

QUISTE RETROPERITONEAL SIMULANDO AFECCION RENAL

Por los Dres. A. GRANARA COSTA y EDUARDO PETRONE

Estas formaciones quísticas constituyen un hallazgo bastante frecuente entre los tumores retroperitoneales, como podemos apreciar en una revisión de la casuística mundial que se ha visto enriquecida en especial en los últimos años con descripciones y estudios de dichos quistes, pudiéndose observar una frecuencia dos a tres veces mayor en el sexo femenino que en el masculino, entre los treinta y cuarenta años de edad.

La mayoría de los autorés están de acuerdo en atribuirles un origen wolfiano, siendo Roth en 1881 el primero que lo considera así. Carson W., destaca que la mayoría de los tumores retroperitoneales próximos a los órganos urogenitales en el adulto, se desarrollan en restos embrionarios de dichos órganos, y entre nosotros Pavlovsky y Audisio hacen hincapié sobre los múltiples sitios de su aparición, dando este hecho como consecuencia del desarrollo embrionario del conducto de Wolff.

En efecto, haciendo un breve recuerdo del desarrollo del conducto de Wolff o pronéfrico, observamos que en la mujer involuciona en su casi totalidad en la segunda mitad de la vida fetal y sólo queda en el adulto, de la porción craneal, el conducto transversal del epoóforo, y probablemente la hidátide pediculada de Morgagni; y de la porción distal, restos en la pared vaginal.

Esta gran involución hace más probable la aparición de diversos trastornos del desarrollo y por ende la formación de quistes en todo el recorrido del conducto de Wolff. En cambio en el hombre él da origen al conducto deferente, vesículas seminales y epidídimo, hechos estos que explicarían la mayor frecuencia de aparición de estas formaciones quísticas en la mujer.

Cauci ha realizado una clasificación de los quistes retroperitoneales dividiéndolos en: quistes epiteliales, linfáticos, pseudoquistes y parasitarios. Nos interesa en particular la división de los quistes epiteliales que la realiza así:

- a) De origen ectodérmico (dermoideos):
- b) De origen mesodérmico (wolffianos):
- c) De origen endodérmico (enterosistomas):
- d) De origen en varias hojas embrionarias (teratomas embrionarios).

Los quistes originados en el conducto de Wolff, también llamados verdaderos quistes retroperitoneales por Nordland, poseen los siguientes caracteres macroscópicos:

Forma esférica; pared flácida y delgada que permite visualizar su contenido líquido; ausencia de pedículo vascular y de conexión con estructuras vecinas.

Microscópicamente se observa la pared quística tapizada por epitelio cilíndrico o cúbico que puede llegar a ser plano por causas mecánicas, característica ésta que agregada a la situación del quiste a la altura del mesonefro (mitad inferior de la cara anterior del riñón) y a los caracteres químicos del líquido cuyo tenor en urea y cloruros debe ser menor al de la orina, constituyen las condiciones que exigen Patel y Tubiana, para aceptar el origen wolffiano de estos quistes.

En lo referente al diagnóstico presentan los caracteres semiológicos propios de los tumores retroperitoneales, pero es el examen radiográfico el que nos aclara con precisión la ubicación del proceso y entre los diferentes procedimientos radiológicos es de destacar el enfisema retroperitoneal, también denominado neumorriñón, por ser específico para el estudio de dichos tumores.

Fueron simultáneamente en el año 1921, Carelli en Buenos Aires y Rosenstein en Viena, los que dieron a conocer el neumorriñón por punción de la cápsula adiposa perirrenal.

Cope, Oliver y Schatzk describen la siguiente técnica recomendada entre nosotros por Malenchini en 1939:

A un centímetro por encima de la cresta iliaca e inmediatamente por fuera del borde del psoas o de los músculos espinales, se realiza la punción hasta llegar al tejido adiposo retroperitoneal que permite la inyección del aire sin resistencia. Para visualizar ambos riñones se necesita realizar punción bilateral.

M. Ruiz Rivas, de España, obvia este último inconveniente con su técnica que da a conocer en 1948 y que es la siguiente:

Enfermo en posición genupectoral o de pie inclinado hacia adelante: punción con aguja de anestesia raquídea a un centímetro por fuera de la articulación sacro-coxígea, llevando la aguja hacia arriba, adentro y un poco adelante, hasta caer en el tejido adiposo presacro, o bien se puede efectuar la punción al nivel del rafe-ano-coxígeo, llevando la aguja hacia arriba, adentro y adelante hasta la cara anterior del coxis, donde previa aspiración que nos demuestra no haber punzado un elemento vascular, inyectamos uno a dos litros de aire. El clisé debe realizarse 30' después.

Nosotros preferimos esta última modalidad de punción en el rafe-ano-coxígeo en posición genu-pectoral, y guiamos la aguja con el reparo del dedo índice izquierdo del operador introducido en el recto, evitando así la punción de la ampolla rectal. Según sea la región a explorar, derecha o izquierda, hacemos permanecer al paciente en decúbito lateral, izquierdo o derecho respectivamente, durante 10 minutos, obteniéndose así un mayor contraste.

