

LOS QUISTES SEROSOS SOLITARIOS DEL RIÑÓN.
RELATO DE CINCO CASOS.

- **Dr. Enrique Parra Bernal**
Profesor de Urología de la
Universidad del Zulia. Urólogo del
Hospital Universitario de Maracaibo.
- **Dr. O. Bethencourt**
- **Dr. J. Molero Sánchez**
- **Dr. G. Vera Rodríguez**
- **Dr. Emonet Soto**
Del Servicio de Urología del
Hospital Universitario.

Los quistes serosos solitarios del riñón son entidades más frecuentes de lo que generalmente se cree, en los cuales el diagnóstico con los métodos que disponemos se hace hoy con más precisión.

En el presente trabajo luego de las consideraciones generales incluimos el estudio de cinco casos observados por nosotros.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La definición de los quistes del riñón expresada por Latulle¹ quedó sintetizada así:

"Los quistes verdaderos del riñón, son cavidades de bolsas deferenciadas, tapizadas por un revestimiento epitelial y de contenido líquido, desarrolladas en pleno parénquima renal, a costa de la substancia propia del riñón, e independientes del uréter y de la pelvis". (Fig. 1)

Así concebida la definición de esta entidad, quedan excluidas aquellas otras formaciones quísticas del riñón, como:

a) **Los Quistes de Retención**, resultantes frecuentemente de las modificaciones cicatriciales en el curso de evolución de la nefritis crónica, siendo simples o múltiples y de pequeño tamaño. Se encuentran en la superficie del riñón y no son más que dilataciones de las primeras vías excretorias, sin ningún interés clínico.

b) **Hidrocálíce y los Divertículos Caliciales Congénitos**: Como su nombre lo indica, no podrían encuadrarse desde el punto de vista anatómo-patológico en la afección que estudiamos.

c) **Las Cavernas Tuberculosas**, que por su carácter de cavidad neo-formada y su especificidad etiológica, difieren del concepto de quistes del riñón.

d) **Los Hematomas Traumáticos Enquistados**, como consecuencia de la extravasación de sangre y orina en los traumatismos del riñón y que se encuentran recubiertos por una membrana propia.



Fig. 1

En los verdaderos quistes del riñón, distinguimos las categorías siguientes.

- 1) **El Riñón Poliquistico**, entidad mórbida, congénita, y bilateral, caracterizada por la presencia de gran cantidad de quistes en el parénquima renal. Recientemente se ha pretendido englobar a la enfermedad poliquistica con el quiste solitario del riñón, en una sola entidad nosológica y bajo una misma denominación: **Quistosis del riñón**, en donde el quiste solitario del riñón, sería la misma expresión de un mismo proceso que encuentra en el riñón poliquistico su máximo representante. A este respecto, Narbana Arnaud,² dice:

"Entre Quiste solitario seroso y poliquistosis, la semejanza supera la unidad de posibilidades genéticas y anatomo-patológicas (análogo revestimiento epitelial de una pared conjuntiva, que se continúa con la esclerosis del parénquima vecino sin límites netos, etc.) para alcanzar a la clínica, pronóstico e incluso tratamiento de ambos procesos. La diferencia, deslumbrante a primera vista no resiste un estudio detallado más que como un hecho meramente cuantitativo, de uno a muchos quistes. Si lo que **técnicamente** es posible con el quiste aislado, solitario, lo fuera con todos los de la poliquistosis, el porvenir de estos enfermos sería igualmente **benigno**".

Nosotros consideramos que ciertamente el quiste solitario del riñón y la poliquistosis renal, desde el punto de vista anatomo-patológico y genético, son manifestaciones extremas de un mismo proceso, pero que por su sintomatología, tratamiento y fundamentalmente su pronóstico, presenta tan marcada diferenciación, que desde este punto de vista son entidades que deben ser estudiadas separadamente. (Fig. 2)

- 2) **La enfermedad Quística de las pirámides del riñón:** Descrita por R. Cacci y B. Ricci, esta entidad nosológica con personalidad propia, asienta en las pirámides. Tiene como característica principal su bilateralidad y conservación indemne del resto del parénquima.
- 3) **Los Quistes Hidatídicos:** Enfermedad del riñón sumamente rara entre nosotros cuyo agente etiológico es el equinococo. Recientemente tuvimos la oportunidad de estudiar un paciente con esta afección.
- 4) **Los Quistes serosos solitarios del Riñón:** Como su nombre lo indica son grandes quistes serosos del parénquima renal y frecuentemente únicos.

Fueron **Here** y **Thompson** quienes en 1850, hicieron el primer relato de esta enfermedad.

Lejars en 1888 describe 63 casos de quistosis del riñón.

Tenier en 1890, realiza un concienzudo estudio sobre quistes serosos.



Fig. 2

Brin, en 1911 relata al Congreso de Urología de París 53 casos.

Young, en 1923, hace referencia sobre algunos casos observados en un total de 12.500 historias urológicas.

Schmidt, en 1927, recogió 134 quistes solitarios serosos del riñón y **Peraazo**, revisa 350 casos.

