

Oclusión intestinal por quiste renal: presentación de un caso singular

Intestinal obstruction by kidney cyst: a singular case report

Álvarez, Germán Joubert; Rosales Campos, Rolando Dario

 Germán Joubert Álvarez

revistaacc@academiaciencias.cu

Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba,
Cuba, Cuba

 Rolando Dario Rosales Campos

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.
Cuba, Cuba

Anales de la Academia de Ciencias de Cuba

Academia de Ciencias de Cuba, Cuba

ISSN-e: 2304-0106

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 11, núm. 3, e993, 2021

revistaacc@academiaciencias.cu

Recepción: 06 Marzo 2021

Aprobación: 20 Junio 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/444/4442475040/>

Autor de correspondencia: revistaacc@academiaciencias.cu

Resumen: La oclusión intestinal es una emergencia médica cuyo tratamiento debe imponerse, tan pronto como se establezca un diagnóstico preciso, para evitar complicaciones. **Objetivo:** Describir los aspectos clínicos y quirúrgicos distintivos de un paciente con obstrucción intestinal por quiste renal en el Hospital Provincial Saturnino Lora en el año 2020. **Caso clínico:** Paciente masculino de 89 años que acude al médico por retención de heces fecales y gases, dadas sus manifestaciones clínicas y los resultados de complementarios, es diagnosticado con oclusión intestinal por tumor de colon. En el transoperatorio se halla un quiste renal compresivo de ángulo hepatocólico, con 18 centímetros de diámetro. Se realiza marsupialización del quiste renal derecho. **Conclusiones:** El quiste gigante determinó la oclusión intestinal mecánica con manifestaciones típicas dadas por no expulsión de heces fecales y gases por el recto, abdomen globuloso y distendido con timpanismo generalizado. La marsupialización demostró eficacia manteniendo al paciente en un perfil de seguridad adecuado.

Palabras clave: caso clínico, marsupialización, oclusión intestinal, quiste renal.

Abstract: Intestinal occlusion is a medical emergency whose treatment must be imposed, as soon as an accurate diagnosis is established, to avoid complications. **Objective:** To describe the distinctive clinical and surgical aspects of a patient with intestinal obstruction due to renal cyst at Saturnino Lora Provincial Hospital in 2020. **Clinical case:** An 89-year-old male patient who visits the doctor because of stool and gas retention; given its clinical manifestations and the results of complementary tests, he is diagnosed with intestinal occlusion due to a colon tumor. During the intraoperative period, a compressive renal cyst with a hepatocolic angle was found, measuring 18 centimeters in diameter. Marsupialization of the right renal cyst is performed. **Conclusions:** The giant cyst determined mechanical intestinal occlusion with typical manifestations, that is, stool and gas retention, a globular and distended abdomen with generalized bloating. Marsupialization demonstrated efficacy by keeping the patient in an adequate safety profile.

Keywords: clinical case, marsupialization, intestinal occlusion, renal cyst, renal cyst.

INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal es el conjunto de síntomas y signos que aparecen a consecuencia de la interrupción o disminución del tránsito intestinal y de su contenido. Es una entidad bien definida desencadenada por una interferencia al flujo intestinal por gases, líquidos y sólidos, y llega a comprometer la circulación sanguínea.⁽¹⁾

Representa del 15 % al 20 % de todas las consultas vista en un servicio de emergencias por dolor abdominal, cerca de 300 000 admisiones hospitalarias anuales en los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.) y causa la mortalidad en casi 30 000 de los casos, para tasas de mortalidad del 3,5 % hasta el 6 % o 7 %. Otros autores mencionan tasas de mortalidad del 1 % en la oclusión simple y del 30 % aproximadamente en la obstrucción por estrangulación.^(1,2)

En los EE. UU. representa el 16 % de todas las admisiones quirúrgicas y más de 300 000 cirugías por año. Tan solo en Escocia, se realizó un estudio epidemiológico en donde se demostró que el 5,7 % de las readmisiones hospitalarias en un período de 10 años estuvo directamente relacionado con adherencias abdominales y el 3,8 % de esas admisiones requirieron tratamiento quirúrgico; mientras que, en Suecia, se ha estimado que 13 millones de euros al año son destinados solo a la enfermedad oclusiva por adherencias.⁽³⁾

En el 2019, en Cuba, en la categoría “hernias y oclusión intestinal sin hernia” se incluye un total de 727 defunciones, para una tasa bruta de mortalidad de 6,5.⁽⁴⁾ No fueron halladas fuentes más discriminativas sobre la epidemiología de la oclusión intestinal en Cuba.

Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida, debiéndose principalmente a adherencias, presencia de hernias internas, hernias de pared abdominal, neoplasias o trastornos metabólicos. Aproximadamente, el 80 % se deben a hernias o tumores cancerígenos; si se tuvo un procedimiento quirúrgico abdominal previo, hasta un 40 % se deben a adherencias. Las adherencias son la causa más frecuente de obstrucción, en más del 90 % de los casos en pacientes con historia previa de cirugía intraabdominal generalmente complicada como en la úlcera péptica perforada y peritonitis generalizada secundaria. La segunda causa más frecuente de obstrucción en general y la primera en pacientes que no han sido intervenidos quirúrgicamente son las hernias.⁽⁵⁾

En los diferentes recursos consultados no fueron encontrados precedentes publicados de oclusión intestinal por quiste renal, por lo que se considera novedoso presentar ante la comunidad científica un caso clínico de tan singular causa con el objetivo de describir los aspectos clínicos y quirúrgicos distintivos de un paciente con obstrucción intestinal por quiste renal en el Hospital Provincial Saturnino Lora en el año 2020.

Problema científico: ¿cuáles son las características clínicas y quirúrgicas que distinguen a un paciente con obstrucción intestinal por quiste renal? Justificación de la Investigación: La oclusión intestinal constituye una de las principales presentaciones del abdomen agudo en pacientes adultos, sin embargo, se observa como consecuencia, más frecuente, las adherencias y las hernias. Presentar un caso clínico de oclusión intestinal producida por quiste renal, constituye un hecho de actualización del pensamiento médico que permitirá considerar a esta entidad como causa potencial de oclusión intestinal, cuando las causas frecuentes son negativos a los criterios de diagnóstico. Esta experiencia facilitará al médico cirujano general o de vías urinarias, mantener una conducta clínica quirúrgica eficaz mediante medios diagnósticos y técnicas quirúrgicas convencionales, así como servirá de material bibliográfico para posteriores investigaciones y como fuente de consulta para los profesionales de la salud interesados en el tema.

NOTAS DE AUTOR

rolandodario@nauta.cu

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 89 años de edad, jubilado, natural de Santiago de Cuba, que acude al centro debido a que no expulsa heces fecales y gases por el recto hace alrededor de 7 días. Con antecedentes de hipertensión arterial hace aproximadamente 60 años con tratamiento regular con nifedipino 1 tableta cada 12 h; diabetes mellitus hace más o menos 3 años con tratamiento regular con glibenclamida 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida; glaucoma con tratamiento regular con timolol en gotas cada 12 h; cardiopatía hipertensiva y hernia discal, cuyo tiempo de aparición no precisa; refiere además antecedente de anemia no estudiada. Dichos síntomas se acompañaron solo de decaimiento. Negó vómitos u otra sintomatología. Con este cuadro se decidió su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Al examen físico se reportó: abdomen globuloso, distendido, que sigue los movimientos respiratorios y los golpes de tos. Doloroso a la palpación profunda difusa en hemiabdomen inferior. No reacción peritoneal. No tumoraciones ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos aumentados. Timpanismo abdominal generalizado.

Como parte del estudio fueron realizados exámenes complementarios, con fecha: 23 de octubre de 2020. El hemograma completo informó: Hto: 0,34 L/L, Leu: 11,8 x 10⁹/L, con diferencial: PNN: 70 %, Mon: 2 %, Linf: 28 %. Así mismo se informó: glucemia en 9,6 mmol/L; ionograma arterial: pH: 7,41; pCO₂: 32,8 mmHg; pO₂: 149,2 mmHg; Na: 140,1 mmol/L; K: 4,1 mmol/L; Cl: 94,1 mmol/L; HCO₃:

20,9 mmol/L; el electrocardiograma no mostró alteraciones isquémicas agudas.

En los estudios imagenológicos se informó: radiografía de tórax posteroanterior de pie: área cardiaca de tamaño normal, ateroma del cayado, no alteraciones pleuropulmonares; radiografía de abdomen simple: niveles hidroaéreos hacia el flanco derecho, cavidad gástrica fúndica dilatada; Colon por enema: opacificación no homogénea del medio de contraste por materia fecal, el cual opacifica hasta el ángulo hepático, no se logra terminar el estudio porque el paciente no retuvo el medio de contraste. Vaciamiento incompleto.

