

Hospital Alvear, Sala VI.
Servicio de Vías Urinarias

Por los Doctores

G. VILAR, LEON D. ARRUES y
J. W. ALVAREZ COLODRERO

QUISTE SEROSO SUPURADO DE RIÑÓN

Los quistes serosos de riñón raramente evolucionan hacia la supuración: es por ello que casi nunca se menciona esta complicación en los trabajos que a él se refieren. En nuestra observación bibliográfica sólo hallamos los casos mencionados por Legueu correspondiendo ellos a Peau y Tourent.

En el mes de enero de 1937 Cibert en el Journal d'Urologie relata un caso y menciona otros dos, el de Patel y Mallet-Guy (Journal d'Urologie N° 19 - 1925) y el de Botto Mica Rivista Sanitaria Siciliana N° 22 - Nov. 1930).

La historia clínica de nuestro enfermo que lleva el N° 3616 es la siguiente:

C. N., 37 años, argentino, soltero, comerciante. — Ingresó el 6 de Diciembre.

Antecedentes hereditarios y personales — Padres vivos y sanos. 5 hermanos sanos. A los cinco años coxalgia de la cual quedó una anquilosis. Hemorragia, hacen 10 años que trató bien.

Enfermedad actual. — Coincide su iniciación con una bronquitis a los pocos días de la cual apareció una hematuria del tipo total, sin coágulos que duró 3 ó 4 días y desapareció espontáneamente. A los 6 meses se repitió este episodio prolongándose su duración. Desde hace 2 años la hematuria era casi siempre precedida de intensos dolores en la región lumbar derecha que se irradiaban hacia la región inguinal y calmaban con el reposo.

Desde hace más o menos un año, dice el enfermo, haber observado una tumoración en la región del hipocondrio derecho, poco dolorosa por lo cual decide hacer observar por un colega, el Dr. Camponovo quien envía al enfermo al Instituto Municipal de Radiología y a quien agradecemos la gentileza de habernos permitido internarlo en la Sala VI del Hospital Alvear.

Estado actual. — Buen estado general. Peso 75 kilos; dice haber rebajado 8 en los últimos meses. Lengua saburral. Pulso 110, regular, tenso.

Desde hace 7 días *temperatura que llega por las tardes a 39° y 39½°* y va precedida en algunas oportunidades de escalofríos.

Riñones. — En el lado derecho se observa la región del hipocondrio ligeramente abovedada por una tumoración que da la impresión que se continúa por debajo del reborde costal. La *palpación* permite su delimitación perfecta: se trata de un cuerpo redondeado del tamaño de una cabeza de feto cuyo hemisferio

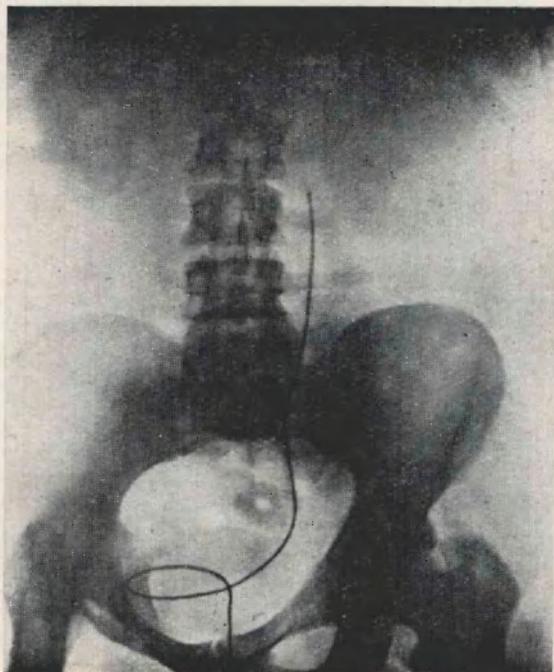


Figura N° 1.

