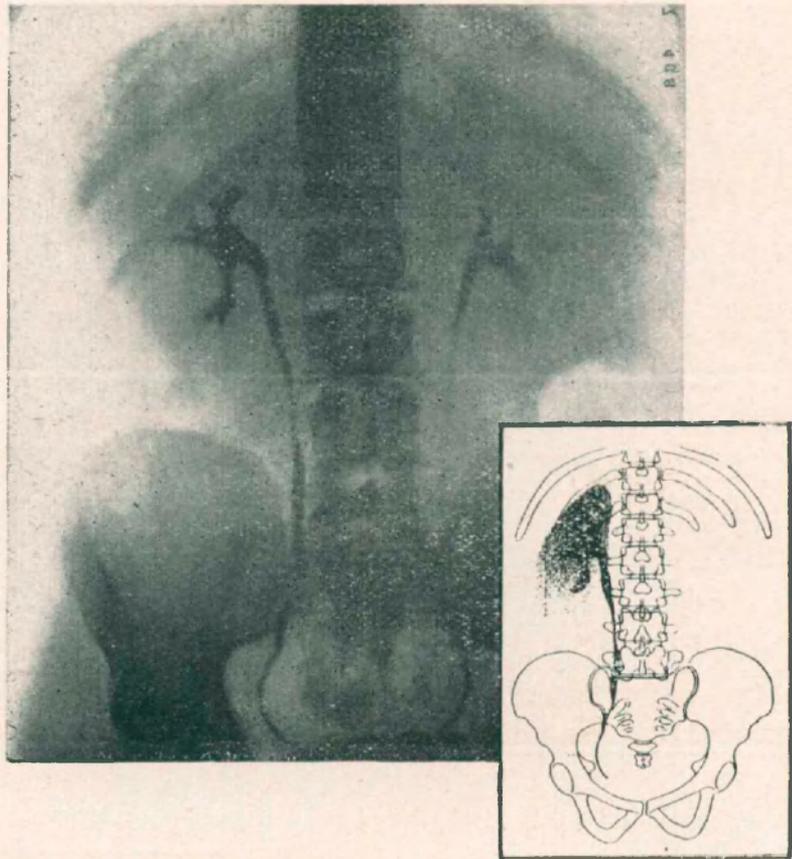
Caso N° 3 — Radiografía N° 3
Pielografía ascendente del riñón izquierdo. Pequeña uronefrosis.
Uréter mal implantado y acodado.

Operación. — Dres. Isnardi, Bottini y Ratto. Nefrectomía, anestesia general etérea, lumbotomía clásica. Abierta la celda renal previa liberación de algunas adherencias fibrosas, se cae sobre riñón, en cuyo polo superior se encuentra un gran quiste del tamaño de una cabeza fetal, con algunos pequeños quistes sobre la glándula, se aísla el pedículo vascular, se liga y se practica la nefrectomía, se reconstituye la pared por planos y se deja un drenaje de goma. Post-operatorio excelente, la enferma se va de alta en óptimas condiciones.

CASO N° 4

Se trata de un enfermo enviado al Instituto Municipal de Radiología con la siguiente historia clínica: E. B., 44 años, viudo, argentino, número de historia 448, fecha 20 de noviembre de 1931.

Antecedentes personales. — Afecciones propias de la infancia: sarampión,



Caso N° 4 — Radiografía N° 1

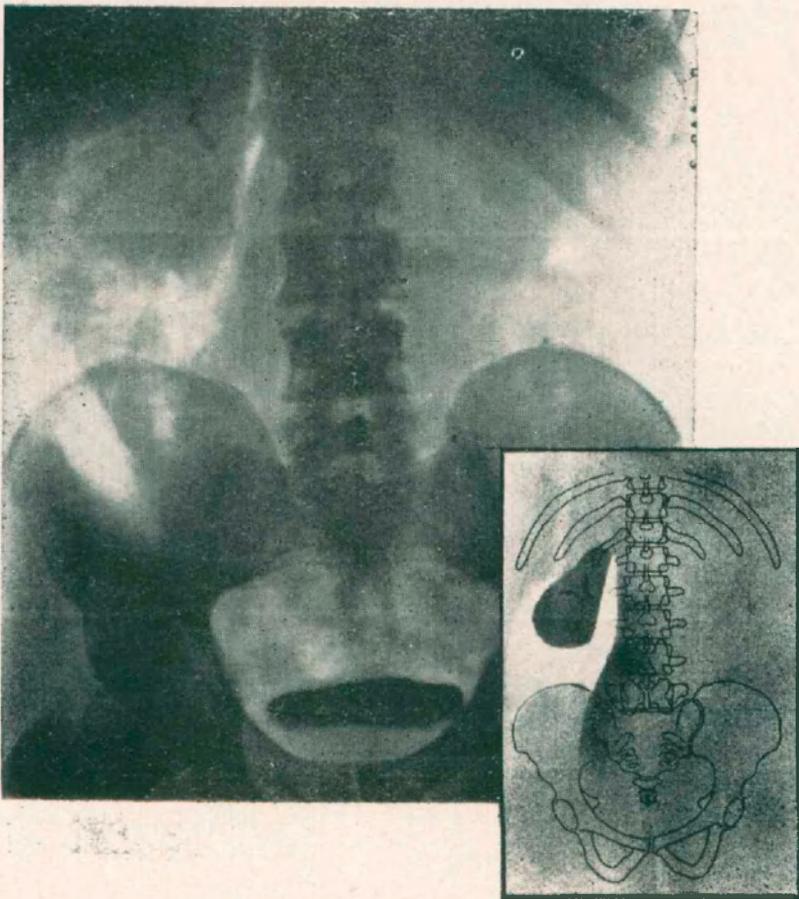
Quiste seroso de riñón. Pielografía ascendente. Cáliz medio rechazado hacia arriba sin producir modificación de la pelvis.

tos convulsa y escarlatina. Gripes a repetición. Niega enfermedades venéreas pero hace cuatro años al efectuarle un examen clínico dió una reacción de Wassermann francamente positiva.

Enfermedad actual. — Se inicia hace dos años y medio con dolores en la región lumbar del lado derecho que calmaron con el reposo.

Al efectuar un esfuerzo apareció bruscamente dolor en la región renal derecha con las mismas características, pero esta vez acompañados de polaquiuria, síntoma éste que desapareció a los pocos días.

Estado actual. — Sujeto con buen estado general; mucosas húmedas. Dice no haber adelgazado. Constipado desde hace varios años. *Riñones:* debido a la contractura muscular y a pesar de las diversas maniobras que se le hacen ejecutar no se consigue palpar las glándulas. Puño-percusión negativa en ambos lados. No hay puntos dolorosos renales ni ureterales. *Cistoscopia:* capacidad 200 c. c., mucosa de aspecto normal; vasos bien dibujados, uréteres visibles que eyaculan ori-



Caso N° 4 — Radiografía N° 2

Quiste seroso de riñón. Enfisema perirrenal de Carelli con pielografía al mismo tiempo. Se observa la deformación renal anterior y la imagen pélvica es igual que en la radiografía N° 2.

