

GRAN QUISTE SOLITARIO DEL RIÑÓN

B. VARELA FUENTES, A. SCHUNK Y W. BUÑO

Correspondiente a la sesión del 25 de Junio de 1941

El quiste solitario del riñon plantea en la clínica una serie de problemas de orden diagnóstico y terapéutico. En nuestro caso, queremos destacar especialmente que el diagnóstico exacto topográfico y etiológico, permitió el planteamiento y la ejecución de la táctica y de la técnica operatoria, con resultado óptimo inmediato y a distancia, pues la enferma de edad avanzada, pudo levantarse al quinto día de la intervención, reintegrándose ya en el octavo día a su vida normal.

Consideraciones Clínicas

Paciente de 70 años, múltipara, con buen estado general, que consulta por trastornos dispépticos; malestar del vientre alto y eructos abundantes después de las comidas. Durante el examen se descubre una gran tumoración, tensa, renitente, redondeada, poco sensible a la presión, que ocupa el flanco y fosa iliaca izquierda, perdiéndose hacia arriba en el hipocondrio. Atrás tiene contacto lumbar; adelante se percibe que el tumor está recubierto por asas intestinales, sonoras a la percusión. La movilidad es muy escasa en el sentido lateral y nula en el vertical. Pensamos inmediatamente que puede tratarse de un tumor de contenido líquido, retroperitoneal, que está colocado en la región renal. La exploración radiológica, permitió confirmar nuestra impresión clínica. Deseamos destacar aquí las particularidades siguientes, de orden clínico:

1º Como es habitual, el quiste del riñón no se tradujo por ninguna sintomatología del aparato urinario. No existía el más mínimo trastorno, a pesar de que el interrogatorio en este sentido fué muy severo.

2º Hubo una notable tolerancia, al punto que el tumor fué descubierto por la palpación del abdomen, en un examen de rutina practicado con motivo de trastornos dispépticos ligeros. El desarrollo del tumor ha sido seguramente muy lento, pues los pequeños trastornos relacionados con su existencia, hicieron su aparición recién a los 70 años.

3º El diagnóstico exacto de localización se hizo exclusivamente por el estudio radiológico. La existencia de malformaciones congénitas del riñón del lado opuesto, puestas también en evidencia en las radiografías, permitió establecer el diagnóstico etiológico del tumor con una gran precisión. Los datos referentes a este diagnóstico radiológico y a sus fundamentos generales, son discutidos en la comunicación siguiente de los doctores F. García Capurro y F. Predari.

4º El estudio de la funcionalidad renal no demostró el más mínimo déficit (1).

5º Se cumplieron las reglas en lo referente a la mayor frecuencia del quiste solitario en la mujer, en su especial localización polar inferior del riñón, y en su contenido de aspecto seroso.

6º El diagnóstico exacto, topográfico y etiológico, a expensas del estudio radiológico, al que debemos agregar la presencia de una reacción de Cassoni negativa, permitió elegir y ejecutar una técnica de abordaje del quiste, no traumática, a través de una lombotomía mínima con disociación muscular, lo suficientemente amplia para permitir la introducción de la mano. Abordamos la fosa lumbar por una incisión de 10 cm. Disociación muscular. Buena exposición del quiste, sin esterilizar; aparece con un color azulado obscuro. Punción evacuadora que permite extraer unos 3 litros de un líquido seroso, amarillento, igual al de un hidrocele. Por la pequeña lombotomía traccionamos la pared del quiste, que es resecada en su totalidad. Surjet hermostático. Revisamos la superficie del riñón, que no muestra la existencia

(1) Análisis de orina: densidad espontánea de 1.028, sin ningún elemento anormal en el examen químico, microscópico y bacteriológico. Urea del suero: 0 gr. 35 ‰; los demás datos de análisis fueron todos negativos (glóbulos rojos por mmt.³ 4.070.000; Hemoglobina: 80 %; Leucocitos: 6.800 por mmt.³; con una fórmula leucocitaria normal; glucemia: 90 mgs. %; reacciones de Wassermann y Kahn: negativas). La exploración clínica y radiológica del aparato circulatorio, fué completamente negativa.



Fig. 1. — Aspecto topográfico de la pared quística. Nótese la estructura fibrosa y la gran cantidad de vasos sanguíneos

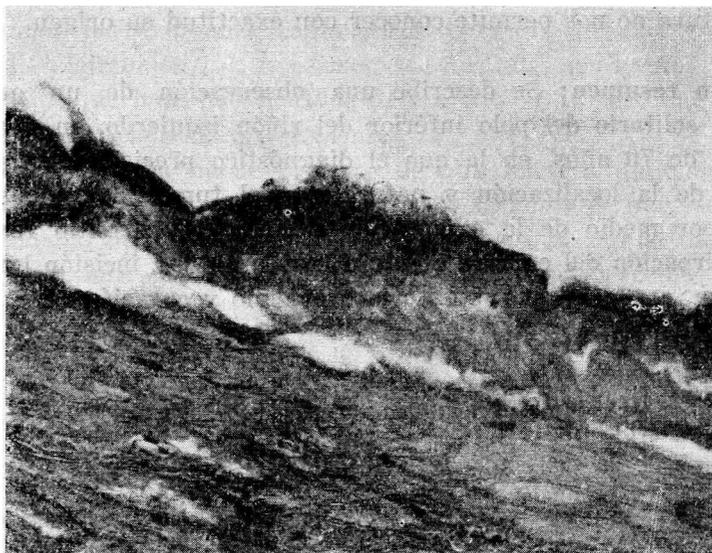


Fig. 2. — A mayor aumento pueden verse los islotes de células epiteliales de revestimiento.

de otros quistes corticales. Queda sobre el polo inferior del riñón una hendidura, testigo de la implantación del quiste. Cierre muscular en plano, sin drenaje.

El diagnóstico exacto permitió la ejecución de la técnica expuesta, sin exteriorizar el quiste, maniobra que sólo hubiera sido posible en caso de duda de diagnóstico, con una lumbotomía muy amplia, dado el enorme tamaño del tumor. Las consecuencias mínimas del acto operatorio reducido así a una escasa agresión traumática, se patentizaron con la evolución de absoluta calma en el post - operatorio y la curación total en una semana.

Estudio anátomo - patológico del quiste

Se trata de la pared de una gran cavidad quística, midiendo alrededor de 3 milímetros de espesor, presentando una superficie interior lisa.

Histológicamente se halla formado por una pared fibrosa, muy vascularizada que en su superficie interior presenta, en algunas partes, un revestimiento epitelial simple y discontinuo.

En consecuencia, se trata de un gran quiste verdadero cuya estructura no nos permite conocer con exactitud su origen.

En resumen: Se describe una observación de un grueso quiste solitario del polo inferior del riñón izquierdo, en una enferma de 70 años, en la que el diagnóstico preciso, pre - operatorio, de la localización y naturaleza del tumor, logrado sobre todo por medio de la exploración radiológica, permitió realizar la extirpación del enorme quiste a través de una incisión lumbar mínima, con un post - operatorio brevísimo y curación en 8 días.