

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por los Doctores
FRANCISCO E. GRIMALDI
y ROBERTO A. RUBI

QUISTE SEROSO DE RINON. GLOMERULO NEFRITIS Y LITIASIS ASOCIADAS

Presentamos dos observaciones de quistes serosos del riñón, también solitarios, que pudieron alcanzar —*silenciosamente*— un volumen considerable, hasta que la instalación de una lesión sobreañadida obligó a los pacientes a consultar un médico. Recién entonces y como hallazgo de examen se diagnostica su existencia.

Numerosos trabajos —en nuestro medio y en el extranjero— se han ocupado extensamente del tema, desde los más diversos puntos de vista: etiológico, patogénico, anátomo-patológico, clínico, radiográfico y experimental. Resultaría inoportuno repetir a Vds. lo dicho al respecto. Nos hemos de limitar, pues, a breves comentarios sobre la asociación de lesiones. No nos referimos a la frecuente coexistencia del quiste seroso del riñón con otras malformaciones (riñón supernumerario, en herradura, etc.), si no a la evolución concomitante de otras entidades nosológicas, cuya presencia gravita desfavorablemente en el cuadro clínico del enfermo.

De la búsqueda bibliográfica (Latteri, 188 casos; Laquiere, 124 casos; de Lindenfeld que agrega 40 observaciones a las de Latteri y las que hemos podido compulsar en nuestro medio) encontramos el quiste seroso asociado:

1º — A la tuberculosis renal, en 4 casos: observaciones de Fulgowski, Millous, Sarkissiantz y Racwiz.

2º — A la litiasis renal, en 5 casos: 1er. caso de Mathis (de su trabajo de adscripción, Greenberg, Answorth, Davis y Dunbill, Roberts, 1er. caso del trabajo de Herbst y Vynalek, muy intere-

sante por el minucioso estudio de las alteraciones radiológicas impresas al órgano y a la vía excretora por el quiste seroso.

3º — A la degeneración maligna, en 3 casos: Ritter (hiper-nefroma), Violet, Erickson y Greene (carcinoma de la pared quística).

4º — A la nefritis: 1 caso, de Weil.

5º — A la ptosis: 2 casos, 3ª observación de Herbst y Vynalek y la de Grimaldi y Rubi (comunicado a la Sociedad Argentina de Urología).

6º — Al traumatismo: 7 casos. La 5ª observación de Herbst y Vynalek, con producción de una bolsa a contenido sero-hemático. Luego los casos análogos —sin estallido— de Mínet, Hinz y Lucri.

Simoncelli describe un caso de perforación espontánea en el peritoneo y Lipokeroff otro de naturaleza traumática.

7º — Infección del contenido: 3 casos. De patelet y Malet-Guy, Kritzoteni, Cassioli.

8º — Torsión: a) del quiste: Hertz (1 caso); b) del quiste y del riñón: Hoffer (1 caso).

9º — Calcificación de las paredes: 1 caso de Kirwin.

A ésta agregamos nuestras dos observaciones: la 1ª quiste seroso, más glomérulo-nefritis y litiasis, y la 2ª quiste seroso, más litiasis, cuyas historias respectivas detallamos más adelante.

Para terminar agregaremos que el concepto terapéutico quirúrgico, *eminentemente conservador*, en el tratamiento del quiste seroso solitario de riñón, que evoluciona aisladamente, sufre aquí modificaciones supeditadas a la naturaleza de la afección sobreagregada, que regirá, en definitiva, nuestra conducta quirúrgica:

a) *conservadora* en la nefroptosis asociada y a veces en la litiasis, y

b) *radical*, en cambio, en las otras eventualidades ya citadas.

