

TRABAJO ORIGINAL

Facultad de Medicina de Rosario
Cát. de Urología: Prof. Dr. M. A. LLANOS

Profesor Doctor
MIGUEL A. LLANOS

GRANDES QUISTES Serosos DEL RIÑÓN

AL hacer la siguiente publicación motivada por la observación de un caso, sólo pretendo presentar un trabajo conciso y práctico, dejando de lado todo aquello que tiene solamente un valor histórico y erudito.

Los grandes quistes serosos del riñón, son neoformaciones, con tendencia a adquirir un volumen considerable, respetando una parte más o menos grande del parénquima renal.

En cuanto a su historia, si bien es cierto que se encuentra figurando en las antiguas obras de Anatomía Patológica, su historia clínica en cambio es reciente.

Fué Campbell, el que tuvo la oportunidad de obsevar el primer caso clínico, pero fué Terrier, que en 1890, con motivo de un caso personal, hizo un estudio importante.

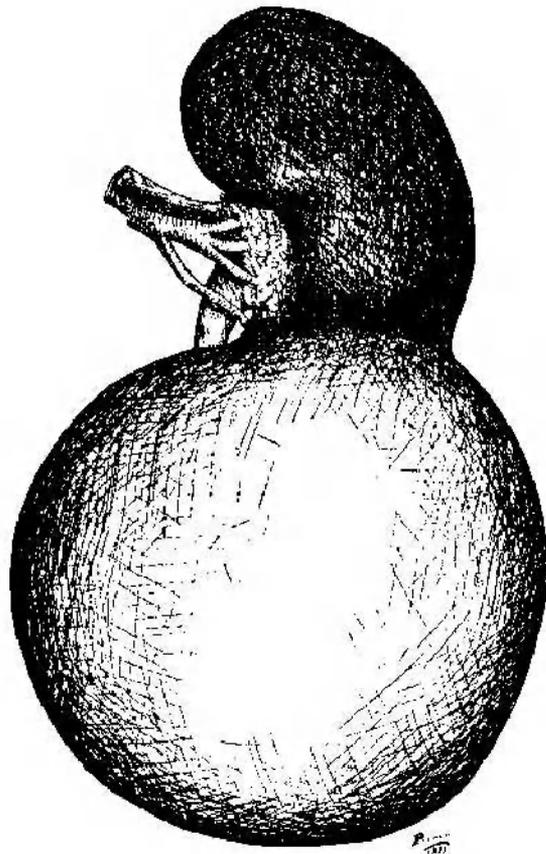
En el año 1899 von Brockel escribe una excelente monografía basada en el estudio de 22 casos recogidos en la literatura de los últimos 35 años. En 1911, Brin, en el relato que hace en el Congreso de Urología de París del mismo año, reúne 53 observaciones. De lo que precede se desprende que es una afección rara, lo que nos explica que hay grandes estadísticas de cirugía renal sin que se mencione ni un solo caso de gran quiste seroso del riñón. Así en 1899 Kuster presenta una estadística de 200 operaciones renales sin un solo caso de gran quiste seroso. Israel en 297 casos sólo cita uno, no del todo demostrativo, según Brin; Kronlein en 775 casos y Schede en 184 casos no mencionan ninguno, y yo tengo no menos de 300 casos de cirugía renal, siendo éste el primero.

Excepcional en el niño, raro antes de los 30 años, es después de los 30 hasta los 60 años cuando la enfermedad se presenta.

Parece ser más frecuente, en una quinta parte, en la mujer que en el hombre, y más frecuente en la misma proporción en el lado derecho que en el izquierdo. Por lo demás ésto varía con las estadísticas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

En general el tumor es unilateral, no obstante a veces coincide con pequeños quistes del lado opuesto. Generalmente el quiste es único, pero a veces existen en su proximidad otros quistes más pe-



queños, como en el caso personal. En cuanto al volumen, los hay como una nuez, un huevo de gallina, un puño, una cabeza de feto, como en nuestro caso y muy excepcionalmente como una cabeza de adulto. Su forma es redondeada o ligeramente ovalada. El sitio de elección es en ambos polos, más frecuentemente según la estadística de Brin en el polo inferior.

