

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\* lectura fundamental)

- \*\*1. NELSON, C.P.; SANDA, M.G.: "Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma". *J. Urol.*, 168: 1315, 2002.
2. SERRANO FRAGO, P.; DEL AGUA ARIAS CAMISÓN, C.; GIL SANZ, M.J. y cols.: "Controversies related to epithelioid variant of renal angiomyolipoma: a review of the literature". *Urology*, 67: 846, 2006.
- \*3. CHRISTIANO, A.P.; YANG, W.; GERBER, G.S.: "Malignant transformation of renal angiomyolipoma". *J. Urol.*, 161: 1900, 1999.
- \*4. METRO, M.J.; RAMCHANDANI, P.; BANNER, M.P. y cols.: "Angiomyolipoma of the renal sinus: Diagnosis by percutaneous biopsy". *Urology*, 55: 286, 2000.
- \*5. BAERT, J.; VANDAMME, B.; SCIOT, R. y cols.: "Benign angiomyolipoma involving the renal vein and vena cava as a tumor thrombus: case report". *J. Urol.*, 153: 1205, 1995.
6. DITONNO, P.; SMITH, R.B.; KOYLE, M.A. y cols.: "Renal angiomyolipomas of the perinephric space". *J. Urol.*, 147: 447, 1992.
7. RUH, J.; MALAGO, M.; BUSCH, Y. y cols.: "Management of Budd-Chiari Syndrome". *Digestive Diseases and Sciences*, 50: 540, 2005.
- \*\*8. KUME, H.; KAMEYAMA, S.; KASUYA, Y. y cols.: "Surgical treatment of renal cell carcinoma associated with Budd-Chiari syndrome: Report of four cases and review of the literature". *European Journal of Surgical Oncology*, 25: 71, 1999.
- \*9. NAKAJIMA, Y.; BABA, S.; NAGAHAMA, T. y cols.: "Renal cell carcinoma presenting as Budd-Chiari syndrome". *Urol. Int.*, 44: 173, 1989.
10. YANAGIZAWA, R.; KARASAWA, E.; IIZUMI, T. y cols.: "Case of renal cell carcinoma causing Budd-Chiari syndrome by tumor thrombus of inferior vena cava". *Nipón Hinyokika Gakkai Zasshi*, 74: 1692, 1983.
- \*\*11. GARCÍA RTELLES, D.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E.; DE VICENTE, E. y cols.: "Estrategia quirúrgica en el carcinoma de células renales con extensión a la circulación venosa". *Actas Urol. Esp.*, 29: 448, 2005.
- \*12. FUJITA, H.; KAWATA, K.; SAWADA, T. y cols.: "Rabdomyosarcoma in the inferior vena cava with secondary Budd-Chiari syndrome". *Internal Medicine*, 32: 67, 1993.
13. KELLEHER, T.; STAUNTON, M.; MALONE, D. y cols.: "Budd-Chiari syndrome associated with angiomyolipoma of the liver". *Journal of Hepatology*, 40: 1041, 2004.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 3 (439-441), 2008

### **RUPTURA ESPONTÁNEA DE QUISTE RENAL SIMPLE EN EL SISTEMA PIELOCALICIAL. EVOLUCION DESDE BOSNIAK I A IIF**

Alberto Hernández Castrillo, Enrique de Diego Rodríguez, Miguel Ángel Rado Velázquez y José Manuel Lanzas Prieto.

Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo. Cantabria. España.

**Resumen.- OBJETIVO:** Comunicar un caso de ruptura espontánea de quiste renal simple en el sistema pielocalicial.

**MÉTODOS:** Exponemos el caso de una paciente de 47 años afecta de un quiste renal simple (Bosniak I) de 17 centímetros y de una litiasis renal ipsilateral. La paciente presentó una infección urinaria acompañada de fiebre y dolor lumbar, comprobándose después mediante TAC el drenaje espontáneo del quiste a la vía urinaria.

**RESULTADOS:** El quiste una vez drenado, se redujo en tamaño y se calcificó. Las calcificaciones son gruesas y nodulares. Actualmente presenta un quiste clasificable como Bosniak IIF.

**CONCLUSIÓN:** Los quistes renales simples pueden, bajo distintas circunstancias, romperse y drenar hacia la vía urinaria.

Correspondencia

Alberto Hernández Castrillo  
Servicio de Urología  
Hospital Comarcal de Laredo  
Avda. de los Derechos Humanos s/n  
39770 Laredo Cantabria. (España)  
a.h.castrillo@telefonica.net

Trabajo recibido: 18 de junio 2007.

**Palabras clave:** Quiste renal. Ruptura espontánea. Sistema pielocalicial. Bosniak.

**Summary.-** *OBJECTIVE:* To report the spontaneous rupture of a renal cyst into the adjacent pyelocalyceal collecting system.