DIEU, J.³ publica en 1959 en Bélgica sus observaciones sobre tres casos.

En Venezuela, no tenemos conocimiento que se haya publicado ningún trabajo al respecto.

F R E C U E N C I A

Hiroshi, da una frecuencia en clínica de uno por dieciocho mil y de uno por trescientos setenta y siete entre los tumores renales intervenidos.

Braasch,⁴ encontró en autopsias que se asemejan más a la realidad, tres a cinco por ciento.

Schmidt, llega a una proporción entre los enfermos renales de uno por noventa y uno.

Schmieden, llega a encontrar en dos mil cien operaciones sobre el riñón, once casos.

L O C A L I Z A C I O N

El sitio en donde asienta con más frecuencia es en el polo inferior, sesenta por ciento; mientras que en el polo superior se localizan el veintiuno por ciento; doce por ciento en el hilio y el siete por ciento en el borde convexo. (Fig. 3)

V O L U M E N

En relación a las dimensiones, es muy variable entre dos y dieciséis centímetros de diámetro.

Braasch y **Hendrych**, reportan un caso de treinta centímetros de diámetro.

F O R M A

Son de forma regular, ordinariamente ovoideos.

E D A D Y S E X O

La inmensa mayoría de los Quistes Serosos del Riñón, se diagnostican en la quinta década y preferentemente en el sexo femenino.

C O N T E N I D O

Líquido claro, seroso. La membrana traslúcida permite observar la limpidez del líquido del quiste.

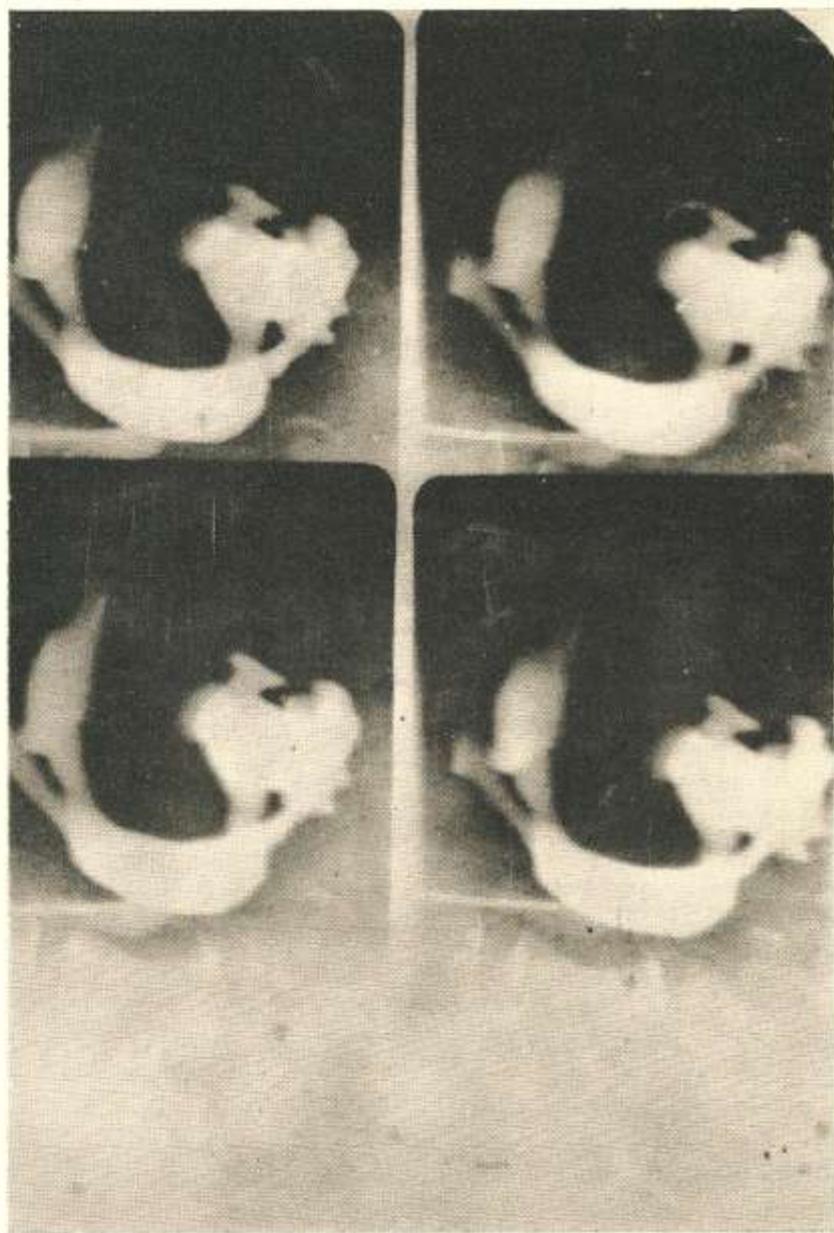


Fig. 3

La cavidad del quiste suele ser única, pero en algunos casos se encuentra tabicada con varios compartimientos en su interior.

