

Serv. de Clínica Génito Urinaria del Hosp.  
Fernández. Jefe: Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por el Doctor  
ENRIQUE CASTAÑO

## QUISTE SEROSO DEL RIÑÓN

V OY a describir, primero, la historia clínica del presente caso para hacer luego comentarios sobre quistes serosos del riñón.

### HISTORIA CLINICA

M. B., 52 año, argentino, casado.

*Antecedentes personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Se inicia hace un año con dolores en la región renal izquierda, pero no irradiados y que no sobrevenían en forma de ataques, sino que aparecían a veces adquiriendo mayor intensidad en algún momento del día y luego se atenuaban para desaparecer y volver a iniciarse más o menos en la misma forma muchos días después.

Estos dolores han ido aumentando en intensidad y frecuencia, hasta que en estos últimos tiempos le imposibilitaban el trabajo.

Durante estas crisis de dolor no ha tenido ningún síntoma urinario, no ha habido hematurias, ni ningún trastorno del aparato digestivo, como presentaba otro caso presentado por nosotros en el año 1927 a esta Sociedad. En estas condiciones viene a consultarnos.

*Estado actual.* — Sujeto de aspecto general bueno aunque algo pálido. Aparato circulatorio: se siente un reforzamiento muy marcado del tono aórtico, 80 pulsaciones por minuto, pulso regular. Tensión arterial: M. 17, m. 11.

Aparato respiratorio normal.

Abdomen globuloso. La palpación renal revela un tumor renal izquierdo, algo doloroso a la palpación, que pelotea, liso, regular, de consistencia regular. No se consigue palpar ningún lóbulo. A la inspiración profunda desciende, y el tumor presenta un tamaño como un huevo de avestruz y que hace contacto lumbar. Puño percusión positiva.

Riñón derecho no se palpa.

Regiones ureterales, nada de particular.

Aparato genital normal. Uretra libre, deja pasar un explorador N° 20 con facilidad.

En la prueba de los vasos se ve una orina uniformemente turbia por pus, sin sedimento.

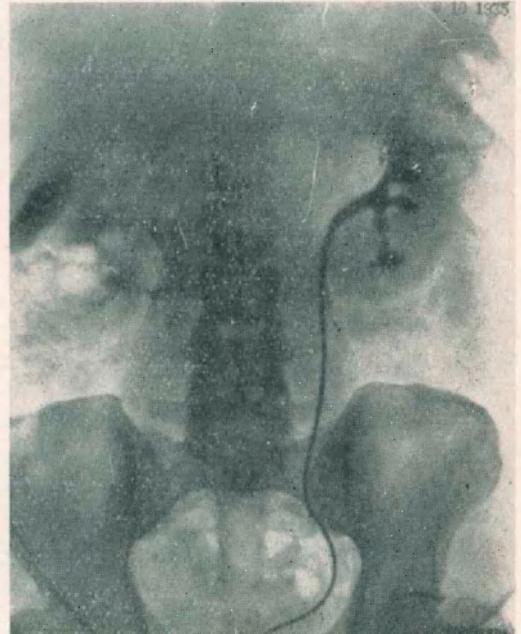
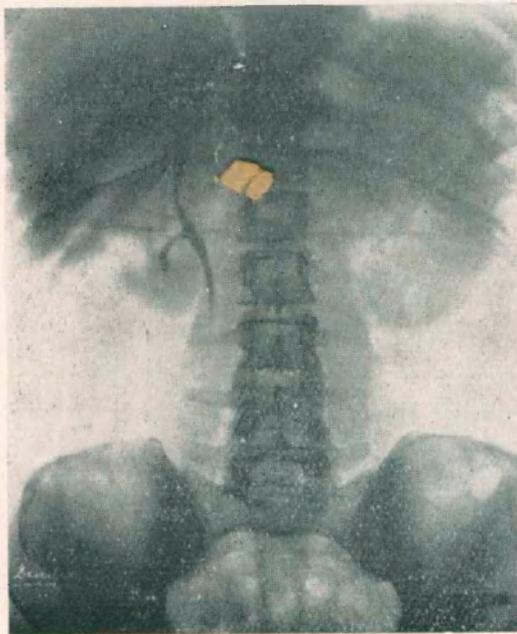
*Cistoscopia.* — Mucosa normal.

Meatos ureterales bien implantados. eyaculación derecha rítmica clara, izquierda retardada pero no se puede apreciar si es turbia.