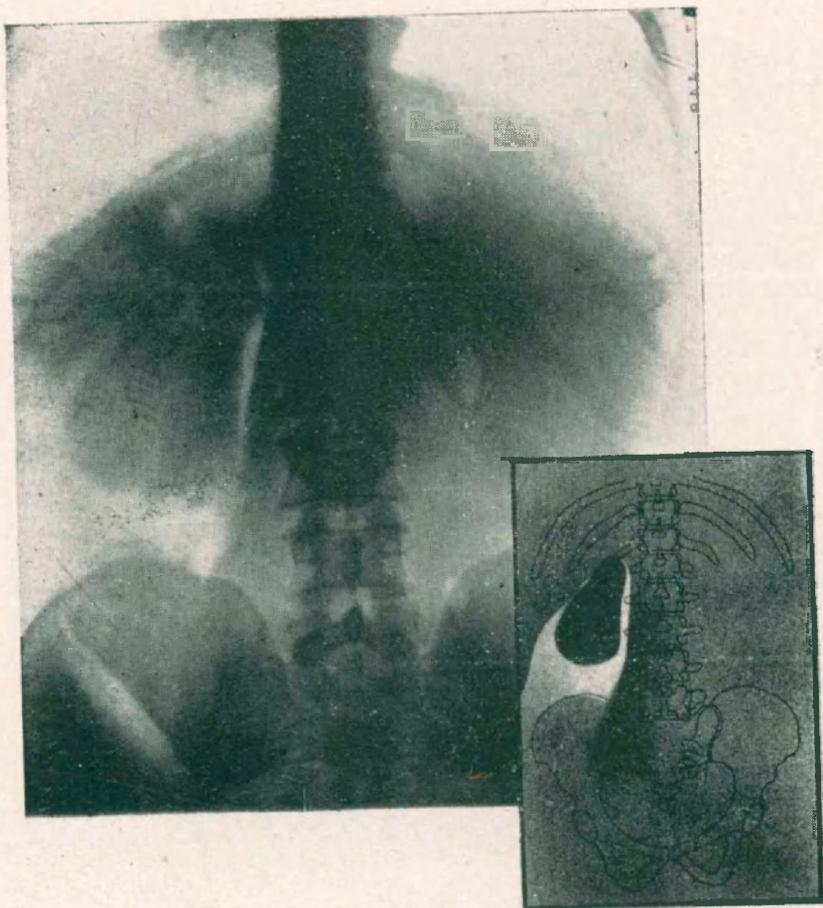
na límpidas; cuello sin particularidades. *Cateterismo ureteral:* el cateterismo ureteral demuestra una ligera disminución de la función renal del lado izquierdo. *Intradermo-reacción de Cassoni:* negativa. El examen de sangre no da eosinofilia.

En enfermo es enviado al Instituto para efectuarle una radiografía simple con el diagnóstico clínico de litiasis renal.

Radiografía simple. — Riñón derecho: de forma y situación normal. Ri-

ñón izquierdo: se percibe agrandado y deformado a nivel de su polo inferior, donde se observa una sombra redondeada sobreagregada. Teniendo en cuenta esta última circunstancia se solicita al médico autorización para realizar otros estudios complementarios que se efectúan con los siguientes resultados:

Enfisema perirrenal de H. Carelli, muestra la deformación inferior con ma-



Caso N° 4 — Radiografía N° 3

Quiste seroso de riñón. Enfisema perirrenal de Carelli. Muestra la deformación inferior del riñón con claridad.

yor nitidez. Se consigue visualizar una sombra redondeada cuya opacidad es ligeramente menor que la de la glándula.

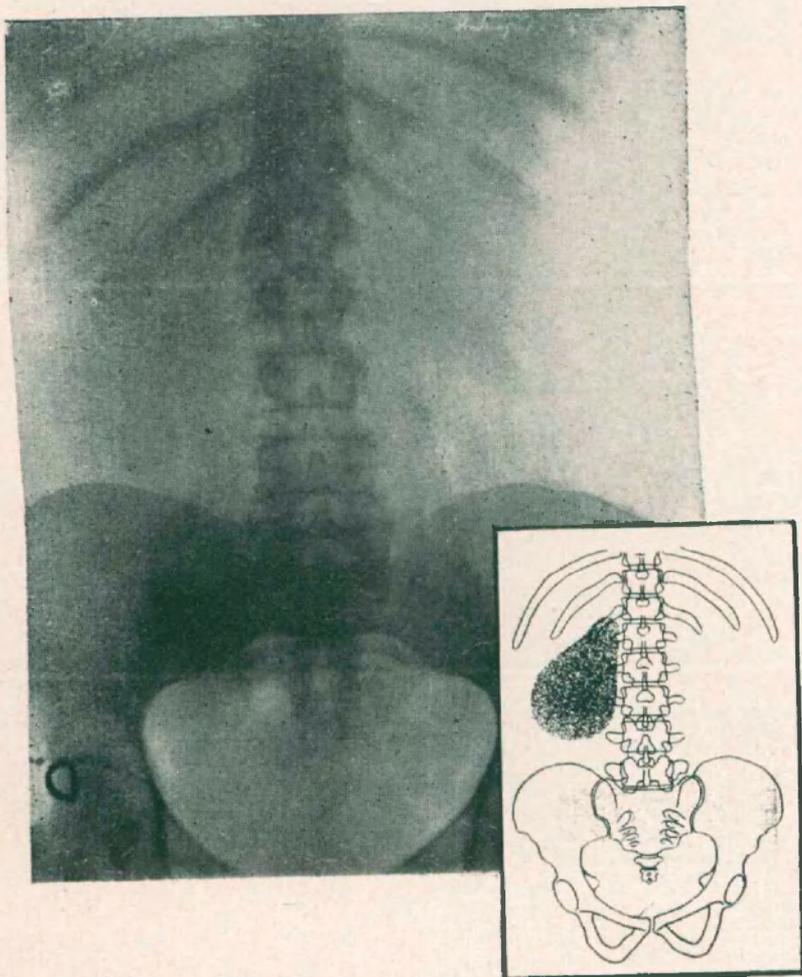
A continuación se efectúa una pielografía ascendente que muestra con mayor nitidez dicha sombra, que es del tamaño de una bola de billar y que desplaza el cáliz medio hacia arriba sin producir su presencia deformación alguna de la pelvis.

Esta pielografía se repite a los pocos días, pero sin realizar el enfisema peri-

renal, observándose con las mismas características la imagen descrita anteriormente.

A pesar de haberle indicado el médico tratante la intervención, el enfermo se niega a ella.

