

Hospital Español, Serv. de Urología,  
Jefe: Dr. CLAUDIO CACCIATORE

Por los Doctores

JOSE L. MONSERRAT  
y OSCAR F. GARATE

## QUISTE SEROSO Y TUBERCULOSIS DE RIÑÓN

CEEMOS interesante el aporte casuístico de la observación que presentamos, por tratarse de una asociación muy rara de comprobar, de acuerdo a la búsqueda bibliográfica, a nuestro alcance que no nos permitió encontrar otra observación análoga; además, es interesante, también, el diferenciar las formaciones pseudo quísticas de la tuberculosis de los verdaderos quistes, basándose ello en el examen macroscópico de las piezas que nos dará la clave, y sobre todo, por el examen histológico, que nos permitirá comprobar el tipo y naturaleza del epitelio de revestimiento, en el que se fundará el diagnóstico diferencial, frente a aquellos casos de cavidades quísticas tuberculosas, que por un proceso de eliminación y reparación dan origen a formaciones que un examen somero podría hacerles ubicar dentro del tipo de los quistes serosos.

Sin otras consideraciones transcribimos resumida la observación clínica. Hist. N° 6681.

C. S., argentino de 19 años, sin antecedentes familiares de importancia, como antecedente personal digno de destacarse es el de una *pleuresía a los 11 años*, y *blenorragia* hace 1 año.

La enfermedad actual, se inicia *hace 3 años con dolores en la región lumbar* e intermitente y de poca intensidad, pero que desde *hace 15 días* aumenta considerablemente con irradiaciones hacia abajo y adelante. Polaquiuria diurna y nocturna sin disuria ni tenesmo, no ha tenido hematuria, y desde *hace un mes nota las orinas turbias*.

Al examen es un sujeto apirético, *desnutrido, pálido* y con dolores a la palpación en la *región lumbar derecha, tocándose un riñón agrandado que pelotea*.

Se pide un examen de sedimento urinario, y se comprueba la presencia de *bacilos de Koch*.

Se practica una cistoscopia; capacidad 200 c.c. medio que se aclara rápidamente, paredes vesicales sin desplazamientos, mucosa normal sin proliferaciones, bajo fondo congestivo, *uréter izquierdo normal; uréter derecho con halo congestivo y en la parte superior pequeña ulceración*. La prueba del Indigo carmín nos da R. Izq. 4' como R. Derech. babeante al 9'.

Se practica una pielografía excretora que nos muestra lesiones francas a nivel del R. Derecho.

Sin otro examen, pues creemos poseer con lo que antecede, la localización derecha de una tuberculosis evidente (bacilos de Koch en la orina), con integridad funcional de R. I. (prueba del Indigo carmín y urografía excretora), procedemos a una nefrectomía que se practica el 10 de junio de 1938 con anestesia peridural.

El post-operatorio es normal y el enfermo es dado de alta a los 20 días.

*Estudio patológico.* — La pieza remitida, corresponde a un riñón aumentado en todos sus diámetros y que en el polo superior en relación con el borde externo se aprecia una deformación redondeada del tamaño de una pequeña mandarina, fluctuante a mucha tensión a la palpación.

En el resto del parénquima e irregularmente distribuido se observan pequeños foquitos blanquecinos rodeados de un halo rojizo, y cuyo tamaño varía desde el de una cabeza de alfiler al de una arveja.

Practicando un corte medio, se observa, una cortical aumentada que hace hernia, una serie de formaciones blancogrisáceas en relación a lo descrito anteriormente y ubicadas también en la zona medular.

La pelvis con dilatación de la misma y sobre todo a nivel de los ángulos pielocaliciales; la mucosa está espesada, rugosa, rojiza.

En el polo superior se observa una formación quística del tamaño de una pequeña mandarina ( $4\frac{1}{2}$  ctms. de diámetro) de contenido seroso.

La pared es lisa brillante, sin comunicación con la cavidad piélica.

En relación con el parénquima renal presenta una condensación de tipo colágeno.

*Diagnóstico macroscópico.* — Quiste seroso y tuberculosis nodular diseminada.

*Descripción histológica.* — Los preparados obtenidos de diversas zonas del riñón nos muestran la imagen de la ilustración gráfica que acompañamos, evitándonos descripciones analíticas.

Podemos resumir así los distintos aspectos:

*Quiste seroso.* — Pared fibrosa colágena que se continúa directamente con el colágeno renal, en relación con la cavidad piélica pero sin comunicación con la misma.

El revestimiento del quiste es de tipo epitelial aplanado, endoteliforme.

En su crecimiento el quiste rechaza excéntricamente al parénquima renal.