*Radiografía simple.* — No revela la presencia de cálculos.

Se practica un Uroselectan. A los 5 minutos el pielograma izquierdo no es nítido, el derecho ya es normal.

A los 15 minutos el riñón derecho se ve con toda claridad, pelvis chica, cálices normales. En cambio, en el izquierdo se ve un gran riñón cuyo polo inferior es redondo y se nota una gran masa de riñón desde el cálice hasta la superficie.



Cálices alargados, pelvis comprimida y alargada, pero se ven todos los cálices.

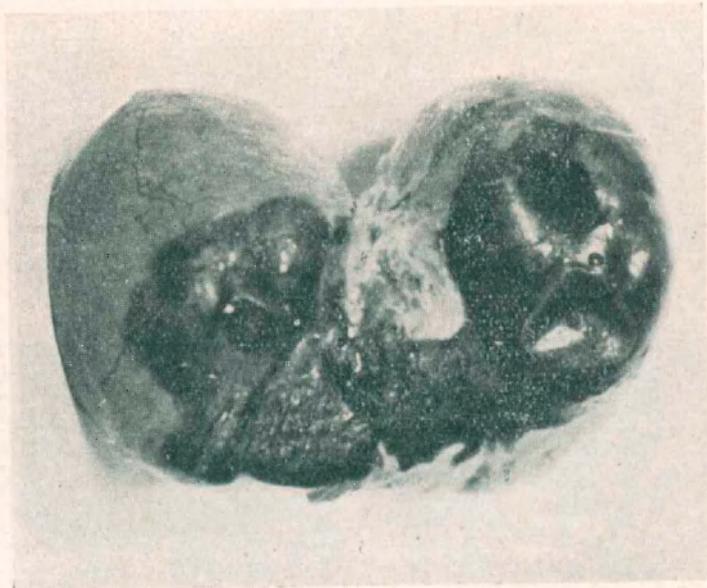
En vista de este resultado se practica una pielografía ascendente con Ioduro de litio al 15 %, capacidad 10 c.c. por acusar dolor.

Como se ve en esta radiografía se notan todos los cálices alargados en el sentido vertical, la pelvis aplanada y sin mayor cavidad, pero se ven todos los cálices.

La orina recogida por este cateterismo es turbia y con pus.

La ausencia de hematurias y la presencia de un tumor renal doloroso, se piensa en un quiste seroso del riñón, pues el dolor es el síntoma más frecuente de los quistes serosos.

Se le hace una cromocistoscopia que revela una eliminación por uréter derecho a los 4 minutos abundante, por el uréter izquierdo no aparece a los 15 minutos.



Prueba de P. S. P. 50 % en 70 minutos. Urea en suero 0,31 %.

Por tratarse de un enfermo pobre y que se operaba a pedido de la familia en un sanatorio, no se le hicieron las otras pruebas de reserva alcalina y cloro



en plasma, omisión que como veremos luego, pudo haberle costado la vida al enfermo.

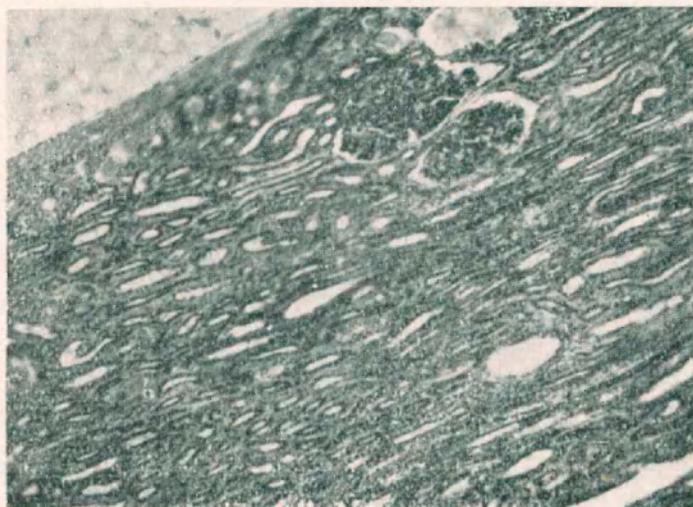
*Operación.* — Anestesia general con éter. Se practica una incisión de Israel,

se llega con facilidad al riñón y se ve en seguida un enorme quiste localizado en toda la cara anterior del riñón como se puede ver en esta fotografía y en la



pieza se hace rápidamente la nefrectomía, drenaje con goma y gasa, reconstrucción de la herida por planos.