*METHODS:* We present the case of a 47 year old woman with a 17 centimeter simple renal cyst (Bosniak I) as well as ipsilateral nephrolithiasis. The patient had a febrile urinary tract infection with flank pain. A subsequent CT scan revealed that this cyst spontaneously ruptured into the renal pelvis.

*RESULTS:* Follow up evaluations showed the former cyst has decreased in size and contain thick and nodular calcifications. At present it is a Bosniak IIF cyst.

*CONCLUSION:* Simple renal cysts can spontaneously rupture and drain into the adjacent renal collecting system.

**Keywords:** Renal cyst. Spontaneous rupture. Pyelocalyceal system. Bosniak.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes renales simples son muy frecuentes. Habitualmente son asintomáticos. Sin embargo pueden crecer y hacerse sintomáticos. La ruptura espontánea del quiste, y su comunicación con la vía excretora ha sido comunicada esporádicamente, y parece un proceso infrecuente (1-4). Presentamos un caso clínico, que creemos interesante por su rareza.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años de edad que acudió a consulta de urología tras cólico nefrítico derecho acompañado de hematuria. En tratamiento con diclofenaco por artrosis y lumbalgia.

La radiografía y ecografía mostraban una litiasis en el grupo calicial medio del riñón derecho y un quiste renal gigante. Se realizó TAC que informa de la presencia de quiste renal simple (Bosniak I), de 17 centímetros que abomba distorsionándolo, el riñón derecho, y litiasis ipsilateral de 8 milímetros (Figura 1). Serología de hidatidosis, negativa. Hemograma dentro de la normalidad.

La paciente tenía molestias lumbares y quería ser tratada del quiste. Se le informó de las distintas posibilidades. Quedó pendiente de drenaje percutáneo y esclerosis del quiste.

Posteriormente la paciente presentó cuadro de cistitis, y días después acudió a urgencias por fiebre elevada y

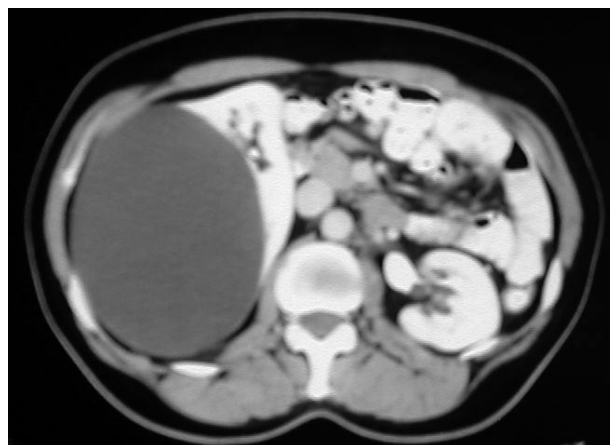


FIGURA 1. Quiste renal simple de 17 centímetros. Bosniak I.

dolor lumbar derecho. Se le pautó tratamiento antibiótico de modo domiciliario.

Dos meses después, cuando estaba programado el drenaje percutáneo, se descubre que el quiste se ha reducido de tamaño. Mide 6,4 centímetros. Además su pared se calcificó. Se confirmó mediante TAC con cortes tardíos que el quiste se comunicaba con el sistema pielocalicial (Figura 2). Presentaba microhematuria y leucocituria.

Tres meses después la paciente presentó cólico derecho y cistitis. La litiasis se encontraba en pelvis renal. La paciente tenía infección urinaria por *E.Coli*, que se trató en dos ocasiones, primero con Amoxicilina-Clavulanico, y luego con Trimetropin-Sulfametoxazol. Finalmente la infección fue curada y se trató la litiasis mediante litotricia extracorpórea. Desde entonces la paciente esta asintomática.

Un año después de la ruptura del quiste, se realizó TAC donde se observa que la lesión mide 2,9 centímetros de diámetro, presenta calcificaciones gruesas y nodulares, y no capta contraste. Bosniak IIF. (Figura 3).

Posteriormente han transcurrido 2 años mas. Ecografías de control, UIV, y TAC, confirman que la lesión no ha variado su aspecto. No se ha vuelto a demostrar comunicación con la vía urinaria. La paciente permanece asintomática.

## DISCUSIÓN

Los quistes renales simples son las lesiones renales benignas mas frecuentes. Los quistes, habitualmente asintomáticos, pueden sin embargo crecer y complicarse. La ruptura espontánea de un quiste renal conocido, documentado por imágenes radiológicas, ocurre excepcionalmente (1-5).

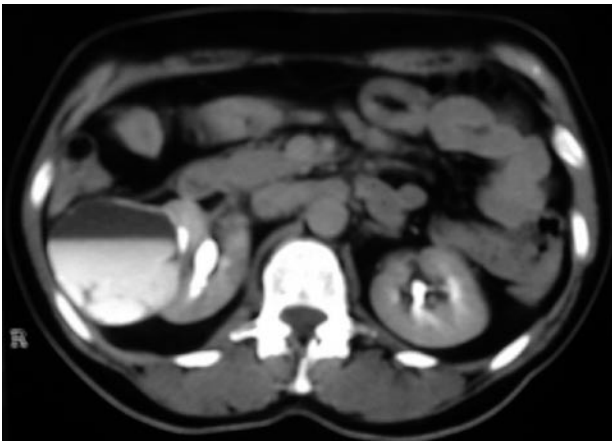


FIGURA 2. El quiste se comunicó con la vía excretora y su pared se calcificó. Mide 6,4 centímetros. Se puede observar el nivel de contraste dentro del quiste en los cortes tardíos del TAC.