El paciente se informa para operación mayor urgente con el diagnóstico presuntivo de oclusión por tumor de colon. Previa antisepsia y colocación de paños de campo, se realiza incisión media supra e infraumbilical por planos hasta llegar a cavidad encontrando cierta dilatación del ciego, se realiza apertura de fascia de Toldt derecha, encontrando quiste renal de aproximadamente 18 cm de diámetro que comprimía ángulo hepático del colon. Se realiza marsupialización del quiste renal. Se revisa resto de la cavidad abdominal, desde el ángulo de Treitz hasta el recto, sin presencia de tumor. Se coloca drenaje y se cierra por planos.

Se concluye como diagnóstico definitivo una oclusión intestinal por quiste renal derecho.

DISCUSIÓN

El riñón es uno de los lugares del organismo donde más frecuentemente se desarrollan quistes. ⁽⁶⁾ La prevalencia de los quistes renales simples varía de 7 % a 10 % dependiendo de las series estudiadas, y la mayor parte de los estudios reportan un incremento de la prevalencia directamente proporcional con la edad. Otros factores relacionados con su desarrollo incluyen al sexo masculino, hábito de fumar, hipertensión, y disfunción renal. ^(7,8)

Los quistes renales simples son muy frecuentes en la práctica médica y por el hecho de que en la mayoría de los casos cursa asintomático, pueden llegar a tener gran tamaño, denominándose quistes gigantes. Las manifestaciones clínicas son dependientes de compresión sobre otros órganos. Es raro que un quiste renal simple gigante sobrepase la línea media y tenga compresión de tantos órganos intraabdominales, este es un hecho poco descrito en la literatura médica. ⁽⁹⁾

La Revista Cubana de Cirugía, en el año 2009, reportó a una paciente de raza blanca, de 59 años de edad, con antecedentes de salud aparente, cuyo motivo de consulta fue dolor lumbar izquierdo constante, sordo y

gravativo, de larga evolución, que posteriormente se acompañó de toma del estado general. A la exploración física se constató un tumor palpable

en la fosa lumbar izquierda, que llegaba al flanco ipsilateral.

En la ecografía renal se observó imagen T compleja hacia el polo superior y cara posterior del riñón izquierdo, que medía 128 mm x 94 mm x 105 mm. Luego de practicarse nefrectomía total izquierda, el estudio por anatomía patológica informó quiste del polo superior con hematoma organizado intraquistico.

⁽¹⁰⁾ Ambos pacientes a pesar de tener la misma entidad, tuvieron una presentación clínica totalmente diferente, posiblemente debido al tamaño del quiste renal. Al mantenerse de forma indolora en el paciente masculino, alcanzó mayores dimensiones, que dio como resultado la compresión de órganos vecinos y por tanto la oclusión intestinal. Por otro lado, además de la localización, también los diferencia el tratamiento quirúrgico realizado optando por uno más conservador con la marsupialización.

En otro caso reportado, un quiste renal izquierdo de 9 cm de diámetro fue descubierto de forma incidental mediante tomografía axial computarizada (TAC), en una paciente femenina de 56 años de edad, cuyo estudio anatomopatológico determinó paredes del quiste renal con aislados grupos celulares sospechosos de malignidad (carcinoma de células claras) para posterior realización de nefrectomía radical laparoscópica.⁽¹¹⁾ Carácter maligno que no tuvo en el paciente presentado en esta investigación.

En un estudio de 64 pacientes, con una edad media de 46 (21-65) años, sometidos a marsupialización laparoscópica de quistes renales grandes con una dimensión promedio de (4

x 5-16 x 12) cm. Los síntomas de presentación fueron dolor renal (100 %), asociado a hipertensión (28 %), disfunción renal (4,7 %), hematuria (4,7 %), obstrucción de la unión uretero-pélvica (7,8 %), urolitiasis ipsilateral (4,7 %), riñón poliquístico (6,3 %), quiste suprarrenal (1,6 %) y quistes retroperitoneales (1,6 %).

⁽¹²⁾ En similitud al paciente en cuestión, solo coincide el antecedente de hipertensión arterial.