RELACIONES

a) Con los órganos vecinos:

Las adherencias del quiste a los órganos peritoneales, son relativamente raras, por la gran movilidad del riñón, especialmente en los de localización en el polo inferior.

b) Con los vasos:

Los quistes de localización hilar son excepcionales afortunadamente y crean grandes dificultades en la hemostasia.

c) Con las vías excretorias:

Los pequeños quistes no producen lesiones en las vías excretorias, pero cuando son grandes o intraparenquimatosos profundos, comprimen, alargan y deforman las imágenes caliciales. Esta modificación en la forma de orientación de los cálices traduce gráficamente el diagnóstico preciso cuando son grandes y asientan en el polo inferior, el desplazamiento del riñón, puede originar compresión sobre la pelvis o el uréter.

d) Con el parénquima renal:

La mayoría de los quistes asientan en la periferia del riñón, en contacto directo con la cápsula renal de modo que podríamos tenerlos de intracapsulares.

Los quistes intraparenquimatosos de difícil diagnóstico son más raros. Asimismo, los quistes pediculados son de excepcional observación.

ANATOMIA PATOLOGICA

Los quistes del riñón, por su situación y su constitución anatómica son considerados como tumores anatómicamente benignos, sin un plano de clivaje que los separe del resto del parénquima renal.

En el examen microscópico, los tejidos subyacentes del parénquima renal se observan compactos, en oportunidades escleroso o atrófico, continuándose insensiblemente con el parénquima renal.

La pared del quiste es dura, fibrosa transparente, formada por una lámina única de células aplásticas que constituyen un epitelio. En algunas oportunidades presenta placas de sales calcáreas.

El líquido es un trasudado de aspecto claro. Su contenido en urea, sodio, potasio y cloro, es ligeramente inferior al del plasma sanguíneo, mientras que la albúmina y sobre todo la globulina están en mayor concentración, cuando en el líquido encontramos la presencia de glóbulos rojos, es debido principalmente a tres factores:

- 1) Por efecto de un traumatismo,
- 2) de un tumor papilomatoso benigno,
- 3) a la degeneración maligna (25 a 30%) de los quistes sanguíneos.

P A T O G E N I A

No está totalmente esclarecida la forma de producción de estos quistes.

- 1) Ciertos autores, admiten un factor congénito: Kampmeier,⁵ protege la malformación de los túbulos renales. Caulk, sostiene la reunión de los tubos uriníferos y los canales excretorios. Henthorne, asegura que son debido a la obstrucción de los linfáticos renales. Latteri,⁶ concluye sobre las inclusiones embrionarias de tejidos piélicos.
- 2) Otros autores piensan en un factor adquirido: Hepler,⁷ afirma que son debidos a la obstrucción de un grupo tubular asociado a la degeneración anémica del parénquima renal del mismo sector, por trastorno circulatorio.

Modernamente se acepta que los quistes pueden ser tanto de origen congénito como adquirido.

S I N T O M A T O L O G I A

Los quistes serosos, solitarios del riñón son en regla general asintomáticos. Cuando adquieren un tamaño relativamente grande son percibidos por la palpación de un tumor en el hipocondrio, con la semiología característica de los tumores con contacto lumbar.

El estudio urológico completo establecerá el diagnóstico. Los síntomas urinarios se manifiestan con relativa rareza:

- 1) El **dolor** con diversos grados de intensidad y duración, con distintos mecanismos de producción; es sordo, profundo, con sensación de peso o tirantez y lo manifiestan un 60% de los enfermos. Los cólicos nefríticos son de rara observación.
- 2) La **hematuria**, se observa en el 19% de los casos generalmente es microscópica y se debe a las lesiones de nefritis asociadas.
- 3) Alteraciones del **ritmo urinario**, como la disuria, nicturia, polaquiuria, se observan en un 13%.
- 4) Los síntomas **gastrointestinales**, derivados de la compresión quística o a un mecanismo reflejo que se aprecian en un 8% de los casos.
- 5) La **hipertensión arterial**, cuya sintomatología puede ser la que descubra el proceso quístico, se aprecia en un 10% de los casos.

D I A G N O S T I C O

Cuando los quistes son **grandes**, el diagnóstico puede hacerse fácilmente, con un estudio urológico completo.

Cuando son **medianos**, plantean problemas de diagnóstico diferencial.

Cuando son **pequeños**, aparecen insospechadamente en el curso de un acto operatorio sobre el riñón.

La presencia de una masa voluminosa en el hipocondrio, con contacto lumbar, acompañada de dolor, sin hematuria macroscópica, sin anemia y sin fiebre, nos pondrá sobre aviso de un quiste del riñón.

Complementamos el estudio en la forma siguiente:

a) **RADIO SIMPLE URINARIA:**

Observaremos una deformación como trazada al compás del contorno renal con un límite neto de separación entre el riñón y el tumor.

b) **UROGRAFIA DE ELIMINACION:**

Complementada eventualmente con la pielografía retrógrada mostrará el rechazamiento, compresión elongación de los cálices y muchas veces su amputación.

c) **ANGIOGRAFIA RENAL SELECTIVA:**

Permite demarcar las características periféricas y avasculares del quiste.

