

PSEUDOQUISTE PARA RENAL

(PSEUDOQUISTE PARARENAL ESPONTANEO BILATERAL (URINOMA, HIDROCELE RENALIS) REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA)

*Dr. Claudio Orsich Castelan**
*Dr. Jorge Elizondo Cerdas**

*Dr. Carlos Fonseca Solano**
*Dr. Ricardo Slon Hitti**

REPORTE DEL CASO:

Un hombre de 57 años de edad fue visto con historia de dos años de distensión abdominal periódica, dolor abdominal vago, mareos y lumbalgia y en las últimas 3 semanas dolor importante en el hipocondrio izquierdo. Al examen del abdomen se encontró una masa grande en hipocondrio izquierdo que se pensó era un bazo palpable grado III. Con antecedente de dos ingresos previos al Hospital San Juan de Dios. El primero en febrero 1979 por bloqueo A-V de 1er grado, EPOC y eritrocitosis 2o. con historia de 5 meses de distensión abdominal, disnea de medianos a pequeños esfuerzos y palpitaciones. Un fonomecanocardiograma fue compatible con cardiopatía isquémica y aortoesclerosis, Hematocrito en 64, examen de orina y creatinina normales. El segundo internamiento en febrero 1981 con Dx de bloqueo A-V completo, EPOC, artritis gotosa. En ese entonces tuvo una fractura del antebrazo derecho por una crisis de Stoke-Admas y refirió timpanismo postprandial por 3 años, disnea y edema de miembros inferiores y dolor de rodillas por 2 años y estaba siendo tratado con sangrías de 500 cc cada seis meses. El examen del abdomen fue negativo. El bloqueo

AV no respondió a Alupent y el 18-12-81 se le implantó un marcapaso permanente. Htu. en 65 y función renal normal. Además fue tratado con lanicor, teofilina, zyloprim y colchicina. En este tercer ingreso se internó en el Servicio de Hematología para estudio de esplenomegalia. El estudio de su policitemia mostró una masa eritrocítica normal y volumen plasmático disminuido lo que la definió como una policitemia relativa y secundaria a stress, diuréticos (causa más común) ICC o pérdida de sodio. Se pensó que la teofilina que recibía crónicamente podría ser un factor contribuyente. Una médula ósea mostró reacción normoblástica leve.

Un examen de orina se reportó con proteinuria (-), 10 eritrocitos y 4 leucocitos. Acido úrico en sangre en 12mg/o, pruebas de función hepática normales, hematocrito en 64, leucograma normal, electrolitos séricos normales y creatinina en 1.4 mg/o. Una centellografía hepatoesplénica reportó hígado y bazo normales y en gastroscopía se describieron várices esofágicas incipientes en el tercio inferior, gastritis aguda y compresión extrínseca gástrica.

En ultrasonido de abdomen hecho el 24-10-83 se encontraron masas renales bilaterales, izquierdo mayor que el derecho con colección de líquido rodeando a ambos riñones que se reportó como hidrocele renal bilateral. Luego un gama renal confirmó estos hallazgos y con PIV mostró la presencia de estas masas, lográndose

* *Servicios de Urología, Hematología y Medicina Nuclear, H.S.J.D.*

delinear el margen de la periferia renal y luego las masas periféricamente, con desviación de los ureteros hacia la línea media y sin evidencia de obstrucción ni extravasación. Se decidió observar al paciente en la consulta externa, y luego tuvo un último ingreso al Servicio de Urología el 16-1-84. Se le hizo un peilograma retrógrado bilateral encontrando en el lado izquierdo desviación del uretero hacia la línea media pero no evidencia de obstrucción o extravasación y en el lado derecho si se definió un sitio de extravasación en el infundíbulo superior.

Una Rx de tórax se reportó con cardiomegalía grado 1 y un derrame pleural izquierdo pequeño.

El 28-1-1984 se realizó una punción percutánea del hidrocele renal izquierdo por debajo de la doceava costilla en la línea axilar anterior se introdujo un trocar de diálisis peritoneal y se colocó un catéter semirígido de diálisis peritoneal alrededor del riñón y se obtuvo un líquido citrino.

El análisis preliminar del líquido perirenal mostró: creatinina 1.6 mg, proteínas 0.6g. TGO 6, TGP en 3, DHL en 150, K en 4 mg/l, un cultivo negativo por piógenos y cinco muestras enviadas a Patología negativas por células malignas.