CASO N° 5



Caso N° 5 — Radiografía N° 1

Radiografía simple; se percibe claramente una imagen renal, cuyo polo inferior se halla agrandado por una tumoración quística.

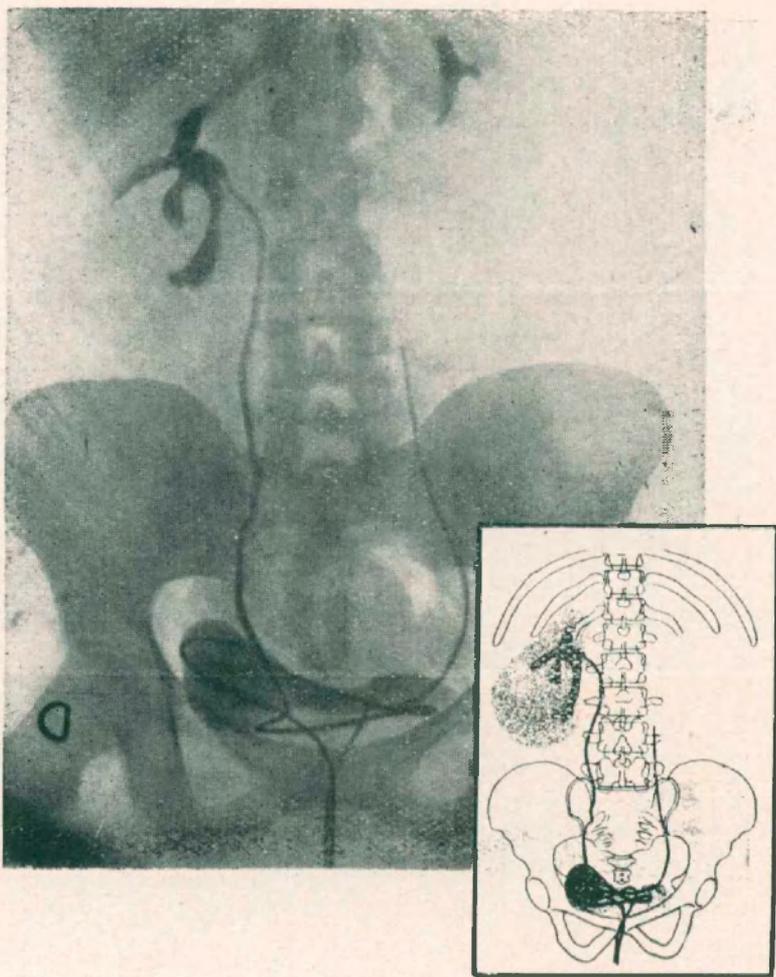
M. B. de P., 49 años, uruguayo, casado, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios. — Nada de particular.

Antecedentes personales. — Sarampión, coqueluche en la infancia. Se desarrolló a los 13 años de edad (reglas de caracteres irregulares). Desde hace diez años comienza a sentir molestias en región lumbar derecha sin irradiación, con-

comitantes con cólicos hepáticos debidos a una litiasis de vesícula (fué intervenida extrayéndole una vesícula calculosa) al año tuvo un ataque apendicular agudo, siendo operada, después de estas intervenciones la enferma no acusa ninguna clase de molestias.

Enfermedad actual. — Desde hace un año, la enferma dice sentir fuertes

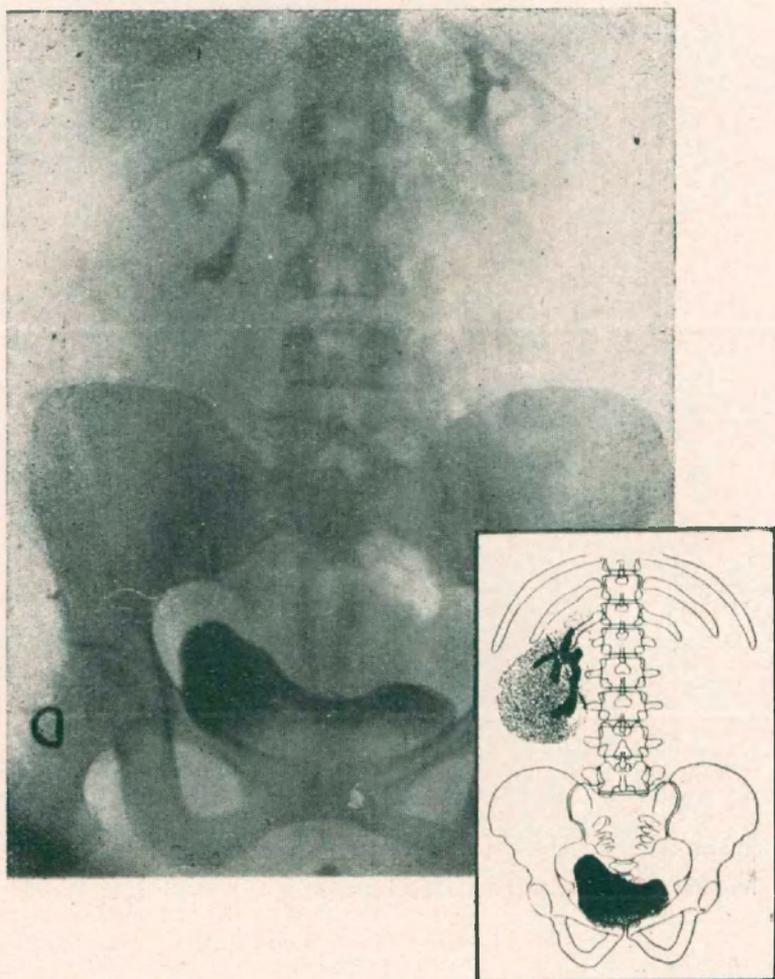


Caso N° 5 — Radiografía N° 2

Pielografía ascendente con yoduro de sodio. Imagen típica de quiste seroso. Cálices desplazados. Uréter igualmente desplazado.

dolores abdominales que localiza preferentemente en flanco derecho y fosa iliaca derecha, que se acompaña de constipación pertinaz y que no va acompañada de fenómenos urinarios de ninguna clase; para mover su vientre recurre al uso constante de enemas. Hacen tres meses la enferma es internada en la sala IV del Hospital Alvear, con un cuadro que hizo pensar en un comienzo en una oclusión

intestinal (gran meteorismo, la expulsión de gases imposible, vómitos porráceos). Este cuadro calma al día siguiente, constatando en el flanco derecho una gran tumoración. En estas condiciones se efectúa una radiografía de intestino por