Cuando se produce esta ruptura a la vía urinaria, la hematuria bien sea macroscópica o microscópica es el signo clínico más frecuente. Además los pacientes pueden presentar dolor lumbar y fiebre (1).

Las condiciones clínicas que predisponen a la ruptura espontánea son (1,2): La infección del tracto urinario; Los aumentos de presión dentro del quiste, por sangrado intraquístico (3), por hipertensión o desórdenes de coagulación. El aumento de presión dentro de la vía urinaria, por uropatía obstructiva, litiasis (4,5).

Después de la ruptura, la evolución puede variar, desde el cierre, (con o sin colapso de la cavidad quística), a la

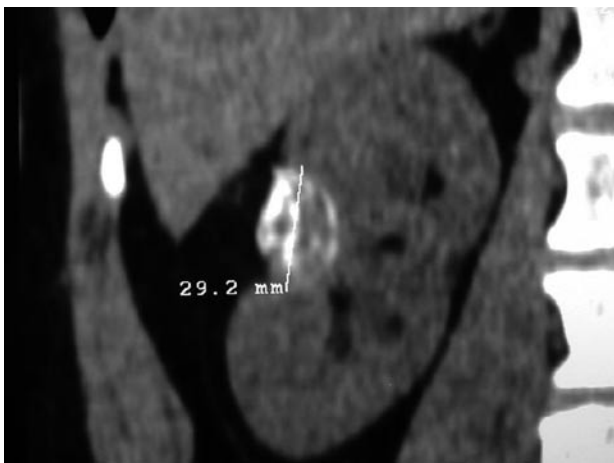


FIGURA 3. La lesión mide 2,9 centímetros. Muestra calcificaciones gruesas y nodulares. No capta contraste. Bosniak IIF.

persistencia de la comunicación con la vía urinaria (1). Habitualmente el proceso es autolimitado y requiere sólo un tratamiento médico conservador (1,2). A veces el sangrado es importante y puede requerir transfusión o incluso intervención quirúrgica (1,2). La punción percutánea o la intervención quirúrgica pueden ser necesarias para esclarecer el diagnóstico (1,3), o para tratar la infección (1,5).

Nuestra paciente presentó dolor lumbar y fiebre, tras un cuadro de cistitis. Todo ello fue interpretado como un cuadro de pielonefritis aguda. Esta infección, tal vez combinada con la presencia de la litiasis, parece la causa que precipitó la ruptura del quiste.

Al comunicar con la vía excretora el quiste se drenó, reduciéndose en tamaño y calcificándose. Posteriormente no ha vuelto a demostrarse comunicación con la vía excretora, aunque no se ha practicado ningún procedimiento específicamente dirigido a ello, como hubiese sido una pielografía retrógrada. El quiste está calcificado groseramente y no capta contraste.

Es interesante la evolución de las imágenes desde un quiste Bosniak I a Bosniak IIF. La evolución clínica de la enferma ha sido la curación de sus molestias lumbares, estando actualmente asintomática.

## CONCLUSIÓN

La ruptura espontánea del quiste simple hacia la vía urinaria, es un proceso excepcional, que en nuestro caso ha dado solución a un quiste gigante que producía molestias lumbares.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

- \*\*1. PAPANICOLAU, N.; PFISTER, R.C.; YODER, I.C.: "Spontaneous and traumatic rupture of renal cysts: Diagnosis and outcome". *Radiology*, 160: 99, 1986.
- \*2. McLAUGHLIN, A.P. 3rd.; PFISTER, R.C.: "Spontaneous rupture of renal cyst into the pyelocaliceal system". *J. Urol.*, 113: 2, 1975.
3. MAYAYO, T.; MAGANTO, E.; MATEOS, J. y cols.: "Hemorragia y comunicación calicial de quiste seroso renal. Dificultad diagnóstica". *Actas Urol. Esp.*, 2: 85, 1978.
4. OKUBO, Y.; OGAWA, M.; TOCHIMOTO, M. y cols.: "Spontaneous communication between a simple renal cyst and the pyelocaliceal system with a gas producing infection". *Urol. Int.*, 70: 335, 2003.
5. ANDRÉU GARCÍA, A.; LÓPEZ ARAMBURU, M.A.; GUTIÉRREZ MINUÉS, E. y cols.: "Rotura de la vía excretora a quiste renal, secuestro del mismo y posterior infección como complicación de litiasis ureteral". *Arch. Esp. Urol.*, 44: 194, 1991.