El tubo permaneció alrededor del riñón por un total de 48 días drenando 6 litros en total. Se hicieron varios controles ultrasonográficos 29/1, 2/Febr -izdo desapareció, 3/2 izdo = 300 cc. 24/2 colección mod. izdo y finalmente 15/3 después de cerrar tubo por 3 días y obtener solo 10 cc al abrirlo que demostró muy escaso líquido).

El día después de la punción se encontró leucocitosis de 20.000 con 83 segm, y 00/o de bandas y la creat. sérica se elevó a 1.8mgo/o. Se protegió al paciente con ampicilina y a pesar de éllo tuvo pequeños picos febriles (31/1). El leucograma bajó a 14.100 sin bandas el 9/2 y la creatinina subió hasta 2.8 mg el 14/2.

Para tratar de investigar si el líquido perirenal era orina se determinó la creatinina simultáneamente en suero (2.6 mgo/o), líquido perirenal (3.7 mgo/o) y orina (32.5 mg) y además se inyectó azul de metileno i.v. y se dio pyridium V.O. sin notar cambio de color de líquido perirenal por lo que se pensó que era un trasudado. También se hizo un gama renal que no mostró evidencia concluyente de extravasación de orina. Unas P.T.= 6.4 g. A.3.7g, G= 2.7g A/G= 1.3 y se dio albúmina I.V. 29/1 (2 fcos).

El paciente tuvo además un período de I.C.T. y parestesias en lado der. y el neurólogo

pensó que ello estaba relacionado a su marcapaso y un TAC de cerebro mostró un higroma laminar subdural frontoparietal der. por hiperemia reactiva post isquemia. Se recomendó sangría, aspirina y persantín con mejoría.

El cardiólogo consideró que el paciente tenía un riesgo quirúrgico alto por EPOC con pruebas de función respiratoria muy alteradas (disfunción ventilatoria obstructiva moderada que mejora levemente con broncodilatadores). Por esto se manejó conservadoramente como se ha descrito y un día después de retirado el tubo del espacio perirenal se dio la salida y se siguió en la consulta externa. En una cita 2 meses post-punción no se palparon masas en abdomen, se encontró discreto edema de miembros inferiores y la única queja era dolor de rodillas. El 6-4-84 una creat. de control se reportó en 1.7 mgo/o, Ac. úrico en 9.5, P.T. 6.6g, A= 3.7g G= 2.9, A/G=1.2 y leucograma normal. Un ultrasonido de control 26-5-84 mostró desaparición de la masa perirenal izda y casi por completo también en el lado derecho desaparición de masa perirenal. Seis meses después de la punción el paciente está asintomático y continúa en tratamiento con lanicor, allopurinol, persantín y aspirina. En ningún momento se consideró prudente la exploración quirúrgica, biopsia renal o inyección de material esclerosante alrededor del riñón.