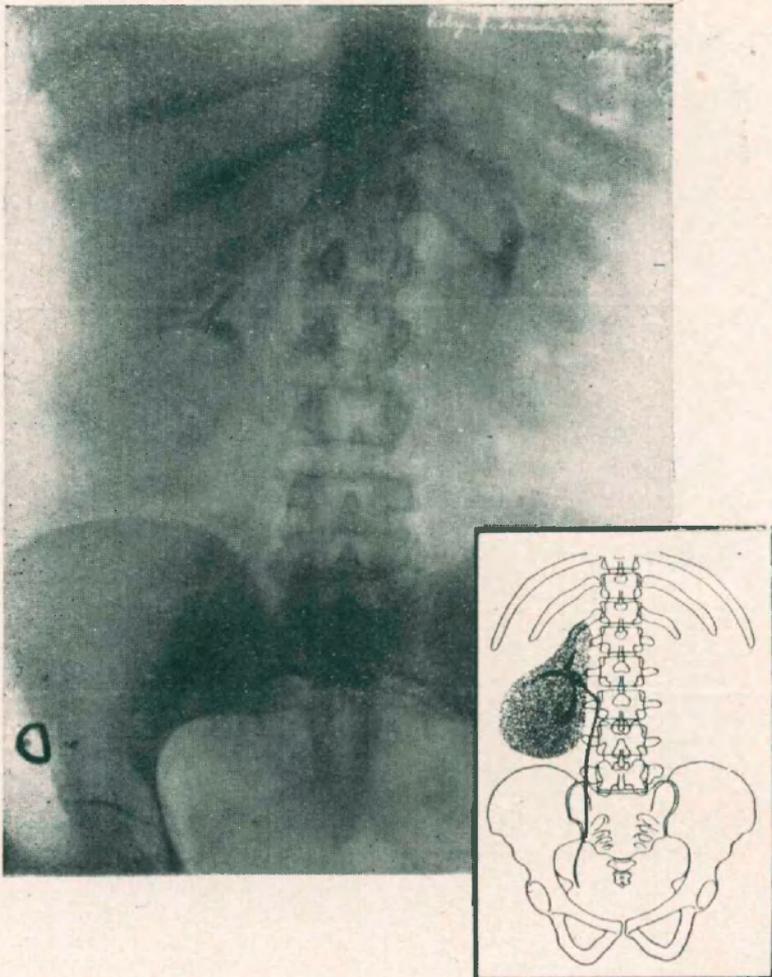


Caso N° 5 — Radiografía N° 3

Tiempo de evacuación: a los 9'. Persiste el relleno de la sustancia opaca.

enema, la sustancia opaca se detiene en el ángulo cólico derecho y por debajo de ella se percibe una sombra redondeada en íntima relación con el ángulo cólico. La radiografía de intestino por ingestión muestra que el ciego se llena en su porción inferior pero que el colon ascendente aparece escasamente relleno hasta el ángulo cólico derecho desde donde el resto del colon se rellena normalmente;

por detrás del colon ascendente se percibe la misma sombra descrita anteriormente: esta segunda radiografía hizo pensar en la probable existencia de una pensó en la primera radiografía. En estas condiciones es remitida para su estudio a la sala VI del mismo Hospital, en donde se le practica un examen que arrojó

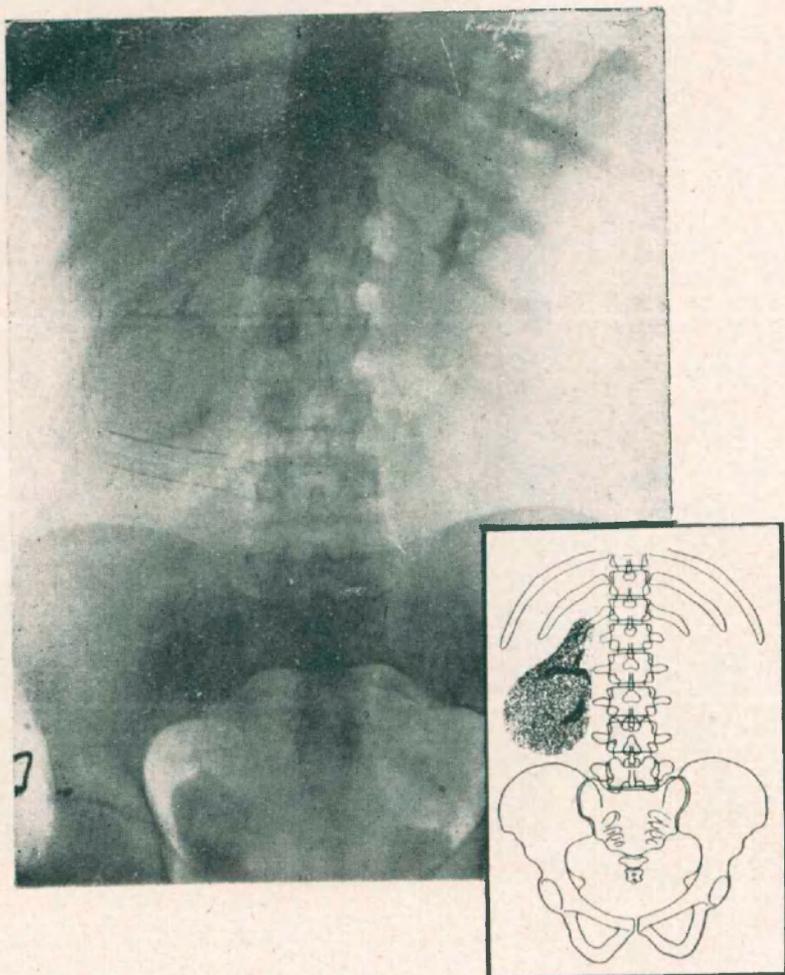


Caso N° 5 — Radiografía N° 4

Pielografía descendente con uroselectán: a los 5'. Sombra pélvica de iguales caracteres que la pielografía ascendente. Buena eliminación en ambos lados.

los siguientes datos: en el flanco derecho se palpa una tumoración grande cuyo tumoración de un órgano retroperitoneal y no de un neo de intestino como se polo inferior se halla a la altura de una línea que pase por la cresta ilíaca, por dentro hasta una línea que pase por el ombligo, que tiene contacto lumbar es-