HISTORIA CLÍNICA

D. S. de S., de 65 años de edad, casada. Ingresó a la Sala XII, el 12 de julio de 1938.

Comienza su *enfermedad actual* hace 2 años, con dolor en la región lumbar izquierda, irradiado al hipocondrio del mismo lado, escalofríos y hematuria,

guardando cama durante pocos días (no recuerda cuántos) que tuvo fiebre. Cuatro meses más tarde segundo período, sin hematuria aparente. Desde entonces a intervalos variables ha tenido varios episodios semejantes, hasta hace 4 meses, en que a raíz del último ataque se ve obligada a descansar de continuo, ya que la deambulacion exagera el dolor permanente de fondo, de la fosa lumbar izquierda; exacerbaciones dolorosas que se acompañan siempre de hematurias macroscópicas. Por periodos breves ha sufrido crisis de polaquiuria (micciones hasta cada media hora), con carácter apremiante y dolor y ardor terminales.

Entró en menopausia a los 48 años; es además una constipada crónica y en sus antecedentes, no se recoge nada digno de mención. Del estudio realizado, entonces, se llega la conclusión de: glomérulo-nelritis en una portadora de un tumor abdominal y para establecer su naturaleza, la enferma pasa a nuestro Servicio el 2 de noviembre de 1938, con el siguiente:

Estado actual. — Enferma adelgazada, con un buen estado general; escaso panículo adiposo.

Examen cardio-pulmonar: normal, menos una T. Mx. 18 Mn. 9.

Abdomen: ligeramente globuloso, con una hernia (Voquez) umbilical a la simple inspección. La palpación monomanual evidencia paredes depresibles e indoloras, excepción hecha del flanco e hipocondrio izquierdos, en cuya zona la existencia de una tumoración subyacente impide deprimirlos. El tumor del tamaño de una cabeza de adulto, de superficie regular y lisa, emerge por debajo del reborde costal izquierdo, ocupa el flanco y se extiende hasta la horizontal bi-iliaca, sobrepasándola dos traveses de dedo hacia abajo. Durante los movimientos respiratorios desplázase ampliamente en el sentido vertical; en el decúbito lateral derecho se desliza hacia la línea media, pero sin alcanzarla, a la par que se hace más fácilmente visible a la inspección.

La palpación bimanual corrobora los datos recogidos anteriormente, demostrando a su vez que la tumoración tiene contacto lumbar franco, pelotea y es renitente. La percusión revela macidez en la zona tumoral y sonoridad timpánica colónica por arriba y por fuera. El examen de orina revela una piuria y hematuria microscópicas, sin cilindruria en el momento actual. Orinas alcalinas, con densidades que oscilan entre 1.011 y 1.019 y diuresis de 1.300 a 1.600 cc. Urea en suero: 0,20 por mil. Glucemia: 0,98 por mil.

Reacciones de Ghedini y Cassoni: negativas.

Examen hematológico:

Glóbulos rojos...	4.090.000	} Polinuc. neutróf.: 65 - Eosinófilos: 1— Monocitos: 3— Linfocitos: 31%
„ blancos ..	6.700	
Hemoglobina	83 %	

Reacciones de Wassermann, Kahn St. y Kahn presuntivas: negativas.

Examen cistoscópico: Capacidad vesical 250 c.c. Mucosa de coloración normal; trabeculación ligera; meatos sanos, bien implantados. El D. tiene eyaculaciones claras y se contrae rítmicamente, mientras que el I. tiene contracciones más espaciadas, con eyaculaciones al parecer claras, pero con pequeños grumos.

I. C. D. 6' — I. 15' neg.

Radiografía simple. — Es deficiente y no obstante es dable observar una nefroptosis derecha, el polo inferior de la glándula está situado a un centímetro por debajo de la cresta iliaca. Del lado izquierdo, dos elementos llaman la atención:

1º La existencia de dos sombras sospechosas del tamaño de una hebichuela, cabalgando sobre la 11ª costilla una y un poco por debajo y por fuera de la apófisis transversa de la 5ª vértebra lumbar la otra.

2º El contorno de la tumoración, como trazada a compás y cuyo volumen semejante al de una cabeza de adulto, hace que parte de su perímetro escape de los límites de la película. Su polo inferior está a dos traveses de dedo por debajo de la cresta iliaca, en la inspiración forzada.

En la 2ª radiografía, con enema opaco, se observa el polo inferior del tumor a un través de dedo por arriba de la cresta, cabalgando sobre la columna. El cálculo inferior probablemente rotado aparece de mayor tamaño y finalmente el ángulo esplénico del colon, en posición normal, aparece desdoblado, abierto por el tumor, al que las porciones proximales del transversa y descendente, sirven de marco.

