

El informe histopatológico del Dr. Rappaport dice: testículo transformado en una formación esférica de 1.500 gr que mide 15 cm de diámetro, bien capsulada con zonas quísticas de contenido gelatinoso, con zonas de necrosis y hemorragias.

MICROSCOPIA

La estructura predominante es la del seminoma, pero existen áreas de carcinoma embrionario con diferenciación mesoblástica y epitelial. El paciente evolucionó muy bien, se le efectuó tratamiento actínico y hace 4 meses, a 2 (dos) años de la operación, se encuentra perfectamente.

En la literatura revisada, sólo hemos encontrado un caso de tumor de 1.500 gr presentado por Tchackray en 1964, en un paciente de 71 años de edad.

RESUMEN

Se presenta un caso de tumor de testículo mixto, seminoma más carcinoma embrionario de 1.500 gr de peso, con una hernia intraescrotal, en un paciente de 65 años de edad.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardi y col.*: R.A.U. 10-8-67, p. 361.
Márquez Bustos: R.A.U., 22-8-61, p. 80.
Silverberg y col.: J. of U. Vol. 96, septiembre 1963, p. 356.
Bonser y col.: J. Path. Bact. Vol. 55, p. 295, 1954
Collins y col.: Brit. J. of U. Vol. 36, 1964, p. 1 a 11.
Dalgaard y col.: Acta Path. Microbiol. Scand. Vol. 41, 1957, p. 219.
Hsu Liang Chun: Chin. Med. J. Vol. 80, 1960, p. 370.
Masson P.: Rev. Canad. Biol. Vol. 2, 1943, p. 168.
Nation F. y col.: Arch. Surg. Vol. 48, 1944, p. 415.
Ohlsen y Ronn: Acta Chir. Scand. Vol. 112, 1956, p. 411.
Short y Coe: J. of U. Vol. 89, 1963, p. 851.
Dixon y Mocer: Tumors of the Male Sex Organ. A.F.I.P. 1952.
Masson: Rev. Can. Biol. Vol. 5, 1960, p. 361.
Patton y Mallis: Ibid. 81, 1959, p. 457.
Tchackray: Brit. J. Vol. 36, 1964, p. 12.
Shell y Haltz: Cáncer. Vol. 21, N° 5, p. 852.
Monserrat: Rev. A.U. Vol. 27, 463, 1958.
Vector y col.: Cáncer, 1969. Vol. 24 p. 870.
Pugh y Collins: Brit. 36, p. 1, 1964.
Scully: Cáncer. Vol. 14, 1961, p. 788.

Sanatorio Metropolitano
 Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol.-Nefrol. Tomo 40, 1971
 XI Congreso Argentino de Urología

QUISTES DE RIÑÓN — SUS CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS

Dres: ROLANDO C. HERENÚ, CESAR A. LEONARDELLI, GREGORIO PANCZUCH y JORGE GOLDSCHMIDT

Los quistes simples de riñón, llamados también serosos o urinosos, solitarios o múltiples, constituyen una eventualidad relativamente poco frecuente de la patología renal.

No entraremos en las consideraciones anatómicas de esta entidad, ya que las mismas han sido ampliamente expuestas.

Tampoco nos detendremos en los detalles tan importantes que puedan aportarnos los estudios radiográficos clásicos.

Nuestra intención es sólo recopilar las principales características arteriográficas de esta afección y sentar las bases de diversos diagnósticos diferenciales.

Suelen distinguirse, desde el punto de vista topográfico, los quistes intraparenquimatosos, los parapiélicos y los subcapsulares, que son los más frecuentes.

Todos ellos, aun cuando puedan tener distinta repercusión sobre la vía excretora y el contorno renal, presentan en cuanto a su estructura vascular, aspecto similar.

ARTERIOGRAFÍA RENAL

Cada una de sus fases aportará signos que le son característicos.

a) Fase arteriográfica: El desplazamiento de las arterias, en forma de ramas de pinza que abrazan un área de menor vascularización, es el rasgo más sobresaliente de esta fase. No siempre la imagen quística se ve diáfana y sin vasos, sobre todo en los intraparenquimatosos, donde se pueden observar vasos, algunos de ellos elongados y gráciles, debido a la superposición con planos subyacentes. Puede el desplazamiento vascular no ser tan evidente, principalmente en los subcapsulares. Estas situaciones pueden ser aclaradas buscando otras incidencias.

Vasos de la red colateral, capsulares, ureteropiélica, gonadal, etc., suelen hallarse desplazados y elongados marginando el proceso quístico.

b) Fase nefrográfica: De acuerdo con la ubicación del o de los quistes, tendremos zonas lacunares claras que contrastan con la densidad uniforme del parénquima normal.

Si la ubicación es subcapsular, puede observarse sólo una muesca más o menos amplia en el contorno de la glándula afecta.

También en esta fase hay que tener en cuenta la superposición con zonas parenquimatosas conservadas, capaces de enmascarar parcialmente las imágenes si no se logran incidencias favorables.

c) Fase flebográfica: La flebografía de retorno no se observa con frecuencia, pero cuando ella aparece nos da un índice de la repercusión venosa; ectasia por compresión y desplazamientos que marcan con mucha justeza los límites del quiste.

Las imágenes que nos da la arteriografía, habitualmente son muy típicas y difíciles de confundir, pero se dan circunstancias en que se plantean distintos diagnósticos diferenciales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ARTERIOGRÁFICO

En el cáncer renal, son categóricos la hipervascularización, los vasos de neoformación y los encharcamientos vasculares. Pero se plantean algunas situaciones que pueden sugerir dudas.