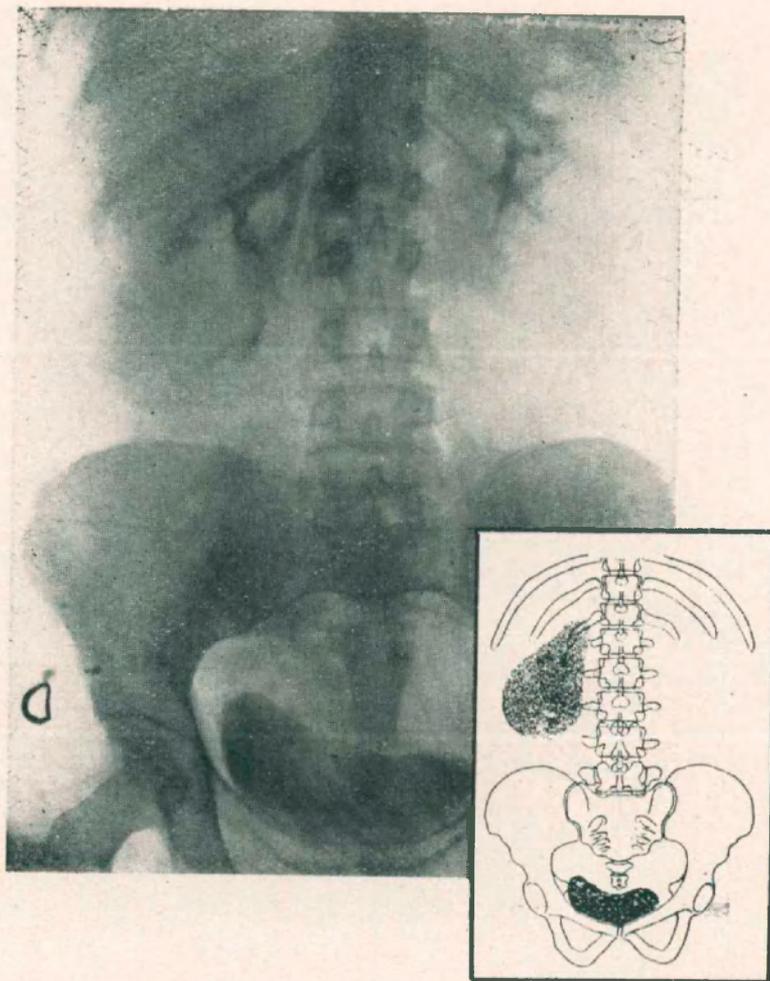
pontáneo y pelotco. La radiografía simple demuestra un riñón sumamente agrandado cuyo polo inferior más grueso que el superior, dando a la sombra renal un



Caso N° 5 — Radiografía N° 5
Pielografía descendente con uroselectán: a los 15'.

aspecto piriforme; el contorno de este polo inferior es liso y uniforme, llegando a uno o dos traveses de dedo por encima de la cresta iliaca. La pielografía descendente con uroselectán da a los cinco minutos una buena eliminación en ambos

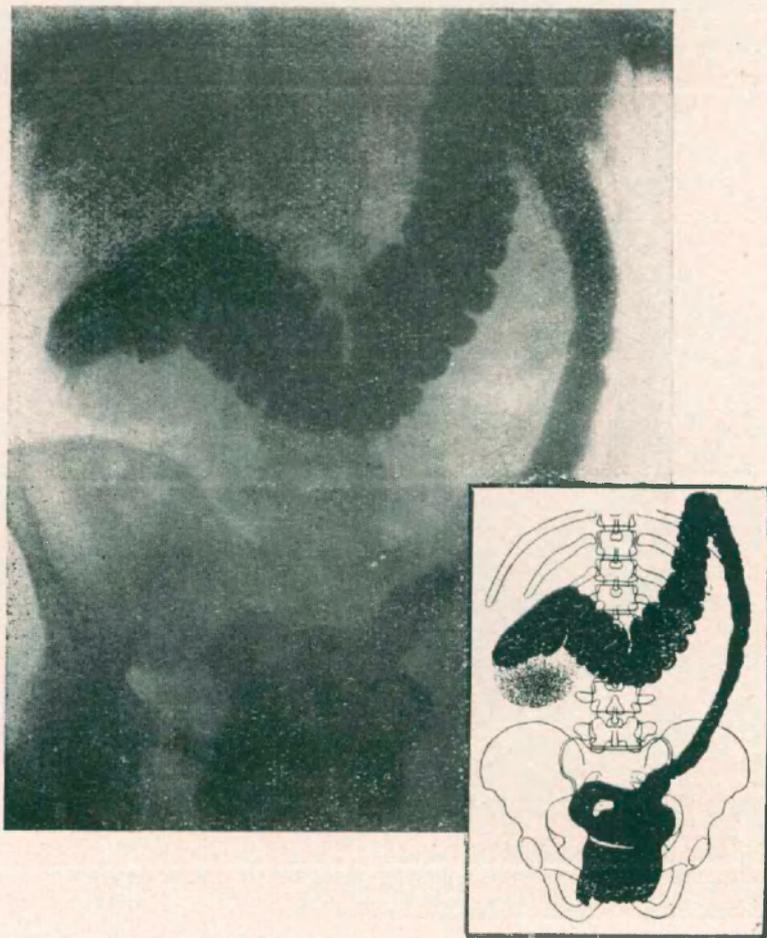
lados, del lado derecho se percibe una deformación de las vías excretoras con desplazamiento de las mismas y rechazamiento del uréter que da la imagen típica de



Caso N° 5 — Radiografía N° 6
Pielografía descendente con uroselectán: a los 45'.

un quiste seroso. La pielografía ascendentes confirma en un todo esta imagen. La cistoscopia reveló una mucosa de aspecto normal. La intradermo-reacción de Cassoni, la reacción de Ghedini y la búsqueda de eosinofilia fué negativa. El

examen de la orina tanto químico como microscópico no reveló anormalidades. Dado que el estado general de esta enferma empeoraba a diario con pérdida del



Caso N° 5 — Radiografía N° 7

Radiografía de intestino por enema. La sustancia opaca se detiene a nivel del ángulo cólico derecho. Por debajo y en un plano posterior se ve una imagen redondeada, circular.

apetito y del peso, signos de gran debilidad general, fué postergándose su intervención. Al mes fatiga por una miocarditis, entrando en una caquexia progresiva y lenta hasta la fecha. Este caso nos da la imagen típica de un quiste seroso de

riñón derecho que en su crecimiento ha llegado a comprimir el colon ascendente, causando los trastornos intestinales enumerados. Esperamos en la necropsia, poder certificar lo expuesto.



Caso N° 5 — Radiografía N° 8

Radiografía de intestino por ingestión. La sustancia opaca en el colon ascendente dibuja un relleno incompleto. Por detrás se percibe la misma tumoración de aspecto quístico de la radiografía anterior.