El retroneumoperitoneo, precisa los límites netos de la masa, al contrario de lo que acontece en el cáncer, donde las adherencias periféricas no permiten una buena visualización.

d) **LA PUNCION:**

Con inyección de un medio radio opaco, nos permite el diagnóstico exacto, sus dimensiones, contornos relacionados con el parénquima renal.

Procedemos exactamente igual a como se ha descrito para la Uretero Pielografía por Punción⁹ y una vez perforada la membrana del quiste, extraeremos unos 20 o 30 cms. del líquido seroso, el cual reemplazamos con el medio de contraste, tomando varias radiografías en diferentes posiciones.

Al líquido extraído le practicaremos estudios:

- a) químico
- b) microbiológico
- c) citológico

Este último especialmente si es hemorrágico, en cuyo caso la degeneración maligna puede que haya hecho su aparición y la intervención está planteada y será decidida precozmente.

En caso de duda, la lumbotomía exploradora nos dará luces en el diagnóstico definitivo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON UN CANCER

Los grandes quistes serosos del riñón son tumores anatómicamente benignos, que ningún plan de clivaje neto lo separa del parénquima subyacente y desde el punto de vista diagnóstico plantea un dilema capital.

Si se trata de un cáncer del riñón o de un quiste, y si este ha degenerado,

La eritrosedimentación se nos presenta normal en el quiste y aumentada en el cáncer. El neumoretroperitoneo es de límites netos y claros en el quiste e imprecisos en el cáncer.

La arteriografía suele revelar la zona tumoral, por estancamiento o acumulación del medio radiográfico inyectado; si es un quiste muestra una zona redondeada, claramente circunscrita y avascular.

La punción del quiste, es a nuestro modo de ver el método más efectivo.

P R O N O S T I C O

"Afección benigna por su naturaleza y efectos". (T. Tuffier)⁹

Los grandes quistes serosos del riñón son muy bien tolerados por largo tiempo.

Las complicaciones que pueden ocurrir son debidas al aumento de tamaño del quiste y la compresión sobre órganos vecinos.

La infección, la ruptura espontánea y traumática, en donde predominan los signos de hemorragia interna y la hemorragia intraquistica son de observación más frecuentes.

T R A T A M I E N T O

Los métodos terapéuticos que se emplean en el tratamiento quirúrgico de los quistes del riñón son:

a) Tratamiento Médico:

No tiene aplicación terapéutica sobre estos procesos quísticos. Solamente deben utilizarse para el tratamiento de las complicaciones.

"Tratándose de un proceso mecánico, que obedece a leyes físicas sólo puede dominarse por técnicas quirúrgicas". (Narbona Arnaud)²

b) Tratamiento Quirúrgico:

La punción, es un procedimiento de excepción. El contenido del líquido, a pesar de vaciarse, siempre vuelve a restituirse. Es

recomendada en aquellos casos en que por diversos motivos la intervención no es realizable o aconsejable.

La marsupialización, ha tenido sus defensores y hoy se utiliza poco.

La quistectomía total, es anatómicamente imposible. Asimismo son frecuentes los peligros de hemorragia y de fístula urinosa posterior.

La nefrectomía total, dado el carácter benigno de la afección no está indicada, salvo en los quistes voluminosos, casi sin parénquima renal.

La nefrectomía parcial, ella está indicada fundamentalmente en los quistes polares.

La quistectomía parcial, es la extirpación simple en collarete de la parte saliente del quiste, y constituye la mejor técnica a seguir.

La película epitelial que tapiza el fondo de la cápsula puede ser cauterizada con fenol al 50% y alcohol al 95%, o electrocoagulación.

Las estadísticas demuestran que es el procedimiento de elección, dada la sencillez unida a la benignidad de éste.

OBSERVACION N° 1

Nombre: E. M.

Edad: 71 años

Historia N° 28295

Fecha de Ingreso: 3-8-53

Fecha de Egreso: 5-9-53

Diagnóstico: Ptosis renal derecha

Ingreso: Paciente ingresado a nuestro servicio por presentar dolor en región lumbar derecha.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Enfermedad actual: Refiere la paciente que desde hace 7 meses presenta un dolor localizado en la región lumbar derecha. Polaquiuria. No acusa hematuria.

Examen Clínico: T. A. 140 mx. 80 mn. Pulso 72.

Se palpa tumoración que ocupa flanco, fosa iliaca y región lumbar derecha, del tamaño de una naranja, de consistencia elástica, con una escotadura en su parte media móvil, poco dolorosa a la palpación, limitable y acompaña a los movimientos respiratorios. Resto del examen físico: Normal.

Rutina de Laboratorio:

Hematología: Normal.

Serología: No reactiva.

Urea, glucosa, ionograma: normales.

Orina: Normal.



Fig. 4

Radioscopia pulmonar: Normal.

Estudio Radiográfico: Placa simple: "Se aprecia en el riñón derecho una sombra pequeña, que podría corresponder a un cálculo.