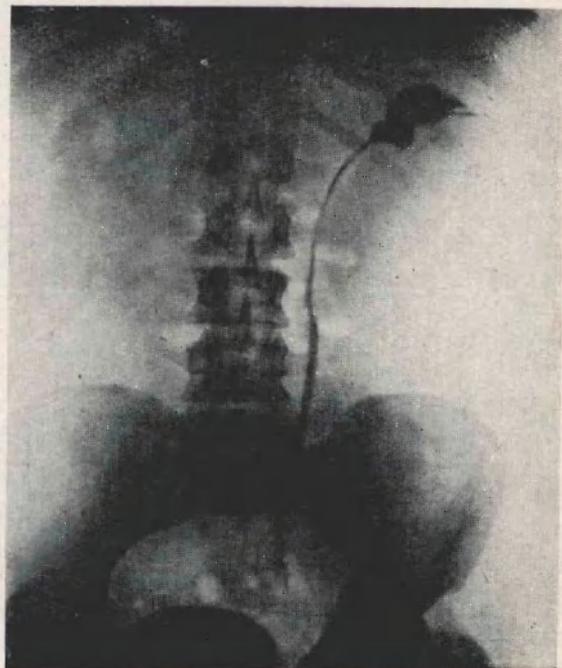


Figura N° 2.

inferior rebalsa más o menos 7 traveses de dedo por debajo del reborde costal. de consistencia dura, superficie irregular y ligeramente dolorosa a la presión. Tiene peloteo y contacto lumbar, excursionando muy poco con los movimientos respiratorios. No hay puntos dolorosos post-operatorios.

La orina es muy turbia y no aclara con el ácido acético.

Cistoscopia 16. XII. 8. — Buena capacidad, 200 c.c. La introducción del cistoscopio se halla dificultada por la gran desviación de la uretra consecuencia de la deformación pélvica originada por su antigua coxálgia. La mucosa se observa despulida en casi toda su extensión no percibiéndose los vasos. Para localizar el meato ureteral se procede a descender el cistoscopio en forma tal que la maniobra produce gran dolor, por lo cual rápidamente se efectúa el cate-

terismo, introduciendo la sonda casi 20 c.c. Por ella sale con ritmo muy acelerado orina intensamente turbia que enviada al laboratorio para su examen sólo da gran cantidad de leucocitos y ausencia de gérmenes. Urea: 3 por mil.

Exámenes radiográficos. — Radiografía simple: (Fig. 1). — En el lado derecho se observa una tumoración redondeada, de contornos perfectamente nítidos cuyo borde inferior se proyecta a 2 traveses de dedo por arriba de cresta iliaca. La capacidad es muy regular. El riñón izquierdo es de forma y situación normal.