Lamentamos que causas ajenas a nuestra voluntad no nos permitan mostrar la urografía de excreción y sobre todo la pielografía ascendente. En ésta era posible observar una dilatación piélica apreciable, con una aparente amputación del cáliz medio, en realidad comprimido, alargado y rechazado hacia abajo, superponiéndose su sombra a la del cáliz inferior, de la que sólo se separaba en su porción más inferior. El uréter desplazado hacia la línea media describe una gran curva a concavidad mirando hacia afuera.

Con el diagnóstico de litiasis renal y probable quiste seroso de riñón, se interviene la enferma el 8 de noviembre de 1938.

Anestesia: Éter. Cirujano: Dr. F. E. Grimaldi. Ayudantes: Dres. Rubí y Grimaldi.

Incisión oblicua, que permite abordar fácilmente la tumoración por su cara posterior, liberándola en toda su circunferencia. Para facilitar su exteriorización se punza el quiste y es posible así enuclear fácilmente la glándula. Previa sección del uréter, se ligan los vasos del pedículo a lo Michon y a continuación se seccionan.

Rubber-drain, sutura de la pared en un doble plano: muscular el primero, músculo-aponeurótico el segundo.

Tejido celular con catgut; piel con agraffes.

12-XI-938. Post-operatorio normal. Diuresis que oscila entre 700 y 1.200 c.c. Se retira el drenaje.

15-XI-938. Se retiran los agraffes.

24-XI-938. Alta: curada.

El estudio anátomo-patológico, que debemos a la gentileza del Dr. D. Vivoli, demuestra una glomérulo-nefritis del tipo ascendente, hemorragias de los tubos y esclerosis vascular. La zona del cálculo corresponde a una cavidad constituida por granuloma inflamatorio. La pared del quiste, lisa, está tapizada por un epitelio aplanado.

T. C., de 58 años. Consulta porque desde hace meses, percibe durante

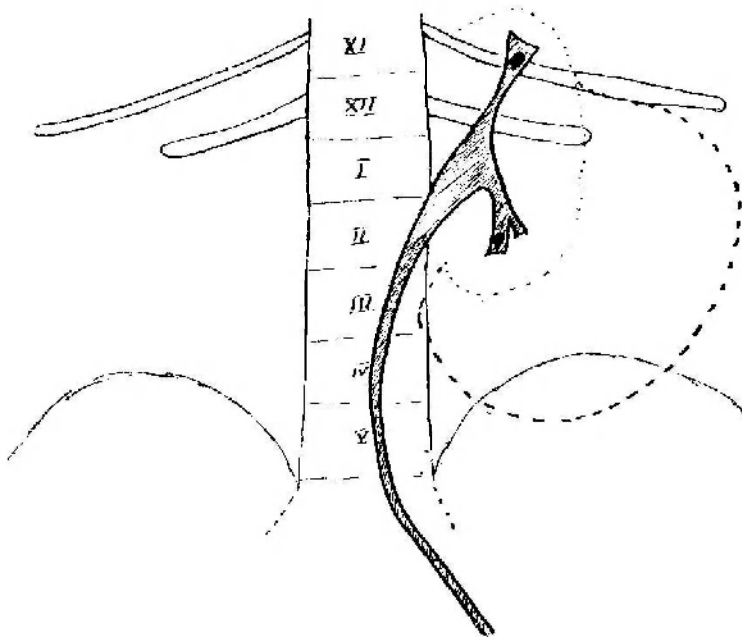


Figura 1

los movimientos activos y ejercicios, una sensación como de tironeamiento a nivel del testículo izquierdo. Sin que medie un cólico franco, un buen día se instalan molestias vesicales (polaquiuria, ardor terminal y dolor hipogástrico post-miccional) que culminan con la eliminación de un cálculo del tamaño de un grano de arroz.

En sus antecedentes se recogen como datos positivos: reumatismo desde la edad de 10 años y ya ado'escnte una colitis crónica, que se reagudiza por temporadas.