Urografía de Eliminación: Ambos riñones eliminan bien. Después de 5 minutos, riñón izquierdo y vías excretoras son normales.

Riñón derecho está doblado hacia la parte inferior y desciende en posición parada hasta la cresta ilíaca. El cálize medio e inferior están estirados por una tumoración redondeada. (Fig. 4)

Diagnóstico: Distopia del riñón derecho. Nefrolitiasis derecha. Quiste del Riñón.

Pieloureterografía retrógrada derecha: Placa simple: No muestra ningún cálculo en riñón derecho. Se constatan los datos descritos en la urografía de eliminación.

Estudio Cistoscópico: Se practicó el 18-8-53. Uretra y Vejiga cistoscópicamente normales. Se hizo cateterismo ureteral derecho con fines diagnósticos.

Acto Operatorio: Efectuado el 1-9-53.

Lesiones: Riñón de aspecto normal que presenta en su polo inferior una tumoración de unos 7 cms. de diámetro, de aspecto quístico.

Realizamos quistectomía parcial con resección en collarete. Sutura de la superficie denudada y tocamientos con ácido félico del endotelio restante.

Biopsia: Se ha recibido un fragmento de membrana de paredes lisas que presenta por una de sus caras esbozos de tabicamientos, mide en su eje mayor 13 cms.

Examen microscópico: En los cortes examinados apreciamos la pared de un quiste probablemente congénito, provisto de revestimiento endotelial en cuya trama fibrosa apreciamos glomérulos cicatrizados y múltiples conductillos uriníferos dilatados, con cilindros hialinos.

OBSERVACION N° 2

Nombre: J. N.

Edad: 50 años.

Historia N° 52017

Fecha de Ingreso: 4-1-56.

Fecha de Egreso: 18-1-56

Diagnóstico de Admisión: Tumor renal derecho.

Refiere: Que ingresa por presentar dolor en la región lumbar derecha.

Antecedentes personales y familiares, sin importancia.

Enfermedad actual: Paciente que desde hace 6 años, presenta dolor en región lumbar derecha, que se irradia a fosa ilíaca derecha, de fuerte intensidad.