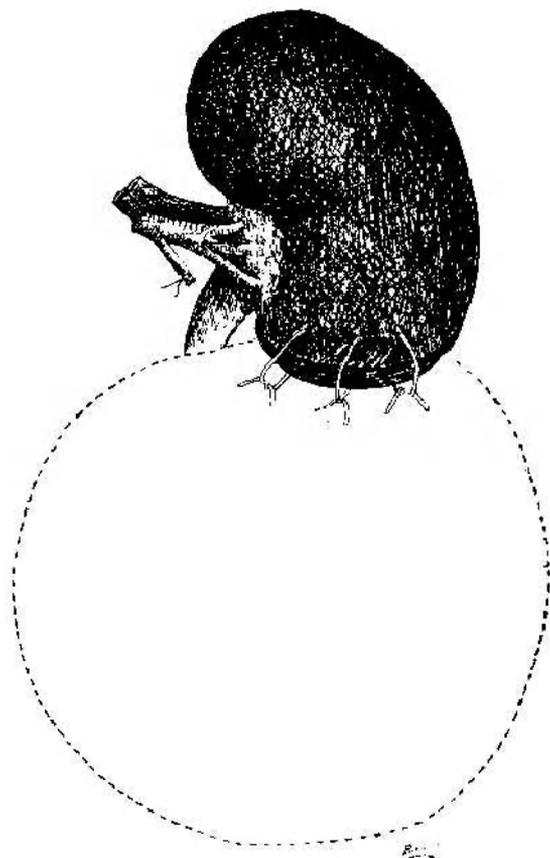
Como caso curioso podemos citar el de Moynihan, que estaba situado en la cara anterior del istmo de un riñón en herradura.

La pared del quiste es de un espesor variable, a veces tienen puntos débiles que estallan cuando se le tracciona.

Prácticamente es importante el estudio de las relaciones de la pared del quiste con el parénquima renal, las vías de excreción y los vasos renales.

La parte externa de la pared del quiste se continúa con el parénquima renal, íntimamente fusionados.

El quiste, en su crecimiento continuo, puede llegar a ponerse



en contacto con los cálices o la pelvis renal, pero su comunicación debe ser sumamente rara y, aunque no imposible, es fácil que alguno de los casos tomados como tales haya sido simplemente una hidronefrosis.

Los vasos y el uréter que pueden ponerse en contacto con la pared casi nunca adquieren adherencias que dificulten su aislamiento.

En cuanto a la relación de los órganos vecinos diremos que los quistes del polo superior están cubiertos por las últimas costillas, rechazando el diafragma hacia arriba, dificultando la exteriorización y por lo tanto la operación.

Los del polo inferior, al crecer rechazan el colon hacia adentro y hacia afuera o adelante en el lado izquierdo. Por lo general no hay adherencias, aunque se han observado algunos casos raros con el intestino, el páncreas y el polo inferior del bazo. Por último Pérard refiere un caso. (*Journal d'Urologie*, año 1934, pág. 61), en que un gran quiste seroso del polo inferior produjo trastornos gastroduodenales por comprensión que desaparecieron después de la extirpación del quiste.

El contenido del quiste puede ser claro, amarillo turbio. El análisis demuestra presencia de albúmina, serina, globulina, fosfatos, grasas, cloruros y urea en pequeña cantidad. Raramente puede complicarse por hemorragia o por supuración.

La pared quística está compuesta de dos capas, la externa formada por elementos conjuntivos y la interna, epitelial, de un solo rango de células, las cuales son cúbicas para algunos autores y planas para otros, (es posible que la diferencia sea sólo cuestión de tiempo: cúbicas para los pequeños y planas para los grandes quistes). Algunos autores no han encontrado epitelio en la superficie interior del quiste, en cuyo caso el epitelio habría desaparecido por algún proceso destructivo o, lo que es más probable, no se trataría de quiste verdadero sino de pseudo-quiste.