E. Truc preconiza una tercer vía. Inyecta unos 2.000 a 2.500 c.c. de aire en la cavidad de Retzius, obteniendo los clisés unos 60 minutos después.

Normalmente, en proyección antero-posterior, se visualizan los riñones, cápsulas suprarrenales (de pie), psoas, pilares diafragmáticos y tejido adiposo sub-diafragmático infiltrado, cara inferior de hígado y bazo, siendo de importancia para aclarar el diagnóstico las proyecciones lateral y oblicua.

García Capurro y Piaggio Blanco, realizan una descripción del síndrome radiológico de los tumores retroperitoneales de acuerdo a su situación supra o infra mesocólica, derecha o izquierda, teniendo en cuenta los desplazamientos y deformaciones que ocasionan sobre las vísceras abdominales, riñones y uréter.

En particular los quistes retroperitoneales se presentan radiológicamente, como procesos redondeados bien nítidos que desplazan los órganos abdominales en forma retroperitoneal, rechazando riñón y uréter, este último siempre mo-

vilizado si el quiste es infra-renal. Es de destacar que estas formaciones sólo deforman extrínsecamente las cavidades renales.

Pasamos a continuación a relatar el caso que ha dado origen a esta comunicación:

Historia clínica: S. B. 35 años, lituana, casada.

Enfermedad actual: Hace 3 meses descubre accidentalmente la existencia de una tumoración en flanco izquierdo, absolutamente indolora, sin síntomas subjetivos.

Estado actual: Aparato digestivo: abdomen con regular panículo adiposo, blando depresible, indoloro. No se palpa hígado ni bazo. A la percusión timpánico en su totalidad.

En flanco izquierdo se palpa tumoración redondeada de aproximadamente 10 cms. de diámetro, consistencia dura, superficie lisa, indolora. No excursiona con los movimientos respiratorios. Posee gran movilidad trasladándose en el decúbito lateral derecho hasta la línea media siendo sus movimientos en sentido vertical muy limitados. Posee contacto lumbar y piotea.

Aparato uro-genital: Sin particular.

Análisis de laboratorio: Normales. Cassoni negativa.

Examen radiográfico: Radiólogos: Dres. I. Rajlin y D. Margulis.

Radiografía directa: No es demostrativa.

Urografía: Buena eliminación a los 5' en ambos lados. No se puede sacar conclusión alguna en cuanto a la interpretación de cavidades urétero-pielocalicilares. A los 15 y 30: ídem. El nefrograma es normal en su forma, tamaño y posición. Se observa a partir del tercio inferior renal izquierdo, una sombra redondeada del tamaño de un pomelo grande de bordes netos y regulares que ocupa gran parte de flanco izquierdo y sobrepasa la cresta iliaca.

Pielografía izquierda: Nefro-pielograma, normal. Uréter algo desviado hacia columna a concavidad externa. Neumo-peritoneo por persuflación tubaría en posición de pie: Muestra que la tumoración no es intra-abdominal. Efectuada por Dr. B. Breto.

Peri-neumo-riñón de pie: Riñón algo descendido, que comparándolo con otras imágenes radiográficas muestra bien delimitada ambas siluetas, la renal y tumoral, la independencia entre ambas y la certeza que la tumoración es retro-peritoneal.

Colon por enema: No insinúa mayores interpretaciones.

Diagnóstico pre-operatorio: Tumor retro-peritoneal: Por las características palpatorias, evolución y buen estado de la enferma.

Operación: 14-II-57. Cirujano: A. Granara Costa. Ayudantes: Dres. Aimo y Petrone.

Anestesia peridural: Incisión oblicua de unos 12 cmts. en flanco iliaca izquierda. Se llega a peritoneo, se rechaza, dejando ver un tumor quístico del tamaño de un pomelo, enucleándose sin ninguna dificultad. No presentó pedículo aparente. Se palpa riñón normal a través de sus envolturas. El quiste se hallaba en la atmósfera de Gerota. Cierre por planos sin drenaje.

Post-operatorio: Rápido y normal.

BIBLIOGRAFIA

1. *Aschoff, L.* — Tratado de Anat. Patológica. Ed. Labor. 1950.
2. *Carson, W. J. C.* — Retroperitoneal Tumors. Journal of the International College of Surgeons. 3: 331. 1950.
3. *Caucci, A.* — Delli Cisti retroperitoneali. Arch. It. de Chir. 6: 481-506.
4. *García Capurro y Piaggio Blanco.* — Semiología Clínica y Radiológica de las Tumoraciones del abdomen. Espasa Calpe, Argentina. Buenos Aires. 1956.
5. *Granara Costa, A.* — Tumores Retroperitoneales de la atmósfera pararenal de Gerota. Rev. Arg. de Urol. 15-301. 1946.
6. *Nordland, M. y M. A.* — Retroperitoneal Cysts and Tumors. J. International College of Surgeons. 16: 731, Dec. 1951.
7. *Pavlovsky, A. y Audisio, E.* — Quiste Wolffiano derecho retrocecal B. y T. Soc. Cir. de Bs. As. 18: 181, 1934.
8. *Tobías, J. W. y Zavaleta, D. E.* — P. Méd. Arg. 32-2257. Nov. 16. 45. Quiste Dermoideo retroperitoneal (una observación).