Quiste hidático de fosa lumbar

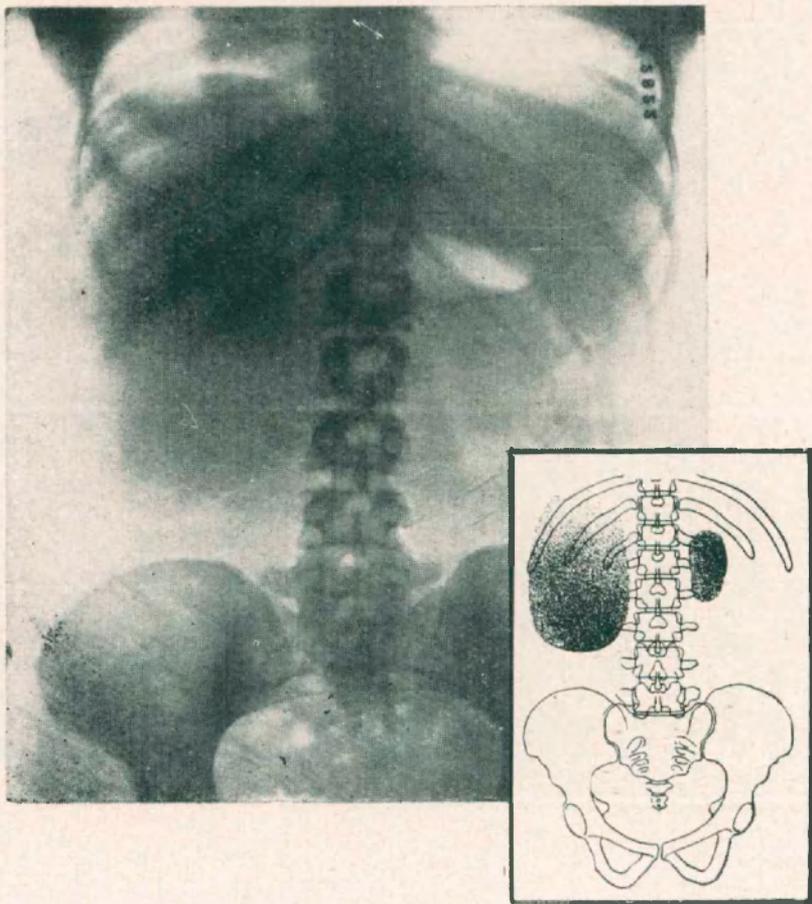
CASO N° 6

M. P. de S., 25 años, argentina, casada, domiciliada en Estación Fernández (Santiago del Estero).

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido ignora causa. Madre de tumor a la matriz. Ocho hermanos, tres fallecidos en la infancia ignora causa.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades en la infancia; menstruó a los 15 años. Reglas regulares pero dolorosas antes de la aparición. Regular cantidad; duración tres días. Casó a los 20 años. Tres hijos sanos.

Enfermedad actual. — Hacen 7 meses tiene una molestia, sensación de cuerpo extraño en el hipocondrio izquierdo. Desde entonces la enferma al obser-



Caso N° 6 — Radiografía N° 1

Radiografía simple. Gran sombra del lado izquierdo que aparece como una tumoración renal. Lado derecho sombra renal normal.

Quiste hidático de fosa lumbar

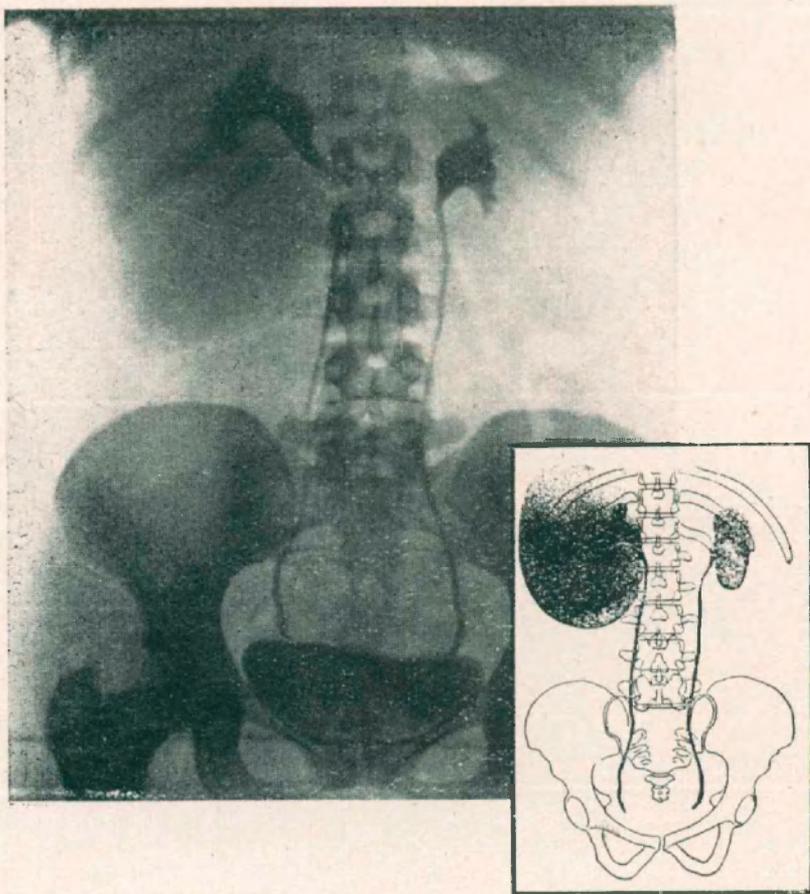
vase nota una tumoración que crece progresivamente. La tumoración desde su comienzo es indolora pero hace dos meses el dolor acusa su presencia. Este se localiza en hipocondrio izquierdo y se irradia en cinturón. Tiene sensación de movilidad de la tumoración en ocasiones con los cambios de posición de la enferma.

Acompaña a veces a esta sintomatología, sensación de distensión de la tu-

moración con ahogos, náuseas, cefalea intensa. Estos episodios duran aproximadamente un día y luego desaparecen.

Apetito conservado. Buenas digestiones, mueve el vientre diariamente.

Estado actual. — Tumorción que abarca epigastrio e hipocondrio izquierdo, desde línea axilar posterior, hasta la línea media anterior, que sobrepasa



Caso N° 6 — Radiografía N° 2

Pielografía ascendente con yoduro de sodio. En posición ligera de Trendelenburg.