En la muestra de 80 pacientes evaluados en tres hospitales de Corea del Sur, el rango de edad estuvo entre de 43 años a 87 años. Los síntomas más comunes fueron hipertensión, hematuria microscópica e hidronefrosis. El tamaño medio del quiste fue de aproximadamente 73 cm, con un rango de 53 cm a 118 cm, a predominio del riñón derecho.⁽¹³⁾ Al observarse dimensiones mayores de los quistes renales, síntomas diferentes y un rango de edad inferior, el paciente presentado no coincide con estos hallazgos, excepto en la localización derecha del quiste. En contraste, en estas series o estudios de caso no se reportaron pacientes con oclusión intestinal debido al quiste renal.

En la serie descrita en el Hospital Universitario Manuel Fajardo sobre oclusión intestinal, el sexo que predominó fue el masculino, con una edad mayor o igual a 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial se detectó un 36,3 %; padecían

diabetes mellitus el 32,8 %; hallazgos estos que coinciden con el paciente presentado en esta investigación. El número de pacientes que tenían como antecedentes patológicos personales hernias abdominales externas, fueron 20 pacientes, para un 21,5 %; obesos fueron reportados 16, para un 10,9 % y con cáncer se trataron 10 pacientes (6,8 %), según los datos obtenidos a partir de las fuentes primarias de información; estos últimos datos no fueron encontrados en el paciente. Con respecto a los síntomas, predominaron en su investigación el dolor abdominal, distensión abdominal simétrica, constipación y ruidos hidroaéreos aumentados, comportamiento similar al que tuvo el caso presentado. Sin embargo, en su muestra no se declararon casos de obstrucción intestinal provocada por quiste renal, lo que demuestra la novedad y singularidad de ese caso.⁽¹⁴⁾

En otro estudio realizado las bridas fue el diagnóstico transoperatorio que predominó en los pacientes de ambos sexos, seguido de las hernias y los tumores intestinales. Las bridas predominaron en todos los grupos de edad, las hernias en el grupo de 65 y más, y los tumores intestinales en los grupos de 45 a 64 y 65 años y más. La lisis de bridas fue el procedimiento empleado en las oclusiones por bridas; en las hernias, la quelotomía

y herniorrafia (acompañada de un elevado por ciento de resecciones de intestino delgado); y en los tumores intestinales, las transversostomías. Todos estos hallazgos, no coinciden con el paciente presentado.⁽¹⁵⁾

Aunque el quiste renal se observa con frecuencia en los adultos el tratamiento quirúrgico es infrecuente porque se realiza en pacientes que presentan quistes grandes sintomáticos. La cirugía lumbolaparoscópica se considera la vía idónea para su tratamiento pues se logra la resección de las paredes del quiste y evacuar su contenido, exhibe resultados superiores a la punción percutánea y a la intervención quirúrgica abierta convencional y tiene muy baja morbilidad.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, al sospecharse inicialmente que la oclusión intestinal era debida a un tumor de colon se optó por un abordaje a cielo abierto, debido a que la técnica laparoscópica en estos casos se recomienda solo en programas de cirugía laparoscópica avanzada.⁽¹⁷⁾ Basado en que el diagnóstico de quiste renal no estuvo claramente definido, se justifica entonces, la realización de la marsupialización abierta.⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

En este paciente, sostienen la racionalidad del diagnóstico de quiste renal, la presencia de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, el sexo masculino y la edad avanzada.

Dada su presentación totalmente indolora, el quiste tomó grandes dimensiones lo que determinó la oclusión intestinal

mecánica caracterizada por manifestaciones clínicas típicas como no expulsión de heces fecales y gases por el recto, abdomen globuloso y distendido con timpanismo generalizado. Dadas sus características, la marsupialización del quiste renal, demostró eficacia y seguridad, permitiendo su ejecución por el cirujano general, sin necesidad de conocimientos o habilidades de avanzada, disminuyendo el tiempo quirúrgico. La no ocurrencia de eventos adversos postquirúrgicos severos evidenció un perfil de seguridad adecuado.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Héctor José Pérez Hernández.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, del Campo Abad R. Síndrome oclusivo mecánico. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía: Afecciones quirúrgicas frecuentes. Libro de cirugía. La Habana: Ciencias Médicas. 2016;2:855-81p.
2. Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Mazota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. Medicina Integral [en línea]. 2001 [citado: 5 dic 2020]; jun; 38(2):5p. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-r.vista-me-dicina-integral-63-articulo-pancreatitis-aguda-13022406>
3. Bolívar Rodríguez MA, Cortés Ramos MA, Fierro López R, Cázarez Aguilar MA, Morgan Ortiz F. Obstrucción del intestino delgado por adherencias. Rev Med UAS [en línea]. 2020 [citado: 5 dic 2020]; ene-mar; 10(1):17p. Disponible en: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n1/obstruccion.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana, 2020.
5. Arias Silva R. Obstrucción intestinal. Rev Med Sinergia [en línea]. 2016 [citado: 5 dic 2020]; oct; 1(10):5p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7070360.pdf>
6. Durán Álvarez S. Quistes renales: concepto y clasificación. Rev Cubana Pediatr [en línea]. 2007 [citado: 5 dic 2020]; ene-mar; 79(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100011

