

Hospital Teodoro Alvarez. Sala VIII.
Vías Urinarias Jefe: Dr. Pedro Wallace

QUISTE SEROSO DE RIÑÓN TRATADO POR INYECCION MODIFICADORA

Por los Dres. R. I. MATHIS, SANTIAGO CANESSA y CARMELO CUPRI

Comenzaremos la historia clínica de una enferma cuyas condiciones particulares nos permitieron efectuar un tratamiento no cruento y excepcional en un voluminoso quiste de riñón de tipo seroso, con pleno éxito.

T. D. de S., 66 años de edad, italiana, viuda.

Recurre a la sala IV del Hospital Teodoro Alvarez (Jefe: Dr. R. Pronzati Arias) de donde solicitan la colaboración urológica.

Entre los antecedentes, sólo son dignos de mención una tifoidea que padeció la enferma a los diez años de edad. Casada, tiene numerosos hijos que la mayoría viven en buena salud. Entra en menopausia a los 50 años.

Enfermedad actual: comienza dos años antes con dolor en flanco y fosa iliaca derecha, que se fueron acentuando lentamente irradiándose a la región lumbar del mismo lado, especialmente después de un esfuerzo o por la permanencia prolongada en posición de pie. Desde hace aproximadamente un año nota una hinchazón localizada en flanco derecho que fué creciendo muy lentamente hacia la fosa iliaca derecha, lo que la decide a la consulta.

Estado actual: enferma, en regular estado de nutrición, con labios cianóticos. Lengua húmeda rosada. Faltan muchas piezas dentarias: piorrea alveolar de los incisivos inferiores.

Sistema circulatorio: área cardíaca algo aumentada a la percusión. Punta se palpa y percute por fuera y debajo del sitio normal. A la auscultación, soplo sistólico en aorta. Pulso amplio, igual regular, rítmico, 80 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: Mx. 22 Mn. 13 con el baumanómetro.

Abdomen globuloso, excursiona bien con los movimientos respiratorios, paredes musculares flácidas, indoloro a la palpación superficial, sin zonas de contractura muscular. A la palpación profunda no se palpan hígado ni bazo; la percusión de estos órganos revela su tamaño normal. A nivel del hipocondrio derecho y del vacío del mismo lado se aprecia un tumor que llega a adquirir el tamaño de una cabeza de feto a término, bien limitado, que en su parte infero-externa es bien redondo, móvil, renitente; se consigue con la palpación bimanual lle-

varlo por debajo de la parrilla costal. Se aprecia un amplio contacto lumbar, con franco pe-loteo. Los movimientos respiratorios lo deslizan en el sentido longitudinal, y se percute zonas timpánicas por delante. El riñón izquierdo no se palpa y el resto del abdomen no ofrece nada de particular.

Se realizan los exámenes complementarios: urea en suero 0,30 por mil, análisis químico de orina normal. Prueba de Fenol-sulfotaleína comienza la elaminación a los 10 minutos eli-minando en una hora el 35 por ciento.

Análisis de sangre: recuento globular:

Glóbulos rojos: 4.470.000.

Glóbulos blancos: 8.200.

Hemoglobina: 75 %.

Valor globular: 0,83.

Fórmula leucocitaria:	Polinucleares neutrófilos:	66 %
	Polinucleares eosinófilos:	1 %
	Linfocitos	24 %
	Monocitos	9 %

No se observan formas inmaduras.

Reacción de Cassoni negativa.

El examen cistoscópico comprueba una vejiga normal con meatos ureterales bien implan-tados y que eyaculan orinas claras. La prueba del índigo-carmín da una eliminación del colo-rante en forma tenue en ambos lados a los 5 minutos.

Se realiza una radiografía simple que muestra como dato positivo una sombra renal del lado derecho muy descendida a la que se agrega en su borde externo una sombra redonda, como hecha a compás, del tamaño comparable al tumor que se palpa.

Se realiza urografía excretoria con "uroselactan B" que no permite visualizar bien las vías excretorias, pero en la que se aprecia eliminación en ambos lados. (16-I-1942).

El 21 de enero de 1942, se hace una pielografía ascendente. El cateterismo del uréter se lleva a cabo sin dificultad y comprueba la ausencia de retención piélica. La imagen muestra una ptosis renal pronunciada, y la deformación del cáliz superior con el perímetro renal poco visible, pero en el que se puede apreciar una sombra redonda sobre su borde externo como aparece en la radiografía simple.

Se hace el diagnóstico de *quiste seroso de riñón derecho* y se decide, dada la edad y el estado precario de la enferma, efectuar una punción con inyección modificadora.

El 3 de marzo de 1942: punción con aguja de punción del cuadrilátero de Grynfeldt, en posición lateral izquierda y con la presión anterior de un ayudante que aplica el tumor bajo la pared lumbar. Se aspiran 160 c. c. de líquido citrino claro y se inyectan 5 c. c. de Al-moscleran hidrocele ("Crorhidratacto doble de quinina y urea 0,308, Dimetiloxiquinizina 0,0036 grs. para 1 c. c.).