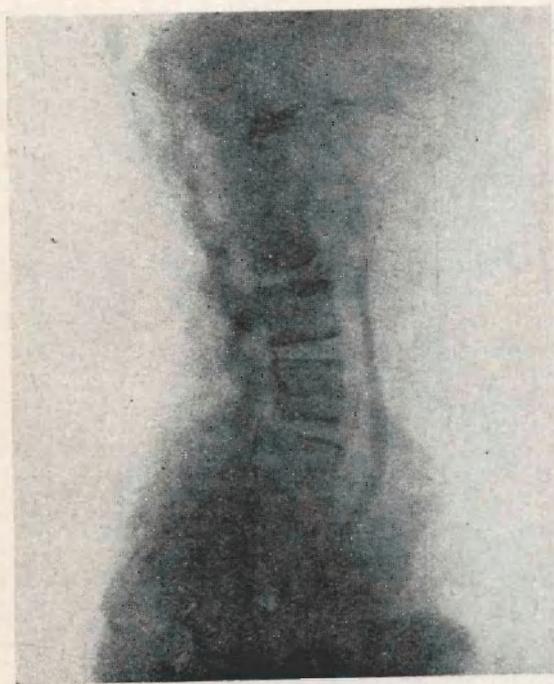


Figura N° 3

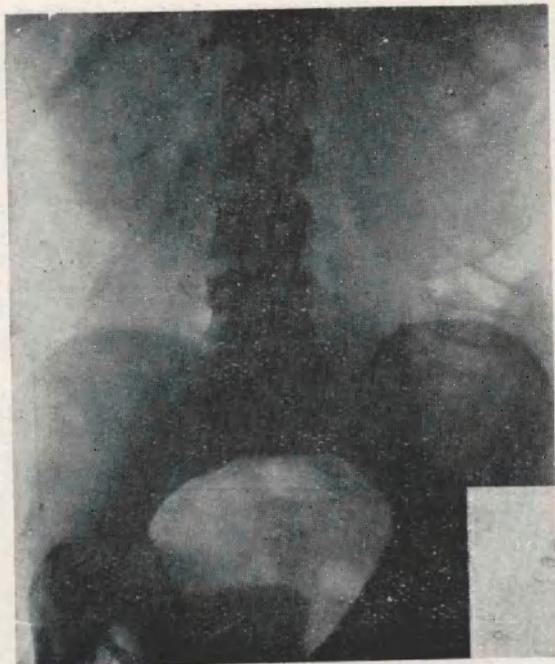


Figura N° 4

Pielografía ascendente derecha. — (Fig. 2). Cálices y pelvis renal totalmente deformados y desplazados hacia arriba, percibiéndose sobre todo la elongación del cáliz medio e inferior que forman sobre el contorno superior una banda circular. El uréter se halla desviado hacia adentro. La imagen obtenida en posición lateral (Fig. 3) muestra algunas sombras lacunares que corresponden a los cálices superiores deformados y elongados, por debajo de ellas la sombra quística y luego la continuación del uréter. Tiempo evac: retardado.

Urografía excretora. — Se efectúa con Pielofanina; en la radiografía obtenida a los 5' apenas si hay rastros de eliminación en el lado izquierdo, observándose algunas sombra redondeadas y aisladas que corresponden a los cálices; el negativo obtenido a los 15' (Fig. 4) muestra esbozada las vías excretoras

del lado izquierdo, sobre todo el tercio superior del uréter. A los 40' se repite la imagen. Llama la atención en el lado derecho la nitidez del contorno de la sombra quística y la falta absoluta de eliminación.

Urea en sangre. — 0.32 por mil.

Reacción de cazzoni. — Negativa.

Como la temperatura alta alta persiste y decae el estado general del enfermo se decide la intervención.

Operación. — 12. XII. 1. Dres. Vilar, Isnardi y Arrués. — Anestesia gene-

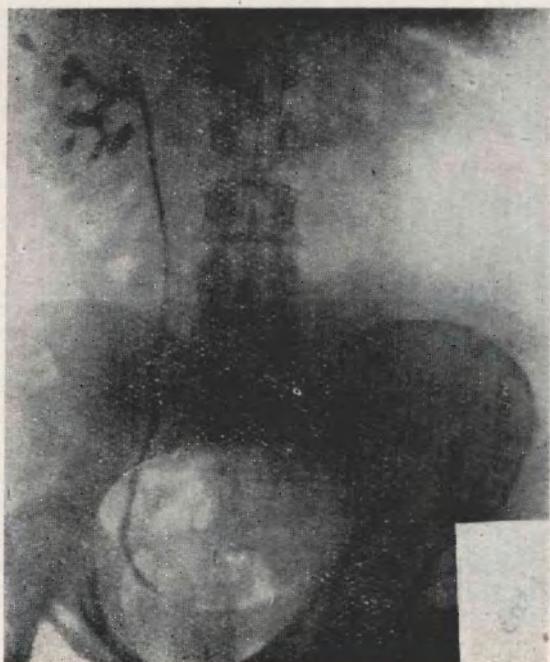


Figura N° 5



Figura N° 6

ral, lumbotomía por el método clásico. Apenas incindidas las masas musculares se llega a la loge que se halla totalmente ocupada por una tumoración de consistencia blanda y renitente. Se hace una pequeña incisión con bisturí y con una jeringa de Bonneau se van absorbiéndose casi un litro de pus ligeramente rosado de escaso olor. Se investiga mediante el tacto la pared de la cavidad que es lisa y relativamente delgada.

Se dejan dos tubos de drenaje y se sutura la pared en dos planos.