7. Chen J, Ma X, Xu D, Cao W, Kong X. Association between simple renal cyst and kidney damage in a Chinese cohort study. *Ren Fail* [en línea] 2019 [citado: 2 feb 2021]; jul; 41(1):600-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC669781/>
8. Eissa A, El Sherbiny A, Martorana E, Pirola G, Puliatti S, Scialpi M, et al. Non-conservative management of simple renal cysts in adults: a comprehensive review of literatura. *Minerva Urol Nefrol.* [en línea]. 2018 [citado: 3 mar 2021]; abr;70:179-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29611673/>
9. Suárez Díaz, Arocha Molina Y, Jordán Alonso A, Ruiz Reyes R, Jiménez Álvarez A. Quiste renal gigante: Presentación de caso. *Rev. Med. Electrón.* [en línea]. 2013 [citado: 5 dic 2020]; jul-ago; 35(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400012&lang=es
10. Sandoval Jiménez O, Santana Sarrhy L. Quiste renal complejo: caso difícil de diagnosticar. *Rev Cubana Cir.* [en línea]. 2009 [citado: 5 dic 2020]; sep-dic; 48(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000400013
11. Benejam Gual JM, Díez Caballero Alonso F, García-Miralles Grávalos R. Quiste renal complejo. Tratamiento laparoscópico. *Actas Urol Esp.* [en línea]. 2006 [citado: 5 dic 2020]; jun; 30(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062006000600011&lang=es
12. Hhoder WY, Grabbert M, Sigle A, Astherimer S, Vallo S, Gratzke C. Retrospective Evaluation of the Clinical Values of Minimally Invasive Marsupialization of Symptomatic Giant Renal Cysts. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* [en línea] 2021 [citado: 17 ene 2021]; mar; 31(3):279-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33074753/>
13. Duck Choi J, Keun Yoo T, Yoon Kang J, Tae Moon K, Hoon Kim J, Hyun Ahn S, et al. A Comparative Study of Percutaneous Aspiration with Sclerotherapy and Laparoscopic Marsupialization for Symptomatic Simple Renal Cysts. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* [en línea] 2020 [citado: 17 ene 2021] may; 30(5):514-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31928507/>
14. Pérez Centelles L, Mederos Trujillo O, Quintero Mayedo A. Comportamiento de la oclusión intestinal mecánica en el Hospital Universitario Manuel Fajardo, período 2008-09. *Rev 16 Abr* [en línea]. 2010 [citado: 5 dic 2020]; nov. Disponible en: <http://www.16dea-bril.sld.cu/rev/240/01.html>
15. Marchena Rodríguez A, Jiménez Prendes R, Sarmiento Sánchez JC, Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. *Rev Finlay* [en línea]. 2015 [citado: 5 dic 2020]; mar;5(1). Disponible en: <http://www.revfin-lay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/328/1378>
16. Paz Pérez Y, Pérez Moreno LE, Figueroa González P. Resección laparoscópica de quiste renal. Informe de caso. *Rev Acta Médica Centro* [en línea]. 2018 [citado: 5 dic 2020];12(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec183k.pdf>
17. Martín González MA, Rodríguez Rodríguez I. Tumores estromales del intestino delgado y del colon. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. *Cirugía: Afecciones del tubo digestivo y de la región sacrococcígea. Libro de cirugía.* La Habana: Ciencias Médicas; 2018;4:293-307p.
18. Raya Rivera AM, Flores Mata B, Contreras Rivas R, Contreras Sequera A, Dominguez Chicas A, Camacho Muñoz E, et al. Marsupialización interna de un quiste intrarrenal simple y de gran tamaño en un niño. *Urología Pediátrica* [en línea]. 2003 [citado: 26 feb 2021]; abr-jun; 18(2):5p. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/buro/bu-2003/bu032i.pdf>