En cuanto a la patogenia de estas neoformaciones, las opiniones están muy divididas, siendo la más aceptada la de Letulle, Verliac y Vogel, que piensan que dichos quistes son deformaciones congénitas, verdaderas disembríoplastias, considerándolas como una variedad del riñón poliquístico. Es posible que en estas disembríoplastias la sífilis intervenga en gran parte.

SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología de los grandes quistes serosos del riñón no tiene nada de característica y, siguiendo a Brin, podemos dividir los síntomas en tres grupos.

1) *Signos funcionales:*

El dolor a veces no existe, otras veces se presenta como una pesantez en la región lumbar o lumbo-abdominal o subcostal más o menos constante. Otras veces se manifiesta bajo la forma de cólicos intestinales debidos a la compresión que ejerce el tumor; sin embargo nunca se ha observado verdadera oclusión. En otras oportunidades hay verdaderos cólicos nefríticos, posiblemente por compresión del uréter cuando se trata de quiste del polo inferior. También hay, en ocasiones, una completa constipación. Cuando se trata de un quiste del polo superior que comprime el diafragma, hay disnea más o menos marcada. Raramente se han observado trastornos gastrointestinales, vómitos por compresión del duodeno o del estómago o ictericia por compresión de las vías biliares.

2) *Signos utinarios:*

En algunos casos se han notado elementos que revelan una nefritis crónica; generalmente las orinas son normales, otras veces existe ligera albuminuria. La hematuria se ha observado 5 veces de los 55 casos mencionados por Brin.

3) *Tumor:*

Es el síntoma capital y es por él que se puede llegar al diagnóstico, si no de certeza por lo menos de probabilidad. Es por la palpación que se puede llegar a caracterizar dicho tumor y el resultado que ella nos puede dar es bien variable según donde se encuentre el quiste, sea en el polo superior o en el inferior.

En el superior la palpación es difícil y los datos que suministra son poco importantes, estando dificultada la maniobra por el reborde costal, sin embargo en ciertos casos se toca el polo inferior descendido y que se continúa con la tumoración hacia arriba.

Los quistes del polo inferior tienen una evolución lumbo-abdominal, llegando a veces hasta la línea media y poniéndose en contacto con la pared abdominal; en estas condiciones la palpación suministrará datos mucho más interesantes y que pueden conducir al cirujano a formular un diagnóstico por lo menos de probabilidad;

es por la palpación que se nota la regularidad del tumor, la fluctuación o, cuando menos, la renitencia, movilidad con los movimientos respiratorios y la que le puede imprimir el cirujano.

DIAGNÓSTICO

El clínico se encuentra frente a un tumor lumbar o tumoración lumbo-abdominal, y tiene que resolver los dos problemas siguientes:

1) *¿Se trata de un tumor renal?*

El problema no es siempre fácil de resolver y es necesario agotar todos nuestros medios de investigación; aún así tendremos muchas veces nuestras dudas. Como un hecho demostrativo de estas dificultades de localización Brin menciona la siguiente estadística: en 53 casos hay errores de localización 13 veces; quiste del ovario, 8 veces; colecistitis calculosa, 2 veces; quiste hidatídico del hígado, 1 vez; tumor del píloro, 1 vez; hernia epiploica lumbar, 1 vez. Por suerte, actualmente la perfección de las pielografías ascendente y descendente y la divulgación de las mismas hacen que los errores de diagnóstico sean mucho menos frecuentes.

Sabemos que los tumores del riñón presentan como signos clínicos característicos, aunque no exclusivos: 1º, contacto lumbar; 2º, peloteo; 3º, movilidad con los movimientos respiratorios. Todos estos signos clínicos de los tumores de localización renal, lo hemos dicho, no son exclusivos de dicho órgano y se puede decir que todos los órganos circunvecinos pueden presentarlos en ciertas condiciones, y sólo un examen minucioso y poniendo en práctica todos los métodos de exploración es que podemos llegar a un diagnóstico exacto en la mayoría de los casos.