Estado actual. — A pesar de la disminución de peso que acusa el enfermo, bajo la influencia de un régimen adecuado, nos hallamos frente a un paciente obeso.

Orinas ambar.

Uretra permeable a un explorador N° 21. Sin residuo.

Genitales externos: normales.

Genitales internos: normales.

Abdomen globuloso, de paredes depresibles, que permiten palpar a nivel del flanco e hipocondrio izquierdos una tumoración redondeada del volumen de

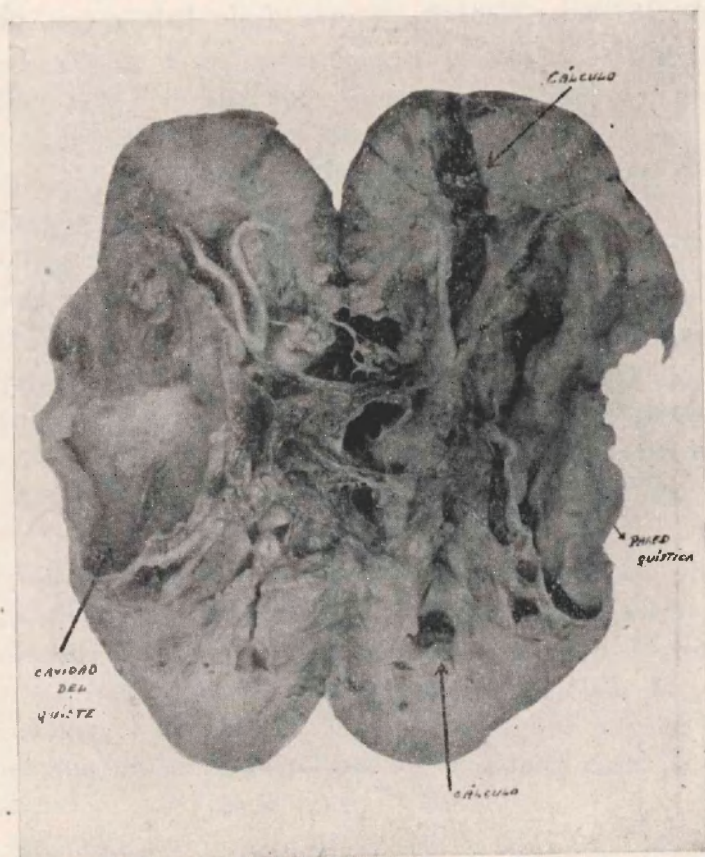


Figura 2

una cabeza de adulto, lisa, cuyo límite interno se aproxima a la línea media (a tres traveses de dedo de la misma), mientras que el inferior roza la línea horizontal bi-iliaca. Se desplaza en el sentido vertical durante los movimientos respiratorios, es renitente y tiene contacto lumbar, con franco peloteo. A la percusión es mate.

El examen de orina es normal.

La naturaleza del cálculo: es de oxalato de calcio.

Dosaje de urea en suero: 0,416 por mil.

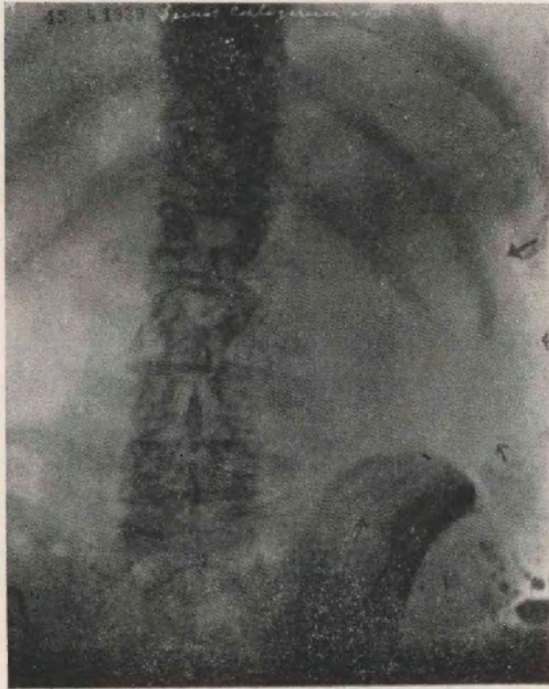


Figura 3



Figura 4

Reacción de Cassoni: negativa.