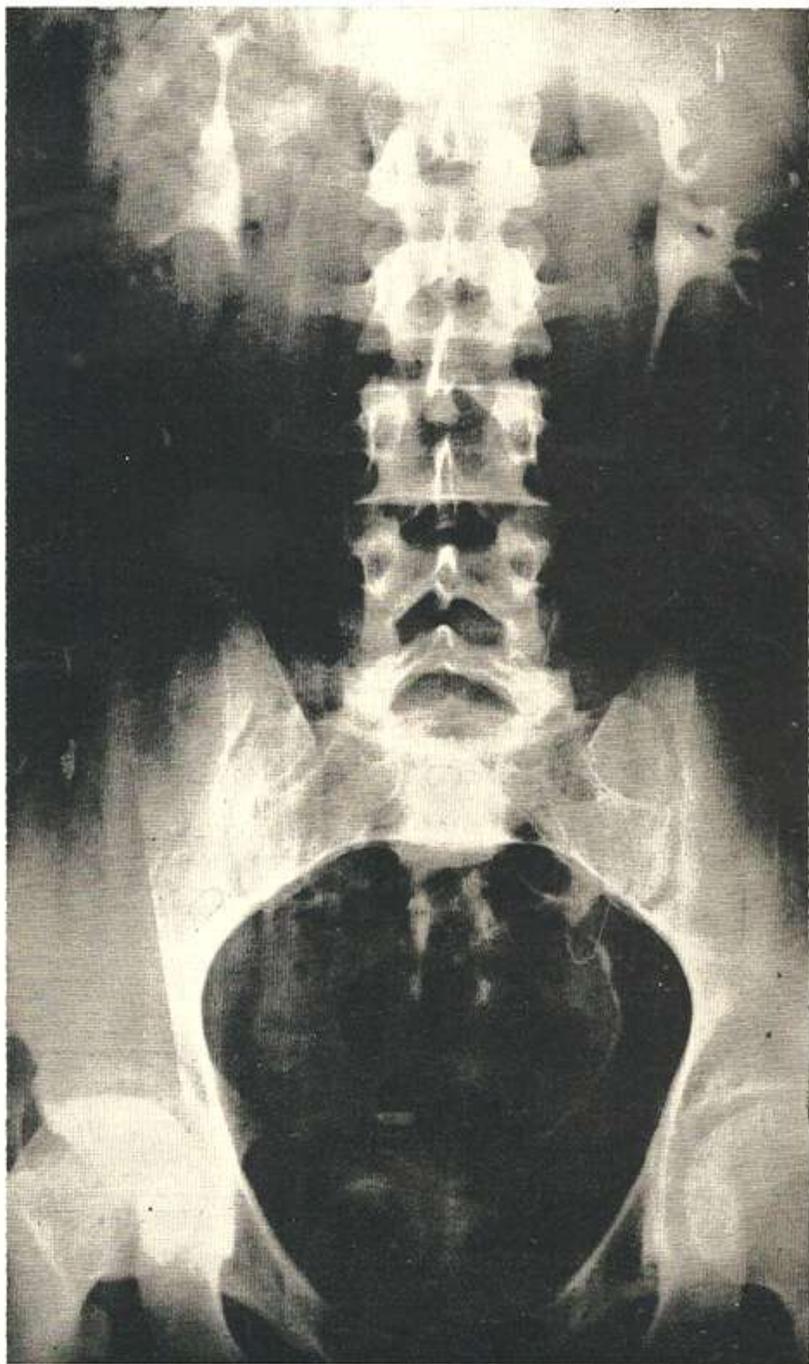


Fig. 5

Examen Clínico: Dentro de límites normales.

Rutina de Laboratorio:

Hematología: normal.
Serología: No reactiva.
Urea, glicemia, proteínas, sodio y potasio: normales.
Radioscopia pulmonar: Normal.

Radiografías: Placa simple: Tamaño de los riñones normales.

Urografía de Eliminación: Buena eliminación del medio de contraste. Riñón izquierdo, normal. Riñón derecho: se observa en el cáliz medio una irregularidad (quiste). La pelvis, los cálices y las papilas restantes: normales. (Fig. N° 5)

Urografía Retrograda: Riñón izquierdo: Normal.
Existe una desviación de los cálices medio del riñón derecho, por una tumoración redondeada (quiste).

NOTA: La paciente rehusó el acto quirúrgico.

OBSERVACION N° 3

Nombre: C. de T.

Edad: 73 años.

Historia N° 59309

Fecha de Ingreso: 4-9-56.

Fecha de Egreso: 18-9-56.

Diagnóstico de Ingreso: Hematuria.

Refiere: Que ingresa por presentar orinas sanguinolentas, desde hace varios meses.

Antecedentes personales y familiares, sin importancia.

Enfermedad actual: Acusa que desde hace meses presenta orinas ensangrentadas en la mañana. Polaquiuria.

Examen Clínico: Nada de Particular.

Rutina de Laboratorio:

Hematología: Normal.
Serología: No reactiva.
Urea, glicemia, heces, ionograma y proteínas: normales.
Cardiovascular: a) arterioesclerosis generalizada.
b) esclerosis aórtica.
c) cardioangioesclerosis.
d) escleroenfisema pulmonar.

Depuración: 72,5 %.

Fenolsulfataleína en dos horas: 53,3%.

Radioscopia Pulmonar: Normal.

Orina: Abundantes hematíes en el sedimento.

ESTUDIO RADIOLOGICO: Placa simple: Nada de particular.

Urografía de Eliminación: Buena eliminación por ambos riñones.
Riñón derecho: normal. Riñón izquierdo: deformación de los cálices