Para llegar a la localización del tumor, cuando no existe alteración en la orina, tenemos la investigación clínica y radiográfica. Dadas las distintas relaciones de ambos riñones tendremos que considerar separadamente los del riñón derecho y los del izquierdo.

Para el riñón derecho, hay que considerar los tumores del hígado, de la vesícula biliar, y del ángulo hepático del colon.

Ciertos tumores del hígado, tales como los quistes hidáticos

más o menos pediculados, tiene contacto lumbar, peloteo, descenso con la inspiración y ascenso con la espiración, exactamente como los tumores renales; se dirá que cuando es del hígado la matitez del tumor se continúa con la matitez hepática, pero ésto puede suceder también con los tumores del riñón que habiendo rechazado hacia abajo el ángulo hepático del colon se ponen en contacto con la pared abdominal y se continúan con la matitez del hígado. Las mismas consideraciones son aplicables a los tumores de la vesícula biliar, tanto a la palpación como a la percusión. La fonendoscopia, que en un tiempo gozó de gran fama, puede ser útil.

Para los tumores del ángulo hepático del colon es la insuflación y la radiografía, previa ingestión o enema de sustancias opacas, la que nos indicará las relaciones que permitan su localización.

En cuanto a los tumores del riñón izquierdo, del bazo, cola del páncreas, ángulo esplénico y primera porción del colon descendente, su localización clínica resulta difícil y, a veces, imposible.

Consideraremos primero los tumores del bazo. Se dirá que los tumores del bazo forman parte de la matitez de dicho órgano y que la palpación indicará la presencia de las escotaduras en su borde anterior, pero hay casos en que la matitez de un tumor del polo superior del riñón se confunde con la matitez del bazo y las escotaduras no siempre son apreciables, ya sea por las modificaciones que le imprime el mismo tumor o porque el enfermo es demasiado gordo o de paredes resistentes. Podría pensarse en las modificaciones funcionales del bazo para localizar dicho órgano, pero existen tumores en que dichas modificaciones no existen. Pero aun existen casos clínicos más difíciles de interpretar, tales son los casos excepcionales de que un tumor del bazo produzca síntomas renales. Yo he tenido la oportunidad de observar un caso en estas condiciones y me permito resumir su historia, dado que la mayoría de los clásicos ni siquiera mencionan esta posibilidad. Sólo Baetzner en su libro de diagnóstico quirúrgico de las enfermedades del riñón, al tratar del diagnóstico de los tumores de dicho órgano, hace mención de un caso en que un tumor del bazo provocaba una inmensa hematuria.

En nuestro caso se trataba de un tumor del bazo que producía una inmensa hematuria del riñón izquierdo; el tumor, que pre-

sentaba todos los caracteres clínicos del tumor del bazo, fué diagnosticado como tal y, habiendo practicado una cistoscopia, en plena hematuria, se veía claramente que la sangre provenía del orificio ureteral izquierdo.

Abierto el vientre, me encontré con un enorme bazo, sin adherencias; la arteria esplénica era tan gruesa como el dedo pulgar, y las paredes tan delgadas como papel de cigarrillo; no obstante mis temores de una hemorragia mortal por ruptura de la arteria, extirpé el bazo después de ligar en tres partes con catgut grueso; tres o cuatro horas después la hematuria desaparecía y a las ocho horas el enfermo murió, en dos o tres minutos, con todos los síntomas de una hemorragia interna. Dos hipótesis se podrían formular para explicar la hematuria en nuestro caso: o bien se trata de una discrasia general debida a la esplenomegalia, poco probable porque la hematuria cesó cuatro horas después de la extirpación del bazo y porque solamente era del lado izquierdo, o bien, lo que es más probable, que el tumor comprimiese el pedículo del riñón, lo suficiente para dificultar la circulación venosa, no así la arterial que tiene más presión, originando una congestión pasiva del riñón, siendo la hematuria su consecuencia. La unilateralidad y la cesación de la hematuria algunas horas después de la extirpación del bazo, parecen confirmar esta última hipótesis. Es necesario tener también en cuenta que un tumor del bazo puede producir un varicocele del lado izquierdo, como lo demuestra el caso publicado por Duban. En éste existía un varicocele del lado izquierdo al mismo tiempo que un angioma quístico del bazo y que desapareció después de la operación. Se comprende la dificultad que hay para resolver el diagnóstico de localización. La visualización del riñón cuando es posible, la uréteropielografía ascendente y descendente, con las modificaciones y apreciaciones mencionadas al tratar el diagnóstico diferencial de localización con el páncreas, podría ayudarnos en estas situaciones difíciles.