Cuando el tumor es poco irrigado, muestra una falta de relleno la cual, eventualmente, resultará muy semejante a la de un quiste. A fin de poner de manifiesto la escasa vascularización anómala, recurrimos a la prueba de la adrenalina que provocará la contracción de los vasos normales y no la de los de neoformación por carecer estos de capa muscular. La fase nefrográfica terminará de aclarar el problema, si muestra el aspecto moteado y encharcamientos característicos.

Las necrosis y las hemorragias intratumorales son frecuentes, pudiendo adquirir gran tamaño y aún, rodearse de una membrana de reacción fibrosa.

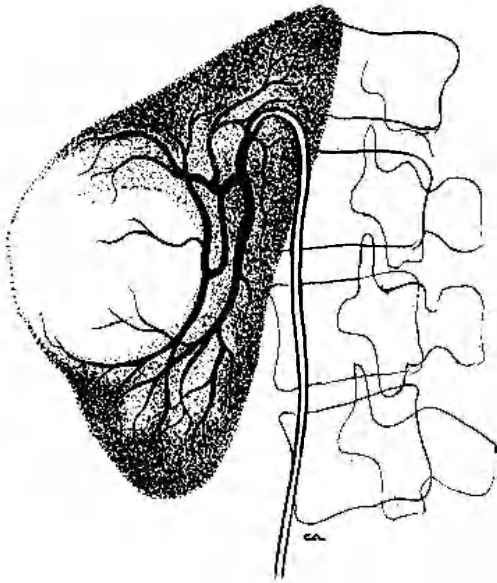


Fig. 1.

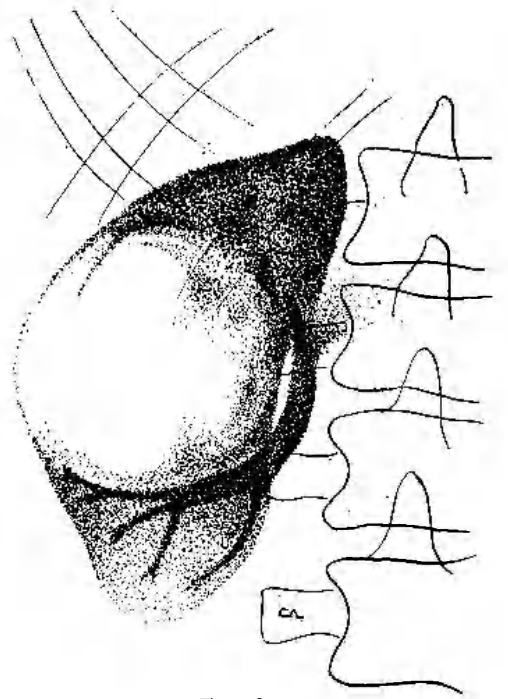


Fig. 2.

Fig. 1. — Quiste simple central. Fase Arteriográfica. Desplazamiento arterial en forma de brazos de pinza, rodeando una masa central surcada, apenas, por algunos vasos delgados.

Fig. 2. — Fase Nefrográfica. Imagen lacunar central hiperclara rodeada por parénquima de densidad normal homogénea. En la misma fase de retorno venoso muy evidente que rodea con justeza el contorno del quiste. Vena dilatada debido a ectasia por compresión.

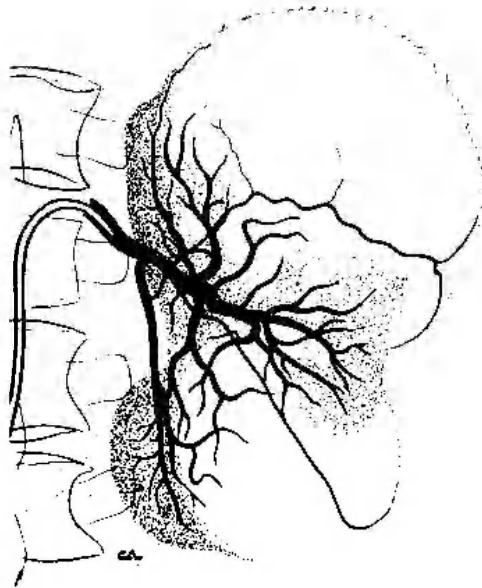


Fig. 3.

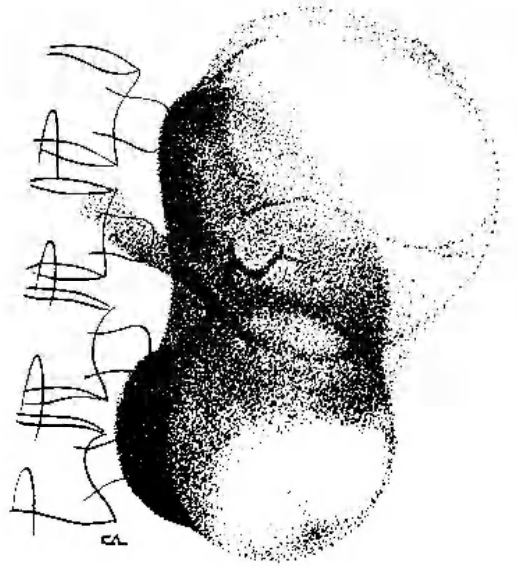


Fig. 4.

Fig. 3. — Doble Quiste Renal. Fase Arteriográfica. En este caso el desplazamiento arterial en forma de pinza es menos evidente. Vasos capsulares elongados que se dirigen hacia la periferia de amplias zonas avasculares.

Fig. 4. — Fase Nefrográfica. Dos grandes imágenes lacunares parcialmente enmascaradas por la densidad del parénquima subyacente. También en este caso la Fase Flebográfica es muy evidente, y muestra una vena capsular que nace en la periferia del quiste superior. Vena renal dilatada, adaptándose al contorno quístico. Retardo en el tiempo de lavado del nefrograma, por ectasia venosa. (Semiesquemático).