Post-operatorio. — Bueno, se cambia la curación dos veces por día, pues mana por los tubos gran cantidad de secreción. Al 5° día se reemplaza el tubo por gasa de drenaje y se continúa efectuando curaciones planas. Al día siguiente de la intervención la temperatura estaba por debajo del 37°.

11/1/9. — Se da de alta al enfermo indicándole asistir día por medio a consultorio externo, pues la herida no había aún cicatrizado totalmente. Las orinas permanecen turbias.

Siete meses después de haber sido dado de alta el enfermo reintegra al Servicio, pues desde hacían cuatro días había observado sus orinas intensamente hematóricas. Su estado general es muy buen, pues ha aumentado casi 8 kilos de peso, habiéndose dedicado durante ese tiempo a sus tareas.

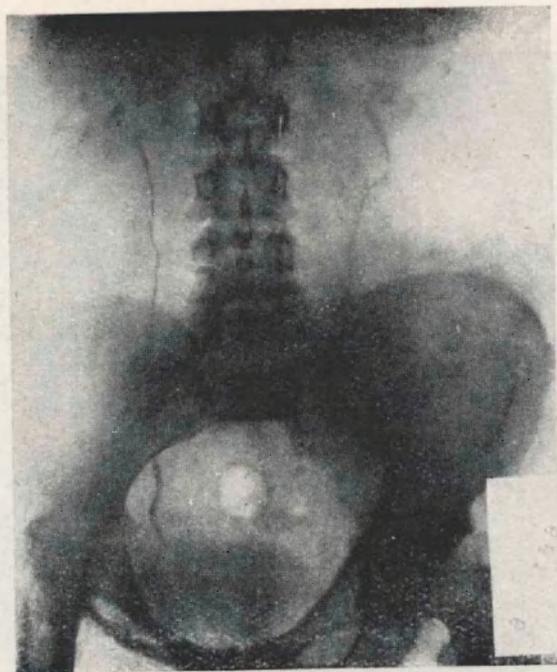


Figura N° 7

En estas condiciones se efectúan los siguientes exámenes:

Cistoscopia. — Buena capacidad. 150 c.c. Meato ureteral derecho congestionado, se perciben eyeculaciones de ritmo acelerado y hematóricas. Se cateteriza con gran dificultad el izquierdo; por la sonda comienza a salir un pus denso, cremoso que se recoge durante 10' en un tubo de ensayo; al cabo de este tiempo, la orina se hace más clara hasta tomar al final un aspecto sanguinolento, formando en el tubo tres franjas perfectamente diferenciadas; con la sonda introducida casi 20 c.c. se aprovecha para efectuar pielografía.

Pielografía ascendente; izquierda; cálices muy alargados y ramificados, pelvis renal pequeña. Llama la atención la interrupción del cáliz superior. (Fig. 5). *Derecha* (Fig. 6). Pelvis bifida y grandes ramificaciones de los cálices.

Urografía excretora. — Discreta eliminación de la substancia inyectada que da imagen de mayor contraste en la radiografía obtenida a los 45' (Fig. 7).

Lado derecho: se perciben algunas sombras que esbozan los cálices ramificados; buena imagen del tercio superior de uréter. *Lado izquierdo:* Sombras lacunares que corresponden a las dilataciones de los cálices. Imagen clara de casi todo el trayecto ureteral interrumpiéndose hacia arriba, dando la impresión de que fuera a continuarse con otra cavidad pélvica.

El enfermo en reposo absoluto va notando poco a poco que cesa su hematuria y solicita el alta, prometiendo volver para efectuarle otro examen que permita aclarar el origen de su hematuria anterior.

COMENTARIOS

Se trata, como fácilmente se puede colegir, de la historia anterior y de la comprobación quirúrgica de un quista seroso de riñón que ha evolucionado hacia la supuración. El análisis químico del contenido quístico obtenido, fué el siguiente:

Cloruro de sodio:	6,15
Urea:	1,46

La observación microscópica no atestiguó la presencia de gérmenes.

En cuanto a la evolución posterior, el examen por urografía excretora (Fig. 7) demostró la reintegración funcional del lado operado en relación a la imagen obtenida antes de ésta. (Fig. 4).