El diagnóstico entre un tumor del riñón y del pancreas puede presentar serias dificultades, especialmente cuando se trata de diferenciar un quiste de la cola del pancreas y un tumor líquido del riñón.

Bien sabido es que los quistes del páncreas, cuando han ad-

quirido cierto volumen, proeminan, ya entre el hígado y el estómago rechazando el pequeño epiplón, y entonces tiene la matitez hepática por arriba y el timpanismo del estómago por debajo, o más frecuentemente el tumor se insinúa entre el estómago por arriba y el colon transversal por debajo, rechazando el ligamento gastrocólico; y, por fin, el tumor se dirige hacia abajo, por debajo del colon transversal, rechazando el mesocolon o disociando las dos hojas del mismo. Son estos tumores que proeminan por debajo del colon los que pueden presentar serias dificultades para su localización renal o pancreática cuando no existen trastornos funcionales que puedan orientarnos; pero, estos trastornos funcionales muy raramente existen, puesto que tanto el riñón como el páncreas conservan gran parte de parénquima sano en caso de quistes. Los quistes de la cabeza y del cuerpo son fijos; los de la cola tienen movilidad provocada, pero participan poco o nada de los movimientos respiratorios.

Diagnóstico de localización con los quistes y pseudoquistes perirenales: Clínicamente es imposible, por así decir, cuando se trata de un verdadero quiste perirenal; en caso de pseudo-quiste perirenal los antecedentes de un traumatismo podrían conducirnos a un diagnóstico. La desviación del uréter se puede encontrar en ambas localizaciones. La nefrografía y la pielografía, cuando hay deformación renal o de los cálices o pelvis, nos indicarían su localización renal, y la pieloscopia podría tener su importancia. La arteriorenografía está todavía en estudio.

Para terminar con el diagnóstico clínico de localización diremos que en ciertos casos los tumores de la matriz, del ligamento ancho, del ovario, del mesenterio, pueden dar lugar a errores de diagnóstico y conviene siempre pensar en dichas posibilidades.

2) *Diagnóstico de la naturaleza del tumor:*

Hecho el diagnóstico de localización renal tenemos que determinar la naturaleza del tumor.

¿Es un quiste o una hidronefrosis? Cuando se trata de una hidronefrosis intermitente es relativamente fácil el diagnóstico puesto que el enfermo nos dirá que tiene dolores, a veces en forma de có-

licos y otras un dolor sordo; al mismo tiempo que se presentan los dolores hay oliguria y aumento de tamaño del tumor; después de algunas horas o días el dolor se calma o desaparece, la poliuria se restablece y el tumor disminuye de tamaño; es bueno saber que un quiste del polo inferior puede producir cólicos nefríticos en forma intermitente por compresión del uréter, produciendo exactamente la sintomatología de una hidronefrosis intermitente. El cateterismo ureteral, la pielografía descendente y ascendente podrían confirmar el diagnóstico de hidronefrosis. Cuando se trata de hidronefrosis cerrada el diagnóstico es casi imposible. El caso sumamente raro de hidronefrosis parcial podría presentar, aún con todas estas exploraciones, serias dificultades; la visualización de la tumoración nos inducirá a pensar que se trata de una hidronefrosis pero hay que tener en cuenta que la visualización se hace cuando todavía existe cierta cantidad de parénquima renal que elimine el agente que se ha usado para la exploración.