Las lesiones inflamatorias diseminadas en el parénquima por su distribución y morfología son evidentemente de tipo embolígeno, y por su constitución folicular, la naturaleza tuberculosa es indiscutible.

*Diagnóstico.* — Tuberculosis nodular, y quiste seroso.

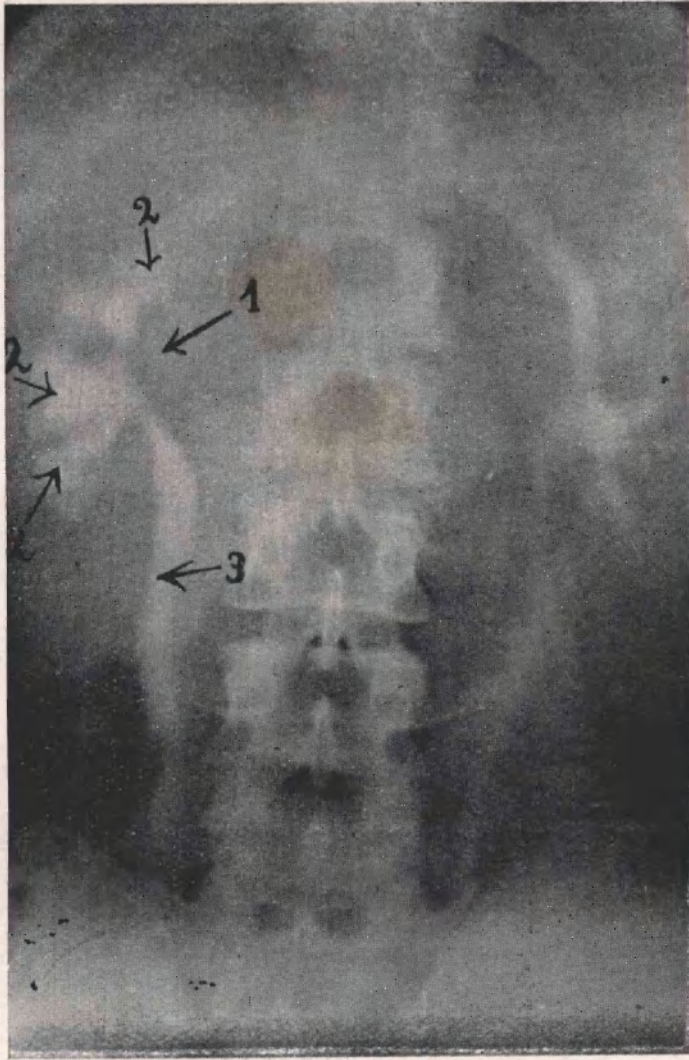


Figura 1. — Radiografía con Perabrodil 30'. — Se observa una dilatación pielocalícial 2) y ureteral 3). — En 1) zona de compresión que permite sospechar la presencia de una formación quística.

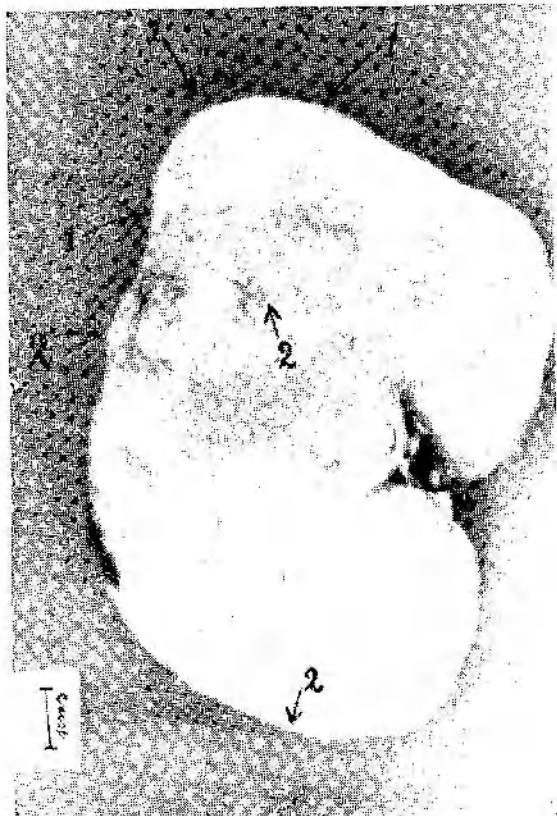


Figura 2. — *Riñón cerrado*, mostrando una deformación nodular quística en el polo superior 1) y diseminados en todo el parénquima 2) pequeños nódulos blanquecinos rodeados de un halo congestivo.