El día de la operación se le hace 1000 grs. de suero glucosado isotónico con insulina y 1000 grs. de suero fisiológico y tónicos cardíacos.



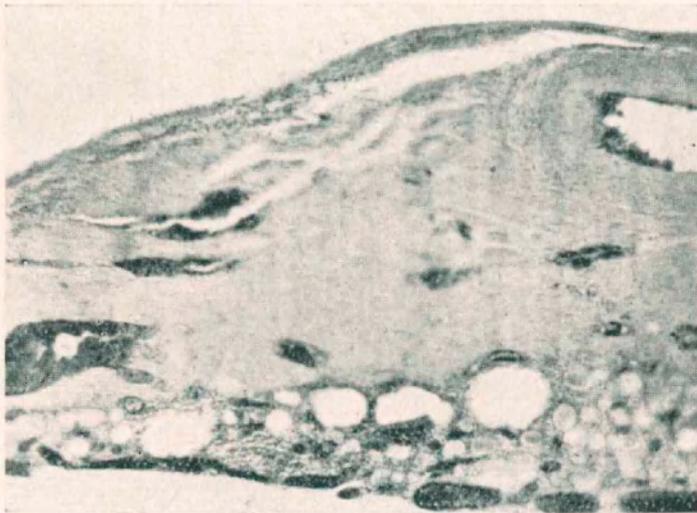
En las primeras 24 horas anuria absoluta. Se le inyecta 100 grs. de suero glucosado hipertónico con insulina, cafeína y suero fisiológico que se repite por la tarde, pero continúa la anuria y en este estado tres días, el enfermo está consciente, toma líquidos, no tiene vómitos ni cefaleas que nos llama la atención.

Al tercer día de la anuria, la úrea es de 1 gr. 37, glucosa en sangre 1 gr. 0.3. Reserva alcalina 62.3 ‰. Cloro en plasma ,48 ‰ y en hematíes 1 gr. 32, lo que nos demuestra una hipocloremia pronunciada.

En vista de este resultado se le hace 50 c.c. de cloruro sodio hipertónico al 20 % endovenosos que se repite cada 6 horas. Ese mismo día se tiene una diuresis de 1.900 grs. y que llega al día siguiente con la misma terapéutica hasta 2.000 grs.

Los dosajes a las 48 horas nos dan 1.08 de úrea por mil, reserva alcalina 58.3 por ciento.

Cloro en plasma, 3,56; en hematíes, 1,79.



Se continúa con sal por boca en forma de caldo salado y recién entonces nos enteramos que el enfermo por su propia cuenta se había puesto a un regimen desclorurado, creyendo que en esta forma iría a la operación en mejores condiciones.

La herida cerró por primera, a los 20 días fué dado de alta.

Este enfermo muere un año y medio después de un ataque al corazón.

Esta observación nos demuestra la importancia de completar todos los dosajes de la sangre para evitar sorpresas desagradables y no explica que a pesar de su anuria la úrea no haya subido mucho y con un buen estado general.

El dosaje de úrea a los 12 días fué normal.

#### CONSIDERACIONES

Los quistes serosos del riñón no tienen sintomatología propia; muchas veces es un hallazgo quirúrgico, otras veces es el tumor que llama la atención del enfermo como en una observación de Papin.

La mayoría de los casos presentan una sensación vaga de plenitud abdominal o de dolor en el flanco. Otros, como en el caso de Lion, es una polaquiuria inexplicable, el enfermo de Fullerton sólo tenía vértigos, cefáleas.

La observación de Lagniere presenta dolores intensos en la espalda que obligaban al uso de morfina y que fué confundida con el mal de Pott y en la operación se encontró un gran quiste seroso que comprimía el simpático.

Hofer menciona un caso grave de oclusión del coledoco y anuria. En una observación nuestra los dolores y trastornos gástricos eran los que dominaban.

Como vemos, lo que más frecuente se observa es el dolor, pero no es una forma típica.

#### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico a veces es muy difícil, pues en la gran mayoría de los casos, el examen de la orina, la cistoscopia, las pruebas funcionales y la pielografía pueden ser negativos.