Eliminada la hidronefrosis tenemos que hacer el diagnóstico diferencial entre un quiste seroso y un quiste hidatídico. Cuando no existen en la orina los elementos propios del quiste hidático, los antecedentes nos permitirán formular un diagnóstico de probabilidad que las reacciones biológicas, eosinofilia, cuti-reacción, nos llevarán a una confirmación.

El diagnóstico entre un quiste seroso y un seudo quiste sólo los antecedentes de un traumatismo nos podrían inclinar hacia este último.

El diagnóstico entre un quiste seroso y un quiste hemático podría quizás sospecharse por el dolor, el aumento del mismo en forma intermitente, la poca movilidad, el tinte amarillo pajizo y la anemia del paciente, síntomas que corresponden al quiste hemático. Por otra parte el verdadero quiste hemático es simplemente un quiste seroso que se ha complicado con hemorragia, en cambio el seudo quiste hemático no es más que un hematoma enquistado.

TRATAMIENTO DE LOS GRANDES QUISTES SEROSOS

Dejando de lado la incisión y la punción simple, método ineficaz y aun peligroso, y la decorticación del quiste, que dadas las

conexiones que tiene con el parénquima renal la hace irrealizable o por lo menos muy peligrosa, nos quedan tres operaciones que podemos practicar para la curación de esta afección y cuyas indicaciones trataremos de determinar. Estas operaciones son la nefrectomía total, nefrectomía parcial y resección de la bolsa quística.

Nefrectomía total:

Esta operación sólo se debe practicar cuando el riñón está destruido en su casi totalidad, cosa que sucede muy raramente puesto que hemos visto que aun en los casos de grandes quistes el parénquima renal se conserva en gran parte; además es condición para practicar la nefrectomía que el otro riñón se encuentre en buenas condiciones.

En caso de resolverse a practicar una nefrectomía total siempre se debe abordar el riñón por vía lumbar o para-peritoneal, cuando el diagnóstico ha sido hecho de antemano; en caso de que el tumor sea demasiado grande que dificultase su exteriorización, se lo vaciará de antemano ya sea por aspiración o por simple punción, una vez hecho ésto el riñón se encuentra reducido, la exteriorización es fácil y la nefrectomía se realiza sin dificultad.

Nefrectomía parcial:

Si el tumor se encuentra localizado en el polo superior se practicará primero la aspiración o la punción del quiste para poderlo exteriorizar con más o menos facilidad y una vez exteriorizado se abre la bolsa quística y se reseca en su totalidad haciendo una incisión en forma de cuña en la parte que está en conexión con el riñón, en pleno parénquima renal dicen algunos autores y yo lo hice en esa forma en el caso observado pero, dada la cantidad de sangre que se produce a pesar de la sutura con catgut grueso y de la posibilidad que existe de que pueda ser herido el cáliz, opino que sería ventajoso hacer la excisión a nivel del tejido fibroso que se encuentra inmediatamente por debajo de la capa epitelial, para que el corte se encuentre en pleno tejido conjuntivo, poco vascularizado y en mejores condiciones para hacer una sutura hemostática. Cuando se encuentra localizado en otra parte del riñón, su exteriori-

rización es más sencilla y a veces se le puede extirpar sin abrir el quiste, dispuesto siempre a vaciarlo en la menor dificultad que uno encuentre.

Resección de la bolsa quística:

Es el método más sencillo y de resultados muy satisfactorios, de manera que es el aconsejable en la mayoría de los casos. El único inconveniente que tiene es de que quedando una parte de la bolsa quística el quiste podría reproducirse o, a lo menos, que continúe dando secreción y persista una fístula y que el cirujano se vea obligado a intervenir para resecar el resto de membrana que ha quedado adherida al riñón: es por ésto que algunos cirujanos aconsejan destruir la capa epitelial del resto de membrana que queda con una solución de cloruro de zinc; quizás el "étincelage" sea preferible.