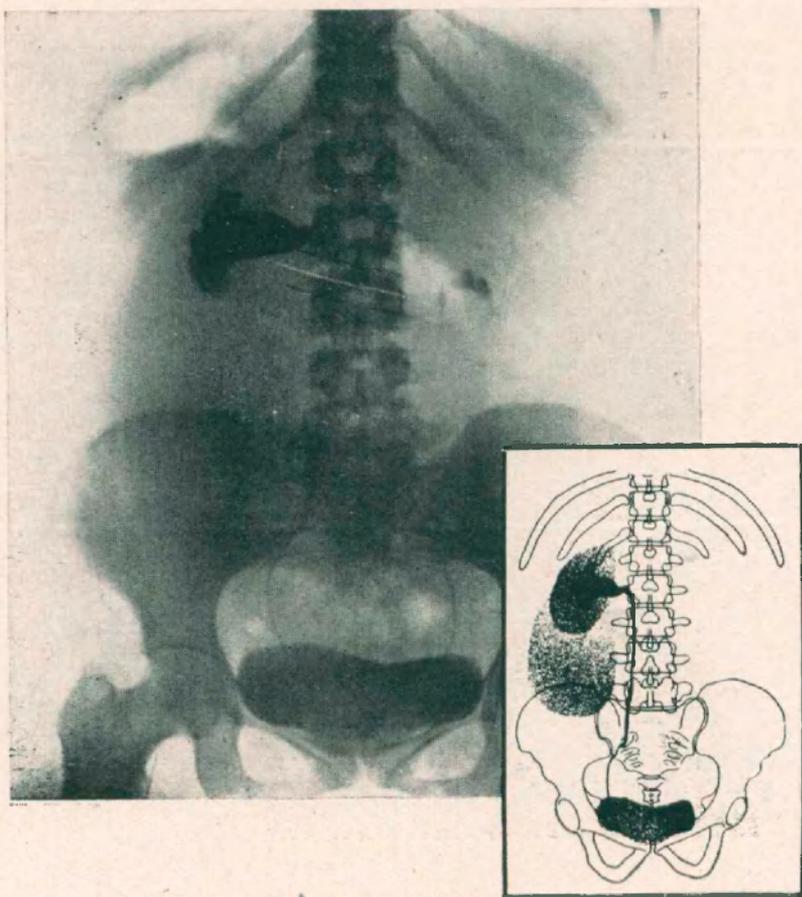
Quiste hidático de fosa lumbar

por debajo la línea que pasa por el ombligo, casi tres traveses de dedo; es móvil y desplazable, más en sentido transversal que longitudinal, liso, renitente; algo doloroso a la presión. Sus límites pueden ser fácilmente constatados a la palpación excepto en su parte postero-superior. A la percusión el tumor es mate en toda su extensión, continuando su matez con la esplénica en la porción en que

En posición de pie la tumorción desciende casi dos traveses de dedo, sus límites se confunden con el del bazo.

Cistoscopia: Mucosa de aspecto normal, excepto a nivel del uréter izquierdo que se halla rodeado de mucosa edematosa y congestiva. El catéter en este orificio penetra 25 c. c. del lado derecho 20 c. c.

Para efectuar la pielografía se inyectan en el lado derecho 20 c. c. de thorostrast y en el izquierdo 35.



Caso N° 6 — Radiografía N° 3

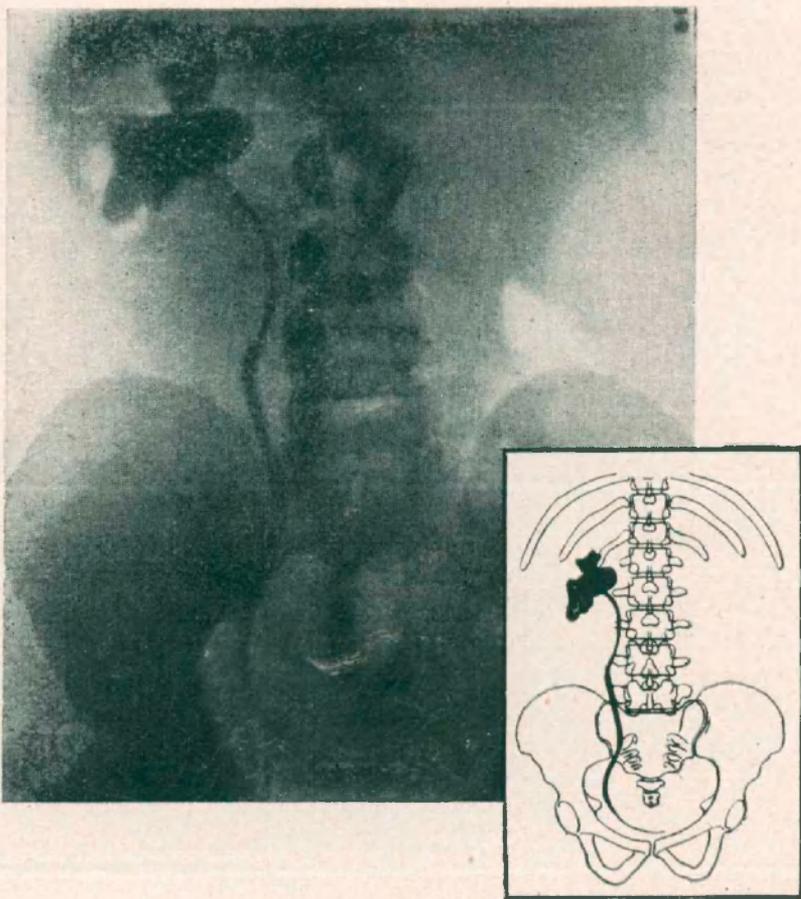
Pielografía ascendente con yoduro de sodio en posición de pie. Se observa el marcado descenso de la sombra quística, que permite observar la sombra renal independiente de ella.

Examen radiográfico: En el lado derecho se percibe el contorno renal normal. Lado izquierdo se observa una gran tumoración del tamaño de una toronja, de contornos regulares y lisos y que se extiende ocupando el espacio de cuatro cuerpos vertebrales.

Pielografía ascendente en posición horizontal (Rad. N° 2): Cálices y pelvis renal ligeramente dilatada. El uréter se halla rechazado hacia adentro. No se observa contraste entre la imagen tumoral y el parénquima renal.

Pielografía ascendente en posición de pie: Se observa el marcado descenso de la sombra quística que permite localizar el contorno renal independiente de ella.

Orinas recogidas por cateterismo, límpidas, cuyo examen químico y microscópico no revela anormalidades.



Caso N° 7 — Radiografía N° 1

Quiste para-renal. Pielografía ascendente. Uronefrosis izquierda.
Desplazamiento del uréter.

Reacción de Ghedini e intradermo-reacción de Cassoni: positivas.

Operación. — Se efectúa lumbotomía según técnica clásica. Apenas incindida la loge renal, una gran cantidad de líquido cristalina invade el campo operatorio acompañado de abundante cantidad de membranas y vesículas.

El examen anátomo-patológico demostró tratarse de un quiste hidático y que la intervención comprobó que su situación era por delante e inmediatamente por debajo del riñón.