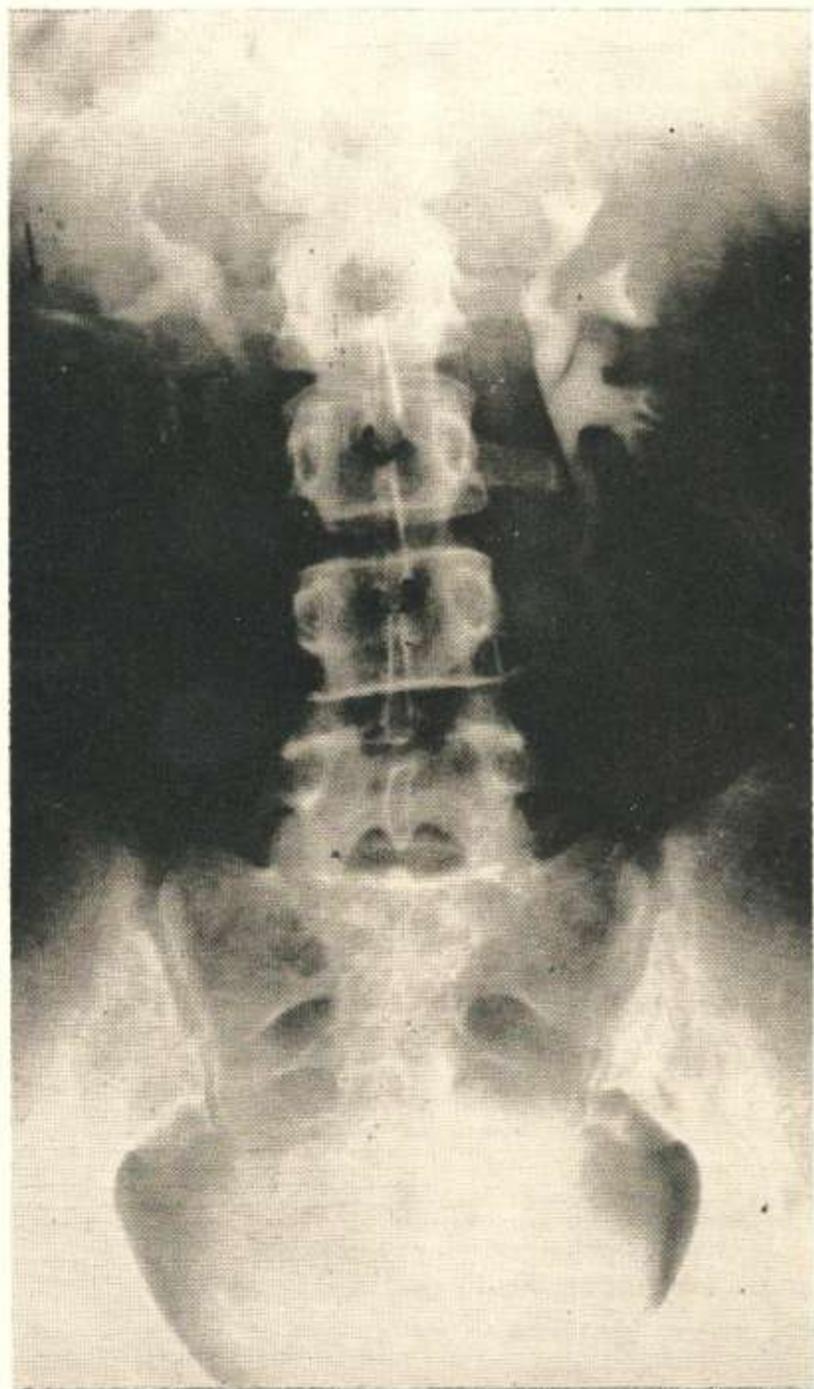


Fig. 6

por una tumoración redondeada. (Fig. 6)

Urografía Retrógrada: Riñón derecho: Normal. Riñón izquierdo: Se observa un rechazamiento de los cálices por una tumoración redondeada, la cual comprime también la pelvis.

Diagnóstico: Quiste solitario del Riñón izquierdo.

Estudio Endoscópico: Practicado el 6-9-56. Uretra y Vejiga cistoscópicamente normales. Se practicó cateterismo ureteral bilateral con fines diagnósticos.

Acto Operatorio: Efectuado el 10-10-56.

Lesiones: Riñón izquierdo aumentado de tamaño por formación de un quiste de contenido seroso, hacia el borde externo del riñón.

Intervención: Quistectomía parcial con resección de collarete. Sutura de la superficie denudada y tocamiento con ácido fénico del endotelio restante.

Biopsia: Fragmento de pared de un quiste de consistencia membranosa, de superficie irregular.

Examen Microscópico: Quiste de pared fibrosa, sin revestimiento epitelial. La pared está rodeada por parénquima renal atrófico.

OBSERVACION N° 4

Nombre: A. G.

Edad: 53 años.

Historia N° 67677

Fecha de Ingreso: 15-5-57.

Fecha de Egreso: 5-6-57.

Diagnóstico: Pionefrosis izquierda.

Refiere: Dolor y tumoración en región lumbar izquierda. Antecedentes familiares y personales, sin importancia alguna.

Estado Actual: Acusa comienzo de su enfermedad hace un año, con dolor en región lumbar izquierda irradiado a la región lateral del abdomen, del mismo lado. Aparece en forma de crisis, de varios días de duración, con gran intensidad, notando asimismo la presencia de una tumoración, en región lumbar izquierda.

Examen Clínico: T.A. 110mx. 70mm. Pulso 100.

Se aprecia en el flanco izquierdo una tumoración redondeada, adherente hacia la profundidad, con contacto lumbar, dolorosa, lisa, resistente.

Rutina de Laboratorio:

Hematología: Normal.

Serología: No reactiva.

Urea, glucosa y heces: normales.

Orina: Albúmina, cilindruria y hematuria.

Cardiovascular: a) taquicardia sinusal.

b) hipertrofia moderada del ventrículo izquierdo.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Placa simple: Se observa debajo de la sombra del riñón izquierdo tumor (quiste) de partes blandas, más o menos redondeado el

cual tiene posible conexión con el polo inferior del riñón izquierdo.

Urografía de Eliminación: En ambos riñones no observamos deformaciones pielocalcificales.

Urografía Retrógrada: Ninguna deformación del riñón izquierdo. Debajo del polo inferior del riñón izquierdo se observan dos tumores quísticos, los cuales tienen una conexión con el riñón.

Diagnóstico: Urografía retrógrada izquierda: Normal.

Se sospecha de dos quistes del parénquima del polo inferior del riñón izquierdo.

Estudio Cistoscópico: Practicado el 24-5-57, vejiga cistoscópicamente normal. Se hizo cateterismo ureteral izquierdo con fines diagnósticos.

Acto Operatorio: Practicado el 25-5-57

Intervención: Lesiones: tumoración del tamaño de una naranja, llena de un líquido claro, amarillento y en contacto con el polo inferior del riñón izquierdo, donde labra una muesca.

Se practicó quistectomía parcial con resección en collarete. Sutura de la superficie desnuda y tocamientos con ácido fénico del endotelio restante.