HISTORIA CLINICA

El enfermo, que estaba internado en un Servicio de clínica médica, pasa al Servicio de cirugía de hombres del Hospital Español, donde procedimos a su examen, cuya historia resumida es la siguiente:

Luis Maggiolo. Italiano, de 39 años, soltero, peón de campo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Bienorragia a los 17 años, bien curada. "Grippe" a los 10 años. Traumatismo que le acarreó la fractura de la 10ª costilla derecha. Antiguo bebedor, ha dejado de serlo voluntariamente. No es fumador. *Funciones intestinales normales* hasta su enfermedad actual.

Enfermedad actual. — Síntomas subjetivos: dolor en la región lumbar en forma intermitente que se irradia a todo el vientre. Constipación con dolor en el vientre acompañado de tímpanismo, que ceden con purgantes o espontáneamente, acompañado de expulsión de gases y borborigmos.

El examen directo del enfermo permite comprobar a la inspección un levantamiento de la región lumbo-abdominal izquierda. A la palpación se nota una tumoración en dicha región, que tiene peloteo, contacto lumbar y participa de los movimientos respiratorios. La percusión, con insuflación del colon, denota que el colon descendente está por delante del tumor. Del examen clínico llegamos al diagnóstico probable de un tumor líquido del riñón izquierdo. La hidronefrosis total se podría haber eliminado con una

pielografía o un sondaje ureteral en caso de ser abierto, pero no se hizo: sin embargo, haciendo una palpación minuciosa se notaba que la parte más saliente de la tumoración correspondía a la parte inferior y que la parte superior parecía continuar con la parte del riñón poco o nada deformada. El quiste hidático fué eliminado porque la cuti-reacción y la eosinofilia fueron negativas.

Del examen llegamos al diagnóstico probable de gran quiste seroso del polo inferior del riñón izquierdo, con el que fué intervenido.

Operación:

Cirujano: Dr. Miguel A. Llanos.

a) Incisión lumbar de Guyon, prolongada hacia abajo hasta tres o cuatro traveses de dedo de la espina iliaca ántero superior.

b) Sección de los diferentes planos musculares, inclusive la aponeurosis del transverso.

c) Decolamiento amplio del peritoneo hasta los límites de la tumoración.

d) Sección de la hoja de Zuckerkandt y aislamiento del riñón con su tumor que está localizado en el polo inferior, grande como una cabeza de feto a término; al querer exteriorizarlo se rompe la membrana quística derramándose una gran cantidad de líquido citrino; el diagnóstico clínico queda confirmado: *quiste seroso del polo inferior del riñón*. Se nota la fusión que existe entre la pared del quiste y el tejido renal y se decide la extirpación del quiste comprendiendo una porción del tejido renal, en apariencia sano. Nefrectomía parcial. Se sutura la sección renal con catgut. Drenaje extra renal con tubo y gasa.

e) Cierre de la pared. Curación sin inconvenientes.

Véanse figuras 1 y 2.

El examen anatómo patológico reveló que la bolsa estaba formada por un tejido fibroso, tapizada por dentro con una capa de epitelio.

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA, 1934

<i>Presidente</i> . . .	Dr. LUIS PAGLIERE
<i>Vice-Presidente</i> .	(Vacante)
<i>Secretario</i> . . .	Dr. JOSÉ L. MONSERRAT
<i>Tesorero</i>	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

Sesión científica ordinaria del 22 de Noviembre de 1934.

Trabajos científicos presentados:

Antonio Montenegro :

"Operación de Duplay".

Leónidas Rebaudi :

"El microscopio en la blenorragia".

E. Castaño y H. Cassinelli :

"Sobre un caso de epiteloma del riñón".

A. E. Serantes Laserre :

"Falsa imagen tumoral pielográfica".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Von der Becke, Castaño, Cacciatore, Figueroa Alcorta, Galvez, García, Matta, Monserrat, Pagliere. Rebaudi, Salleras, Serantes (Arturo), Schiapapietra, Spurr y Surra Canard.

Socios Adherentes: Berri, Cartelli y Garate.