Consultando estadísticas vemos en la Tesis de Simón en 1906, sobre 50 casos, 4 casos fueron diagnosticados antes de la operación. Brin, en 1911, cuatro veces sobre 53 casos; Prior en 1923, siete casos sobre 94. En 1925, Lagniere revela 11 casos; en 1932 Simkowitz, sobre 315 observaciones 33 casos de diagnóstico preoperatorio.

Los estudios modernos y las técnicas perfeccionadas de la pielografía permiten hoy día diagnósticos precoces en muchos casos, no en todos.

Kretschmer dice: 1º, que existe siempre una zona más clara en la región del quiste; 2º, que hay una demarcación neta del límite del riñón, esto es más nítido en los pediculados.

Eisendraht dice con razón: que si el quiste no ocasiona un desplazamiento del basinete, el pielograma es normal. Papin presenta dos casos donde el diagnóstico ha sido hecho por la pielografía.

Para Chute un tumor redondeado sobre un polo, extendiéndose hacia el basinete, pero separado de él, constituiría una imagen típica. Herbst y Vynalek describen las diversas pielografías que pueden presentar los quistes serosos:

1º Normal: No se constata ninguna compresión sobre la pielografía si el quiste se encuentra lejos del basinete.

2º Hidronefrosis: Es la deformación más común en los quistes del polo inferior que es causada por desplazamiento del tumor que obstruye el ureter.

3º La compresión del basinete por el quiste ofrece en la pielografía aspectos muy sugestivos.

El basinete y el cálice pueden estar aplanados, o sino uno o varios cálices obliterados o faltan. Este aplastamiento se ve también en el basinete y adquiere una forma cilíndrica como en nuestra observación. La constatación de un basinete aplanado sin modificaciones de cálices debe hacer sospechar un quiste sobre la cara del riñón: tal es nuestro caso.

4º Desplazamiento en la posición del riñón y de su eje por el peso del tumor.

5º Contorno nítido del quiste. En otra observación nuestra el diagnóstico se hizo en forma perfecta con el enfisema perirenal de Carelli.

Otras veces se nota un desplazamiento del ureter desviado hacia la columna, observaciones de Bernasconi, Allende, Perard, Secretan, etc., o acodado como en la observación de Paolowcky, etc.

Como vemos, muchos son los signos pielográficos que dan numerosos autores, pero no siempre son claros y precisos, salvo cuando es posible ver el contorno del quiste, o por intermedio del enfisema perirenal de Carelli.

Respecto al tratamiento, depende de la localización; se puede reseca el quiste, o sino, como en nuestra observación, la nefrectomía.

En nuestro caso se trataba de un riñón infectado que puede explicar esa disminución en el funcionalismo que se tradujo por una eliminación de indigo carmín muy retardada, lo mismo que el Uroselectan.

#### BIBLIOGRAFIA

- Roger: Riñón solitario congénito. Relación de dos casos clínicos comprendiendo un gran quiste seroso solitario. "Arch. Mal. des Reins et des Org. Gen. Urin.". T. VII, pág. 99.
- W. Cahoun y Sterling: Gran quiste solitario hemorrágico del riñón. "The Journ. of Urol.". V. XXV. pág. 13. febrero 1931.