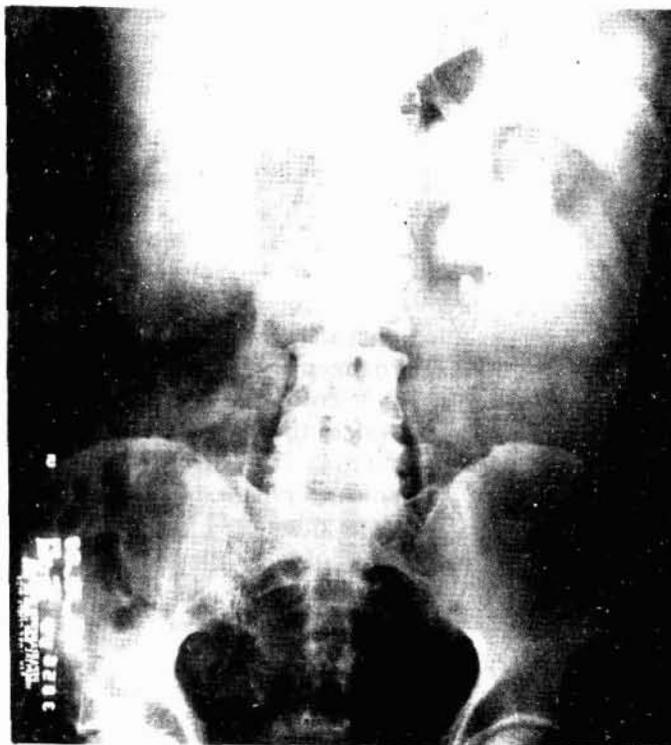


Foto 1



Foto 2



Foto 3

COMENTARIO

Se describe un caso muy raro de lo que se ha descrito como "hidrocele renal". Se han usado como sinónimos los términos de pseudoquistes pararenal, urinoma, pseudohidronefrosis y quiste perinefrítico. Se ha propuesto que la extravasación crónica de orina en el uretero o el riñón sin vía de drenaje puede resultar en una colección encapsulada de orina (1). La mayoría de los casos reportados en la literatura han sido resultado de trauma renal o ureteral (accidentes automovilísticos, lesiones por deporte, etc.). Más recientemente se han reportado casos postquirúrgicos de ureteros o riñones o cistoscopías con perforación de uretero o pelvis renal. Hay otros casos que se han considerado como de origen idiopático en los que no hay historia de trauma o cirugía previa. Estas condiciones se han encontrado en niños y pueden asociarse a factores predisponentes tales como obstrucción congénita en el tracto urinario. Una perforación espontánea del tracto urinario por un cálculo ha sido también descrita como posible causa. En el grupo traumático, frecuentemente se encuentran factores predisponentes como obstrucción, pieloectasia y ureterectasia. Se considera que el mecanismo de formación del pseudoquiste es un escape de orina en los tejidos perirenales o periureterales a través de un pequeño orificio en los cálices, pelvis o uretero. Si este goteo continúa y se hace persistente puede acentuarse por obstrucción a nivel de la unión ureteropélvica, bloqueo de uretero por una piedra coágulo o por compresión externa de hematoma retroperitoneal contiguo.

En vez de ser absorbido por los tejidos, la orina extravasada se cree que causa lisis de las células grasas y causa reacción fibroblástica que puede resultar en un rodeamiento completo de la colección de orina, simulando un quiste. Sin embargo, se diferencia de un quiste verdadero en que la pared está compuesta de tejido fibroso pero no tiene una cubierta epitelial. Se dice que el sitio de escape de la orina puede demostrarse por extravasación del medio de contraste que puede verse en un P. iv. o en un pielograma retrógrado y en algunos casos el pseudoquiste se llena con medio de contraste.

En nuestro caso, a pesar de que se encontró un sitio de extravasación en el lado derecho evidente en el pielograma retrógrado, el análisis del líquido perirenal es compatible con un trasudado y no con la presencia de orina rodeando el riñón. No encontramos descrito análisis similares

de casos previamente reportados y no sabemos si las características químicas del líquido podrían cambiar con el tiempo después de un escape inicial de orina.

Otras hipótesis que se proponen para explicar la formación de este pseudoquiste es la trombosis de venas renales pequeñas o un problema de obstrucción de drenaje linfático.

En este caso tuvimos la suerte de tener una desaparición de ambas masas, a pesar de que no se demostró comunicación entre ellas, después de la punción percutánea del lado izquierdo. Este es un caso muy raro, espontáneo, sin antecedente de trauma o cirugía y sin obstrucción demostrable y a pesar de que no podemos explicar con certeza la etiología consideramos importante de reportar.

RESUMEN

Se reporta un caso muy raro de pseudoquiste pararenal espontáneo que respondió bien a tratamiento conservador con punción y drenaje percutáneo de un lado con control ultrasonográfico. Se encuentran muy pocos casos reportados en la literatura mundial y la mayoría de ellos

con antecedente de cirugía o trauma y con obstrucción del tracto urinario. La etiología precisa de esta enfermedad no está bien establecida. Se describen posibles hipótesis de bloqueo al drenaje linfático, trombosis de venas renales pequeñas y de escape de orina en tejidos perirenales o periureterales a través de un pequeño orificio en el sistema colector. El estudio del líquido perirenal en este paciente sugiere que se trata de un trasudado y no de orina lo que pareciera no ir de acuerdo con esta última hipótesis descrita más frecuentemente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arnold, E.P.: Pararenal pseudocyst. *Brit. J. Urol.* 44: 40-46, Feb. 1972.
- 2.- Meyers, M.A.: Uriniferous perirenal pseudocyst: New Observations, *Radiology* 117: 539-545, Dic. 1975.
- 3.- Witten, Myers y Utz: *Emmett's Clinical Urography*. Philadelphia W.B. Saunders Co, 1977, 1370-1455-1463.