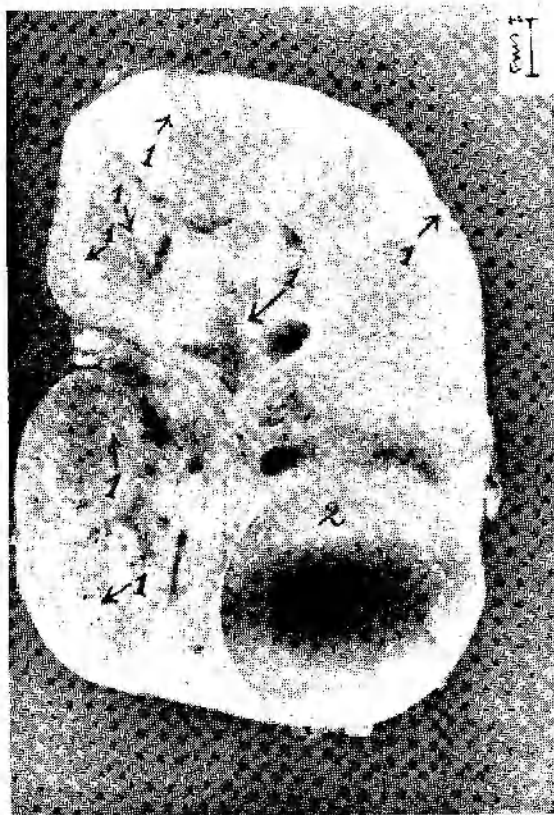


Figura 3. — *Riñón abierto*. — En el parénquima pequeños nódulos blanco-grisáceos (1) con el carácter de pequeños infartos. En 2) formación quística netamente circunscrita por una capa fibrosa y revestimiento de una pared lisa y brillante.



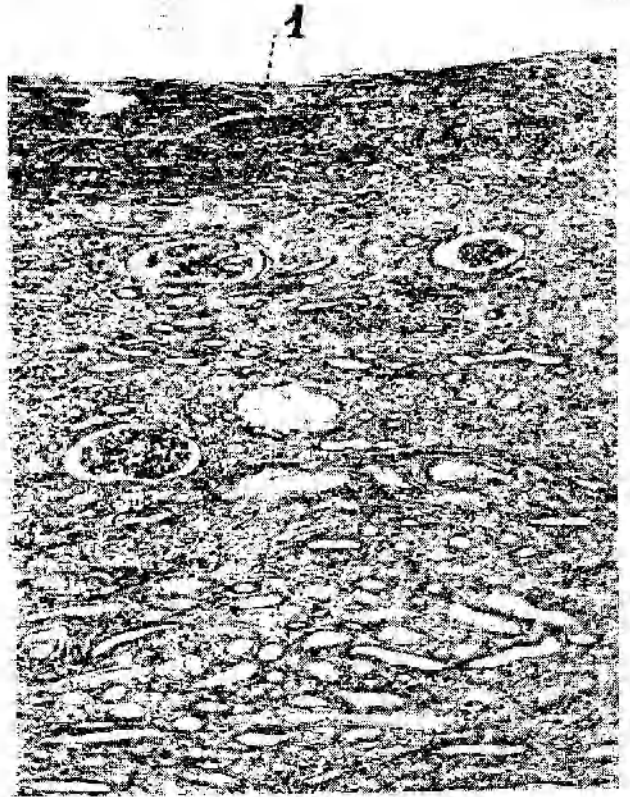


Figura 4. — Pared del quiste: 1) con un revestimiento endoteliforme; 2) glomerulos aplastados en el eje del quiste; 3) tejido renal vecino al quiste infiltrado.