Reacción de Imaz-Apptthie: negativa.

Fórmula hematológica: normal.

Cistoscopías Capacidad 200 c.c. Mucosa: normal. Meatos bien implantados: el derecho de aspecto normal, tiene eyaculaciones claras; el izquierdo rodeado de vasos venosos dilatados, también tiene eyaculaciones claras. Ligerá saliencia cervical. Cromocistoscopia: D: 6' — I: 7'.

Radiografía simple: deficiente.

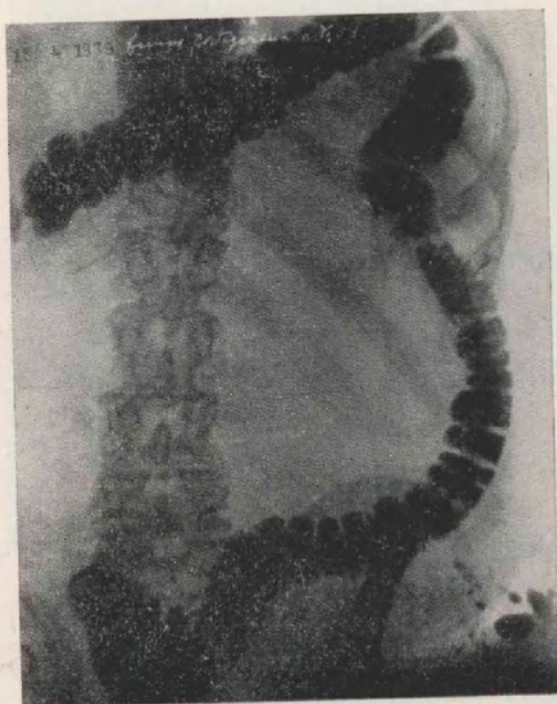


Figura 5

A la derecha obsérvase esta sombra nítida, en el extremo de la apófisis transversa de la 1^a vértebra lumbar; no se observa contorno de glándula.

A la izquierda, por arriba de la 12^a costilla, a un través de dedo por fuera del cuerpo de la 12^a vértebra dorsal, se observa una pequeña sombra irregular y densa. Ocupando la celda renal y sobrepasándola hacia el flanco y excavación pélviana, nótese una tumoración redondeada, de opacidad uniforme y cuyo perímetro está como trazado a compás. Lesiones de espondi.

La 2^a radiografía con enema opaco muestra un ángulo esplénico alto, en posición normal, cuyas ramas se separan para circunscribir parte del tumor; el colon descendente describe una curva a concavidad interna, apartándose a la forma redondeada del tumor.

La sombra sospechosa cabalga, ahora, sobre la correspondiente de la 12ª costilla.

La 3ª radiografía, de perfil izquierdo, da una idea neta del volumen del tumor, pues rechaza al colon descendente hacia adelante, haciéndole describir un arco de concavidad posterior. Las lesiones de columna bien manifiestas.

Urografía de excreción:

A los 10' nefrograma y pielograma del lado derecho: normales. A la izquierda: cálices dilatados y bien separados sus extremos límites, con una imagen piélica normal.

A los 15'. A la izquierda: estasis discreto, comparativamente al lado derecho; el uréter lumbar visible sólo en partes se desliza por el borde externo izquierdo del cuerpo vertebral.

De perfil: imagen pielo-calicial proyectada por delante del cuerpo vertebral.

En resumen: lesión tumoral ubicada en el riñón izquierdo o en conexión con él y que por sus caracteres semiológicos suponemos de naturaleza quística, con todas las reacciones biológicas de la hidatidosis negativas.

Su carácter solitario y su volumen, unido a las nociones anteriormente enunciadas, nos hacen diagnosticar: *quiste seroso de riñón*; al que se agregó como lesión sobreañadida, la litiasis, con expulsión de un cálculo de oxalato de cal.