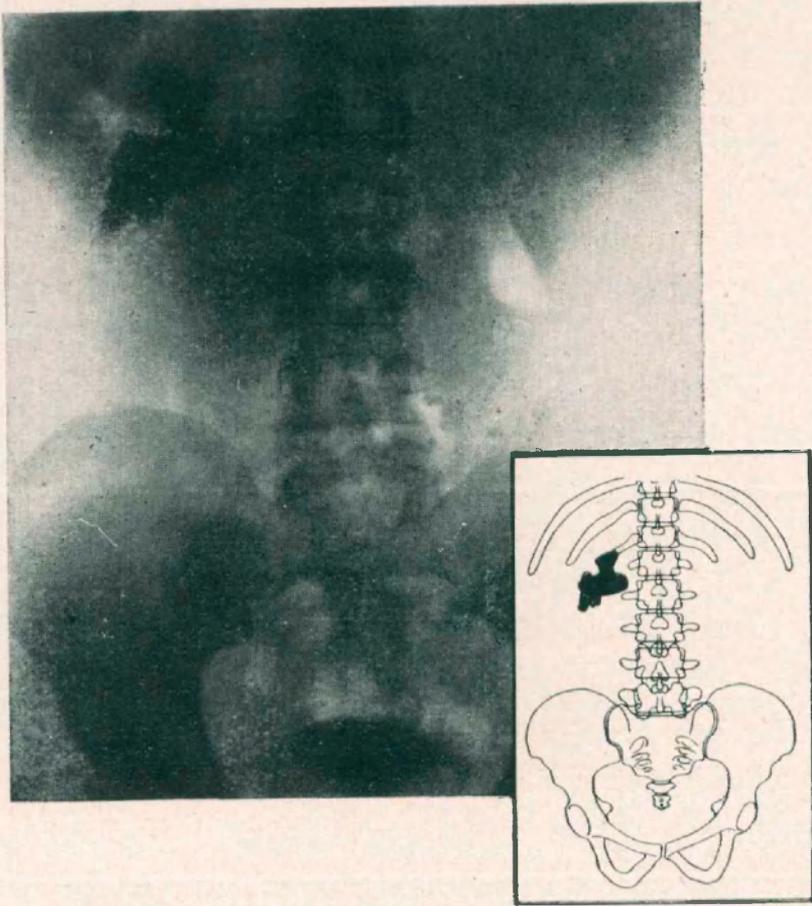
CASO N° 7

M. R., argentino. 29 años de edad, casado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nada de particular.

Enfermedad actual. — Se queja desde hace un año de un dolor en el flanco izquierdo, notando una tumoración que fué creciendo lentamente.



Caso N° 7 — Radiografía N° 2

Radiografía obtenida 10' después de retiradas las sondas. Retardo en tiempo de evacuación.

Estado actual. — Se palpa una tumoración en el flanco izquierdo del tamaño de una naranja grande y alargada. No hay adherencias con la piel y a la percusión limita con el borde costal donde parece concluir.

Ocupa por delante el lugar de la cuerda cólida. Por dolorosa a la presión y excursiona con los movimientos respiratorios.

Examen radiográfico. — Radiografía simple: Riñón derecho, no se percibe por la presencia de gran cantidad de gases. Riñón izquierdo: Con alguna dificultad se visualiza su polo superior. A nivel de su polo inferior se percibe una sombra redondeada del tamaño de una mandarina.

Pielografía ascendente. — Pelvis y cálices dilatados (discreta uronefrosis). Uréter describe una curvatura de concavidad externa.

La radiografía obtenida 10 minutos después de retiradas las sondas muestra un retardo en el tiempo de evacuación.

Operación. — En la intervención se comprobó la presencia de un quiste hidático situado por debajo y delante del polo inferior del riñón.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto llegamos a las siguientes conclusiones:

1°—*La radiografía simple:* puede ilustrarnos con respecto a la existencia de una tumoración quística que se diferencian de las tumoraciones sólidas por la nitidez, opacidad y regularidad del contorno.

2°—*El enfisema peri-renal* del Dr. Carelli al mostrar con mayor nitidez el contorno renal es un auxiliar de gran valor.

3°—*La pielografía ascendente:* da imágenes muy demostrativas y en este sentido esperamos nuevas observaciones para corroborar nuestras afirmaciones, ya que ni en los trabajos extranjeros ni en los del país se ha insistido lo suficiente con respecto a este tópico.

A nuestro criterio, la pielografía muestra en los casos de *quistes serosos del riñón* las siguientes modificaciones de las imágenes y que están en relación al tamaño y situación de los mismos:

A) Desplazamiento y alargamiento de los cálices en distinto sentido y de acuerdo a la situación y tamaño de los mismos.

B) Desplazamiento del uréter cuando aquéllos se hallan situados en el polo inferior.

C) Escasa modificación del tamaño y forma de la pelvis renal.

D) Acodadura de uréter y ptosis que se acentúa en posición de pie.

El *diagnóstico diferencial* debe establecerse:

Con los *quistes hidáticos del riñón:* porque éstos, siempre y cuando no se hayan vaciado en la pelvis muestran la típica imagen de amputación del cáliz (ver radiografías correspondientes), cuya

patogenia explica la condición especial de la membrana periquística que crece por su vitalidad y a la cual se agrega además el proceso infiltrativo que lo circunda. Los quistes serosos intrarrenales, e insistimos nuevamente, desplazan los cálices sin invadirlos a medida que aumentan su volumen.

De los quistes hidáticos y tumores pararrenales la diferenciación en cambio es imposible realizar ya que todos ellos desplazan las glándulas y el uréter sin deformar los cálices y dando imágenes similares.

De los tumores malignos intrarrenales porque éstos invaden los cálices deformándolos y dando lugar casi siempre a la constitución de imágenes lacunares.

De los riñones poliquisticos por la bilateralidad de la imagen en la cual se observa alargamiento de los cálices y de la pelvis.

De las uronefrosis parciales porque en éstas se advierte la comunicación con la pelvis.

Discusión

Dr. Llanos. — Hace algún tiempo publiqué en la "Revista Argentina de Urología" una observación de quiste seroso del riñón, y a propósito de ella hacía algunas consideraciones sobre patogenia, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

En esa observación, llevamos a cabo el tratamiento quirúrgico con una presunción diagnóstica firme, a pesar de no tener pielografía. Creo que para el diagnóstico es fundamental el conjunto de síntomas, que "por exclusión" nos llevan a orientarlo hacia las formaciones quísticas.

Creo que la pielografía es utilísima como factor de localización, pudiendo ella demostrar fuera de toda duda que la localización, es renal. Pero no considero que ella pueda ser categórica respecto al diagnóstico diferencial entre los quistes serosos, y los tumores encapsulados, quistes hidatídicos y pseudo quistes renales. Para ese diagnóstico habrá de influir más la sintomatología clínica y el examen urológico completo, que "por exclusión" nos llevarán al diagnóstico de quiste seroso renal.

Dr. Isnardi. — *La radiografía simple por sí sola puede no ser suficiente para hacer un diagnóstico de q. s. de R. Más importancia tiene la discordancia entre el tamaño de la tumoración y lo tenue de la sombra, que no puede corresponder a un tumor sólido.*

Dr. Arrues. — *No pretendo en ningún momento hacer de la pielografía el medio exclusivo de diagnóstico de un quiste seroso del riñón. Ya sabemos que la radiografía no es sino un auxiliar de la clínica para el diagnóstico, pero es indudable que las imágenes que acabamos de ver son de un valor casi decisivo para lograrlo.*