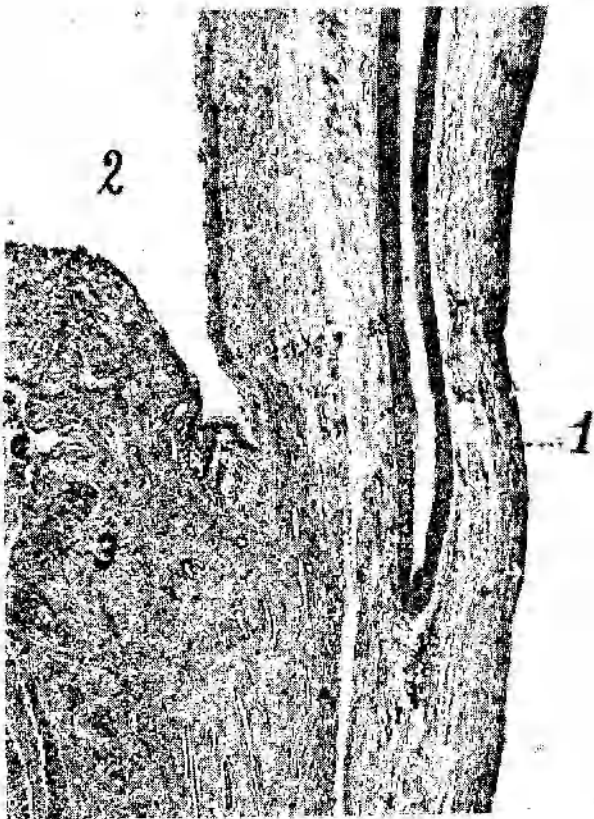


Figura 5. — 1) Cavidad quística con pared fibrosa y revestimiento endoteliforme; 2) Cavidad pélvica; 3) Nódulo tuberculoso.

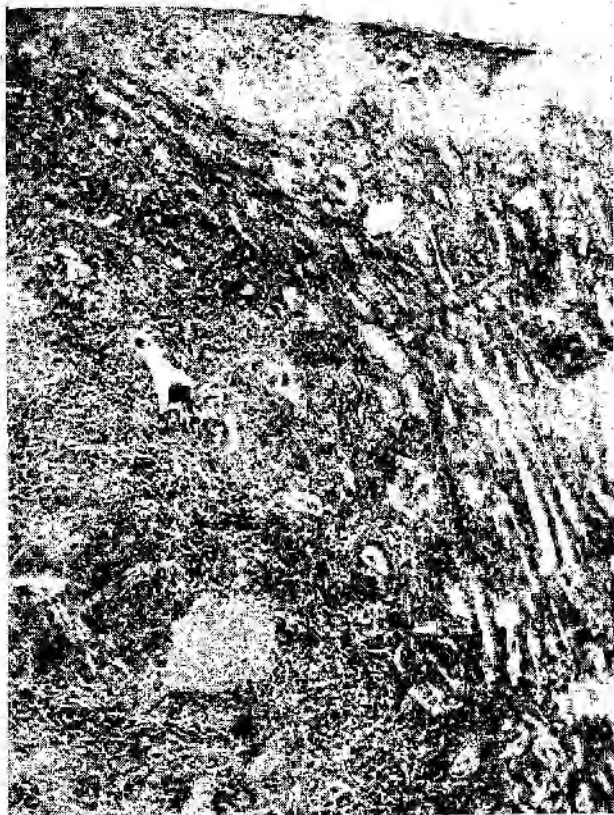


Figura 6. — Zona cortical. — Nódulo tuberculoso a disposición infartoidea.



Figura 7. — Zona medular. — Folículos tuberculosos típicos y piuria tubular.

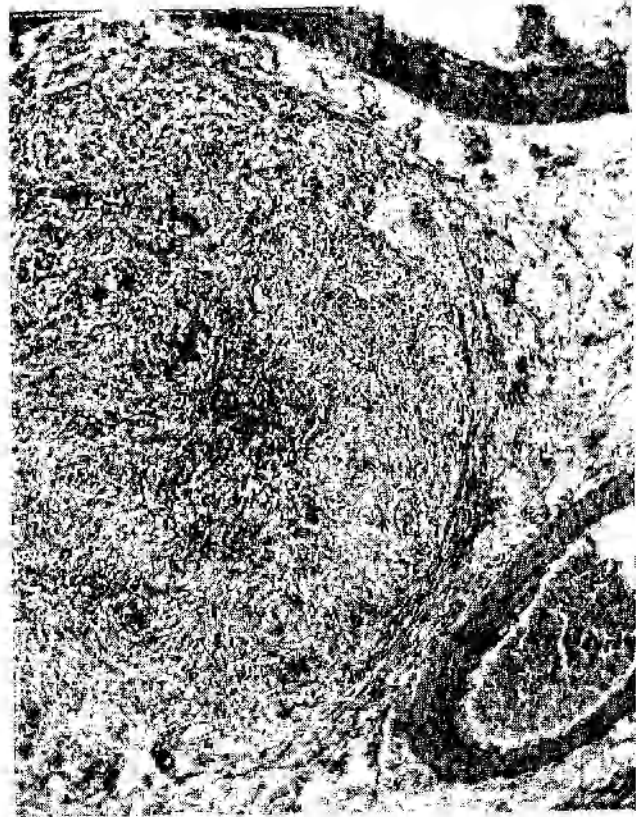


Figura 8. — Folículos tuberculosos en el tejido perivascular arterial.



Figura 9. — Papila con procesos inflamatorios y folículos tuberculosos, dilatación píelo calicial.