Biopsia: Dos trozos de membrana que extendidos miden aproximadamente 5×4 cms. Examen Microscópico: quiste solitario del riñón, cuya pared está formada por parénquima renal, atrófico, cicatricial; el estroma muestra infiltración linfocitaria.

Estudio del líquido del quiste:

- a) **Químico:** Se practicó examen químico del líquido del quiste con el informe siguiente: Rivalta positiva. Albúmina positiva.
- b) **Microbiológico:** coloración de Gram. No se encuentran gérmenes de infección específica, leucocitos escasos. Coloración Ziehl Neelsen: No se encuentran bacilos ácido alcohol resistentes.

OBSERVACION N° 5

Nombre: J. V. R. M.

Edad: 33 años.

Historia N° 003142.

Fecha de Ingreso: 12-1-62.

Fecha de Egreso: 26-1-62.

Diagnóstico: Nefrolitiasis izquierda. Quiste del riñón izquierdo.

Ingresó: Por presentar dolor en región lumbar izquierda. Fiebre. Antecedentes familiares y personales, sin ningún interés.

Examen clínico: Dentro de límites normales.

Estudio Radiográfico: Placa simple: Sombra renal derecha: normal riñón izquierdo: Cálculo grande y varios pequeños.

Urografía de Eliminación: Buena eliminación del medio de contraste por ambos riñones. Riñón derecho: Con imágenes de hiperpresión. Riñón izquierdo: Cálculo grande en pelvis y varios pequeños en cálice inferior. Además en el polo inferior se aprecia tumoración de unos 6 cms. de diámetro de límites definidos, que parece corresponder a un quiste.

Acto Operatorio: Se practicó el 17-1-62. Quiste seroso que ocupa el polo inferior del riñón izquierdo, de unos 8 cms. de diámetro. Se practicó quistectomía parcial con recepción en collarete. Sutura de la superficie desnuda y tocamientos con ácido fénico del endotelio restante.

No fue practicada Pielolitotomía por haberse presentado un problema de tipo anestésico.

Biopsia: Trozo de tejido de unos 4 X 5 cms. cuya pared es de 1 mm. de diámetro.

Examen Microscópico: Quiste con revestimiento epitelial, rodeado por una pared de tejido fibroso y parénquima renal atrófico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 LETULLE; Enc. Méd. Clin. F. "Quistosis del Riñón". 1962.
 - 2 NARBONA ARNAUD, B.; "Poliquistosis y Quistes Serosos Renales". 1953.
 - 3 DIEU, J.; "Los Quistes serosos solitarios del Riñón" Presentación de 3 casos - Acta Urol. Belg. 27. Pág. 14-23. 1959.
 - 4 BRAASCH W. F.; Surg. Gynec. and Obst. 97, 167. 1933.
 - 5 KAMPMEIER O. F.; Surg. Gynec. and Obst. 36, 208. 1923.
 - 6 LATTEI; 32º Cong. Soc. II Urol. 1929.
 - 7 HEPLER A. B.; Cirg. Gynec. and Obst. 50, 688. 1930.
 - 8 PARRA BERNAL, E.; Soc. Méd. Quir. Zulia 1, 6, 139-195. 1961.
 - 9 TUFFIER T.; Arch. gen. de Méd. 25 1891.
 - 10 CLARKE; et al. Differential diagnosis between cancer and solitary serous cyst of the kidney. J. of Urol., 75, 922, 1956.
 - 11 AINSWORTH, VEST.; The differential diagnosis between renal tumors and cyst. J. of Urol., 66, 740, 1951.
 - 12 EZICKSON, GREENE, Solitary cyst of the kidney with adenocarcinoma in the wall of the cyst. J. of Urol., 38, 153, 1937.
 - 13 SHIVERS, AXILROD.; Solitary renal cysts. J. of Urol., 69, 193, 1953.
 - 14 TRUC. Résection de kyste séreux du rein. J. d'Urol., 77, 208, 1951.
 - 15 LECOQC. Kystes solitaires du rein. J. d'Urol., 53, 449, 1946.
 - 16 LHEZ. Grand kyste solitaire du rein. Traitement conservateur. J. d'Urol., 55, 942, 1959.
 - 17 ATTWOOD, GRIEVE.; Solitary multilocular cyst of the kidney Brit. J. Urol., 30, 78, 1958.
-

ARMANDO TROUSSEAU

1801 - 1867

Uno de los más grandes clínicos que han existido, merecedor de numerosas distinciones y premios. Sus clases magistrales eran de un valor excepcional y su obra **Clinica Médica del Hospital Principal**, es modelo por la claridad de sus conceptos. Su memoria sobre tifoidea y sus conceptos sobre la traqueotomía, contribuyeron a cimentar su fama.

Enseñó a dar a cada síntoma su verdadero valor, a examinar cuidadosamente el enfermo y fue dueño de una extraordinaria habilidad para el diagnóstico y tratamiento. Falleció estoicamente a consecuencia de un cáncer que él mismo se había diagnosticado.

"Médicos Célebres". Imprenta Torres Aguirre, S.A. Uno"