- F. Bernasconi*: Quiste perinefrítico de origen Wolfiano, diagnosticado por la pielografía. "Journ. d'Urol.". 2º semestre 1932, pág. 533.
- I. Grimoldi*: Quistes serosos del riñón. "La Prensa Médica Argentina". Junio 1934.
- J. M. Allende*: A propósito de un quiste seroso del riñón. "Boll. de la Soc. de Cirugía Bs. As.". T. XVI, pág. 471.
- A. J. Paolowsky*: A propósito de un quiste seroso del riñón. "Prensa Médica Argentina". Diciembre 1933.
- A. J. Paolowsky*: Quiste seroso del riñón. "Bol. Soc. Cirugía de Bs. As.". 8 de junio 1932, pág. 376.
- Truchot*: Quiste del polo inferior del riñón derecho. "Journ. d'Urol.". 2º semestre 1932, pág. 326.
- J. A. Lazarius*: Los quistes solitarios del riñón. "The Urol. and. Cut. Rev.". Vol. XXXV, noviembre 1931, pág. 698.
- Herbst y Vynulek*: Quistes solitarios del riñón. "Journ. Amer. Med. Assoc.". Febrero 1931, pág. 597.
- Castaño y Ansaldo*: Consideraciones sobre un caso de quiste seroso del riñón. "Rev. de la Asoc. Med. Arg. Sec. Urol.". T. XI, N° 1, abril 1927.
- Perard*: Quiste seroso del polo inferior del riñón izquierdo. "Journ. d'Urol.". 2º semestre 1934, pág. 61.
- Greenberg, Brodny y Robins*: Los quistes serosos del riñón. "The Journ. of Surg.". Vol. XXIII, febrero 1934, pág. 271.
- G. F. Cahill*: Quiste solitario del riñón con resección. "The Amer. Journ. of Surg.". Vol. VIII, junio 1930, pág. 1290.
- Kretschmer*: Los quistes solitarios del riñón. "The Journ. of Amer. Med. Assoc.". Vol. XXV, julio 1930, pág. 179.
- B. Blanc*: Dos casos de quistes del riñón. "Journ. d'Urol.". 1er. semestre, 1925, pág. 4.
- M. Papin*: Nefrectomía parcial por gran quiste seroso; resultados alejados. "Journ. d'Urol.". 2º semestre 1929, pág. 516.
- Pillet*: Quistes serosos del riñón. "Journ. d'Urol.". 2º semestre 1929, pág. 103.
- M. Secretan*: Grandes quistes del riñón. "Journ. d'Urol.". 1er. semestre 1929, pág. 5.
- E. Michon*: Reflexiones sobre los grandes quistes serosos del riñón. "Arch. Franco-Belge de Chir.". 1928, pág. 824.
- Ormind*: Quiste solitario del riñón. "Amer. Jour. of Surg.". Febrero 1929.
- Latteri*: Los quistes solitarios del riñón. "Arch. Ital. de Urol.". Vol. VI, 1930, pág. 113.
- H. Domvich*: Sobre el radiodiagnóstico de los quistes solitarios del riñón. "Zeit. für Urol.". 1934, pág. 826.
- J. W. Ragsdale*: Quiste solitario del riñón. "Am. Journ. of Surg.". Agosto 1935, pág. 311.
- Hans Jungster*: Diag. de los quistes solitarios del riñón. "Zeits. für Urol.". XXIII, N° 10, 1935, pág. 709.

- A. Ortiz: Nefropexia en un riñón con quiste seroso. "Arg. Médica". 1903.
- R. Finochietto y Mertola: Riñón ectópico o tumor mesentérico. "Rev. de Cirugía de Bs. Aires". Año IX, noviembre 1930.
- A. Gutiérrez: A propósito de quistes serosos del riñón. "Bol. y Trab. Soc. de Cir. de Bs. Aires". T. XVI, N° 9, pág. 418.
- Vaissiere: Gros kiste sér. du rein. Erreur de diagn. "Bull. Soc. Obst. et Gyn.". 1924.
- Vogel: 2 Fall. u. Nierencyst. "Z. Blt. f. Chir.". 1912.
- Zinner: 1 Fall v. Nier sole Cyst. "Sitz. d. Wien. Ch. Ges.". 1930.
- Salleras: Quiste seroso del riñón. "Rev. especialidades". 1928.
- Kretschmer: Sol Cyst. of the Kidn. Ref. 5 casos. "J. Am. Med. Ass.". 1930.
- Gudd, Starr, Simon: Hemorrag. Cyst. of the Kidn. "Surg. Lyn. Obst.". 1927.
- Morris: Case of large Cyst. sol. of Kidn. "J. of Urology". 1927.
- Simkow: Les grands kystes séreux du rein. "Thèse de Paris". 1932.
- Herbst y Vynalek: Sol. sér. ren. Cysts. with a study of X Ray observ. "J. Am. Med. Ass.". 1931.
- Graves: Cong. sol Kidn. clín. rep. of 2 cases. "J. of Urology". 1930.
- Kroiss: Ueber 2 operierte Nierencyst. "Sitz. d. Wien. Ur. Ges. en Z. f. Ur. Ch.". 1930.
- Lang: Solitärnierencyste. "Z. f. Ur. Ch.". 1925.
- Dujovich Adolfo: Quistes serosos del riñón. "Soc. de Cirugía de Bs. As.". 1934.
- Gutiérrez Alberto: Gran quiste seroso del riñón derecho. Nefrectomía transperitoneal. "Soc. de Cirugía de Bs. As.". Julio 1937.