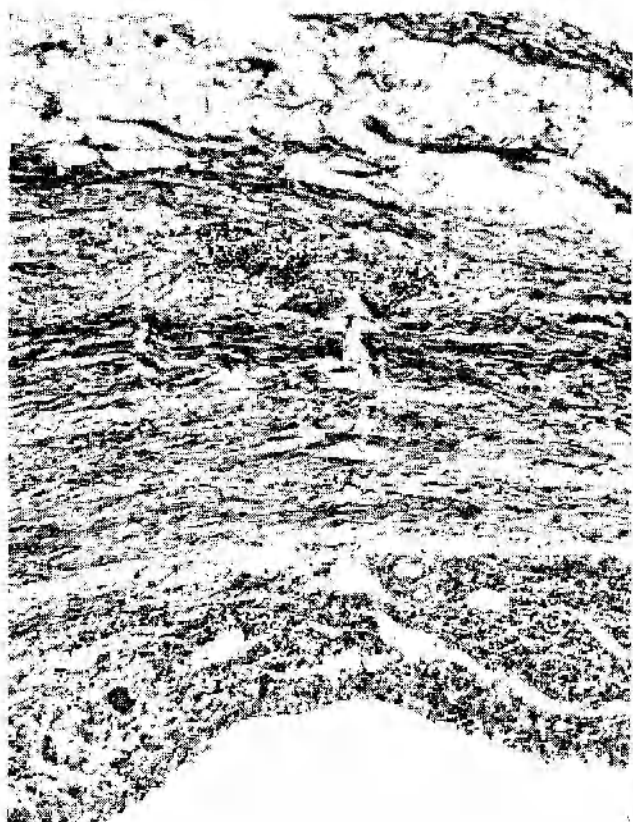


Figura 10. — Pared pílica mostrando el proceso tuberculoso nodular.

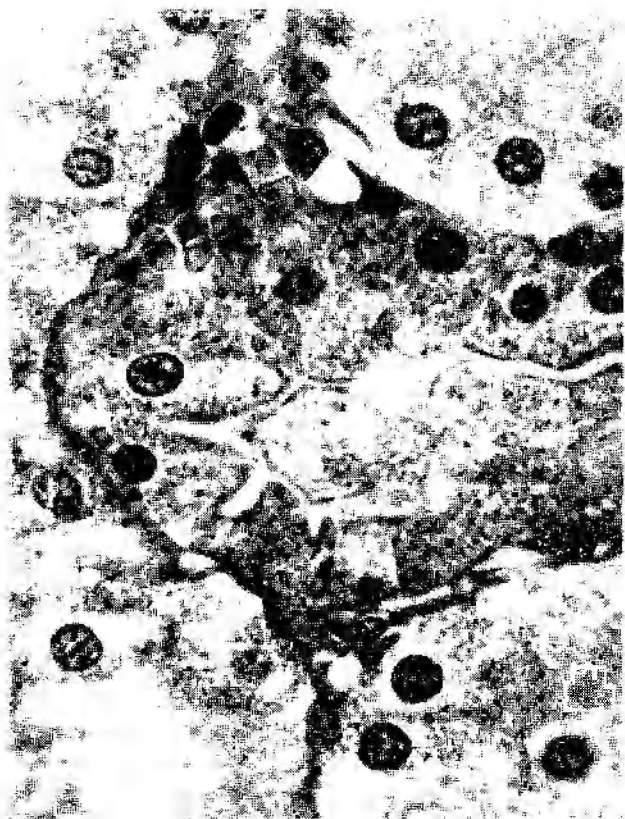


Figura 11. — Tubo contorneado con una degeneración granular.



**Diurético . Antiúrico  
y desinfectante de las vías urinarias**

GRANULADA

**URILITINA  
SERONO**

COMPRIMIDOS

*Fórmula:* Ioduros de potasio y rubidio, carbonato, salicilato y benzoato de litio y hexametilentetramina; mezcla efervescente.

**HIJOS DE ATILIO MASSONE - Córdoba 2088/92, Bs. As.**

# Espasmos

Hígado y Vías Biliares

Coloentero e Intestino

# EUPACO

Eupaco - **tabletas**  
tubos de 20 eqts.

Eupaco - **líquida**  
frascos de 10 cc.

Eupaco - **supositorios**  
cajas de 5 y 70 supos.

Eupaco - **supositorios para**  
cajas de 5 supos.

Eupaco - **ampollas**  
cajas de 3 amp.

**E. MERCK \* DARMSTADT**

MERCK QUIMICA ARGENTINA S. A. - CASILLA CORREO 1442, BUENOS AIRES