El 4 de marzo el tumor aparece muy disminuído de tamaño, habiendo adquirido los caracteres de riñón palpable. La enferma refiere un poco de dolor a nivel del sitio de la punción.

El 26 de marzo se presenta la enferma con cefaleas nocturnas y disminución de la visión. El riñón derecho se palpa con los caracteres del examen anterior, no refiriendo ninguna mo-lestia a este nivel. Presión arterial Mx. 22. Mn. 10. Se le médica por su afección clínica.

El 12 de enero del corriente año, volvemos a ver a la enferma y comprobamos nueva-mente el crecimiento del tumor que llega al tamaño de una mandarina. Se efectúa nueva punción

extrayéndose 35 c. c. de un líquido lactescente, comprobándose la presencia de una pared quística engrosada e indurada al paso de la aguja. (Parece atravesar cartón).

El 5 de marzo se comprueba los caracteres de riñón palpable.

El 7 de abril se realiza una nueva pielografía ascendente como documentación, en la que puede apreciarse el perfecto límite del riñón. Un examen funcional de ese entonces da una eliminación de índigo-carmin a los 4 minutos, en ambos meatos ureterales.

Hemos visto a la enferma estos últimos días: prácticamente curada de su afección renal y sin molestias de ninguna clase, imputables a este órgano; sobrelleva perfectamente bien su ptosis renal sin usar faja alguna y haciendo una vida activa.



Figura 1

Figura 2

Figura 3

Fig. 1

Pielografía antes de tratamiento. Obsérvase la ptosis con discreta hidronefrosis y el contorno renal que se prolonga en una sombra redonda como hecha a compás.

Fig. 2.

La misma pielografía en posición oblicua, en la que se ve mejor en contorno quístico.

Fig. 3

Pielografía después del tratamiento. Obsérvese el contorno renal perfectamente nítido y normal.

La punción con aspiración e inyección modificadora en los quistes serosos de riñón, es una terapéutica que se debe tener presente, cuando existe una contraindicación quirúrgica; es un elemento terapéutico más que puede llevar a la curación.

No desconocemos los inconvenientes y los antecedentes de este procedimien-

to. Lejars (cit. por R. Gutiérrez), relata siete casos tratados por punción seguidos de cuatro muertes y los tres que sobrevivieron no curaron. En 1906, Simon trata cinco pacientes con cuatro muertes y una sobrevida sin especificar si curó. Thompson también relata una muerte siguiendo a la repetida punción de un enorme quiste de riñón. Con estos ejemplos, los cirujanos de principio de siglo proscribieron estos tratamientos.

Sin embargo, en estos últimos años aparecen trabajos americanos en los que se vuelve sobre esta forma de tratamientos; Dean A. L. (1939) relata quince casos y Fisch G. W. publica dos casos tratados por este medio, sobre treinta en los que se siguió terapéutica cruenta; con curación de los enfermos.

Ellos emplean como medio modificador, la solución de dextrosa al 50 %

Nosotros, en cambio, hemos usado por analogía con lo que sucede con el hidrocele vaginal la solución de una sal de quinina y urea como hemos visto anteriormente, pues pensamos que aún tratándose de un órgano intra-abdominal, dicha solución es del todo innócuca ya que puede usarse inclusive por administración endovenosa en el tratamiento de las várices.

El brillante resultado que hemos obtenido, nos permite sacar algunas conclusiones.

1º — La punción con aspiración e inyección modificadora es un tratamiento a tener en cuenta en los quistes serosos de riñón.

2º — Es un tratamiento que debe ser reservado para aquellos casos de contraindicación quirúrgica, ya sea por el estado general del enfermo, su avanzada edad etc.

Los principales argumentos son:

- a) En el estado actual de nuestros medios de investigación, no es posible hacer un diagnóstico de absoluta seguridad de quiste seroso de riñón, y podríamos tomar una neoplasia renal por quiste seroso con todas sus consecuencias.
- b) La infección del quiste punzado se ha publicado. Creemos que puede y debe ser evitada tomando todas las precauciones y siguiendo las reglas de la cirugía aséptica. Así hemos procedido en nuestra enferma.
- c) La posibilidad de hemorragias intraquisticas por la herida de un vaso de la pared, es una eventualidad de toda punción.
- d) El fracaso de la inyección modificadora, y la recidiva del quiste no impide repetir la punción e inyección. Así hemos procedido en nuestro caso con el éxito que hemos visto.

BIBLIOGRAFIA

Fish, G. W., *Large solitary serous cyst of the kidney*, "J. A. M. A.", vol. 112, Nº 6, Febr. 11, 1939. 514, 518.

Dean, A. L., *Treatment of solitary syst by aspiration*, "Tr. Am. As. Gen. Urin. Surgeos", 32 : 91-95, 1939.

Gutiérrez, R., *Large solitary cysts. types differential diagnosis and surgical treatment*, "Arch. Surg.", 44 : 279-318. Febr., 1942.

Fister, G. M., *Simple serous cysts of kidney*, "J. of Urology", 49 : 408-414. March 1943.