

Quiste renal roto como diagnóstico diferencial de infección periaórtica

Ruptured renal cyst as a differential diagnosis of periaortic infection

10.20960/angiologia.00829

02/25/2026

Quiste renal roto como diagnóstico diferencial de infección periaórtica

Ruptured renal cyst as a differential diagnosis of periaortic infection

Jesús Álvarez García, Blanca Vera Arroyo, Elena Pastor Cascón, Rafael Gómez Medialdea

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Correspondencia: Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos, s/n. 29010 Málaga
e-mail: jesalvgar1985@gmail.com

Recibido: 03/10/2025

Aceptado: 21/10/2025

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

CASO CLÍNICO

Varón de 86 años con antecedente de rotura aórtica tratada con endoprótesis aortomonoilíaca y *bypass* femorofemoral. Dos años después presenta tumoración inguinal con drenaje seropurulento (Fig. 1).



Figura 1. Tumoración inguinal no pulsátil, blanda, con sufrimiento cutáneo y drenaje de líquido en zona erosionada.

Se realizaron eco Doppler, angio TC, gammagrafía, análisis y cultivos seriados tanto de sangre como del líquido de la lesión. Destacaron la elevación de la proteína C reactiva, hemocultivos negativos y aislamiento de *E. coli* pansensible en el segundo cultivo local. La gammagrafía no mostró signos de infección o de inflamación. El análisis del líquido fue compatible con contenido seroso típico de quiste renal (1). La revisión comparativa de angio TC permitió identificar la desaparición de un quiste renal previamente descrito (Fig. 2A y 2B) y un trayecto fistuloso desde su localización hasta la ingle a través del músculo psoas (Fig. 2C).

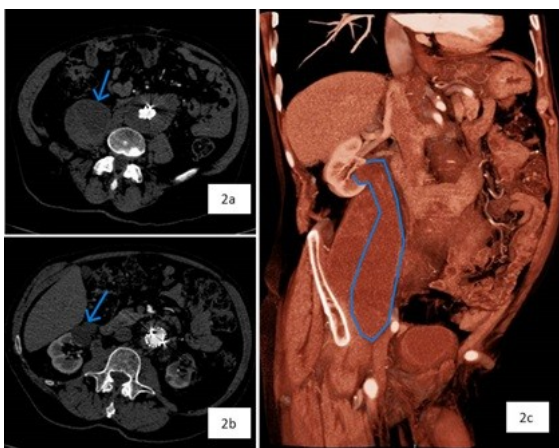


Figura 2. A. Quiste renal antes de la aparición de masa inguinal (flecha azul). B. Quiste renal roto (flecha azul) en el momento del diagnóstico de la masa inguinal. C. Reconstrucción de angio TAC en la

que se demuestra la relación entre el quiste renal roto y la colección (resaltada en azul).

Ante la falta de respuesta al tratamiento compresivo se instauró antibioterapia con ciprofloxacino 500 cada 12 horas durante 3 meses y resección local de piel dañada, con evolución favorable y sin recidiva después de tres años de seguimiento.

DISCUSIÓN

Los quistes renales, en particular la enfermedad poliquística, son hallazgos frecuentes en pacientes con aneurismas de aorta (2-5). Su complicación se asocia a tamaños superiores a 5 cm (2-4); pueden originar colecciones intraabdominales. No hemos hallado publicaciones que describan colecciones periaórticas secundarias a rotura de quistes renales, aunque sí en la dificultad de su diagnóstico (6). En nuestro caso, el estudio bioquímico del líquido y la comparación evolutiva del angio TC resultaron fundamentales para establecer el diagnóstico diferencial y guiar el tratamiento, lo que evitó procedimientos más agresivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steg A. Renal cysts. II. Chemical and dynamic study of cystic fluid. Eur Urol 1976;2(4):164-7.
2. Nalagatla S, Manson R, McLennan R, Somani B, Aboumarzouk OM. Laparoscopic Decortication of Simple Renal Cysts: A Systematic Review and Meta-Analysis to Determine Efficacy and Safety of this Procedure. Urol Int 2019;103(2):1-7. doi:10.1159/000497313
3. Perrone RD, Malek AM, Watnick T. Vascular complications in autosomal dominant polycystic kidney disease. Nat Rev Nephrol 2015;11(10):589-98.

4. Takagi H, Umemoto T, ALICE (All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence) Group. Simple renal cyst and abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg 2016;63(1):254-59.e1.
5. Belas O, Elalouf V, Peyromaure M. Quistes simples del riñón: diagnóstico y tratamiento. EMC-Urol 2015;47(2):1-10.
6. Papanicolaou N, Pfister RC, Yoder IC. Spontaneous and traumatic rupture of renal cysts: diagnosis and outcome. Radiology 1986;160(1):99-103.

