

3. Malto, N. P.; Signori, H.; Caterineu, A. A.: Cistopoligrafía. Revista Sociedad Urol. y Nefrol. Pcia. Bs. As. Vol. 1, pág. 83, 1967.

EXTRANJERA

1. Amici, F.; Bergonzini, R.; Colli, F.: Una metodica radiologica per lo studio morfodinámico della vescica urinaria: cistopoligrafia. Minerva Urológica. Vol. 13, pág. 47, 1961.
2. Cobb Oliver, E.; Everett Anderson, E.: Superimposition cystography in the diagnosis of infiltrating tumors of the bladder. The Journal of Urology. Vol. 94, pág. 569, 1965.
3. Connolly, J. G.; Challis, T. W.; Wallace, D. M.; Bruce, A. W.; Fransman, S. L.: An evaluation of the fractionated cystogram in the assessment of infiltrating tumors of the bladder. The Journal of Urology. Vol. 98, pág. 356, 1967.
4. Couvelaire, R.; Lemaire, M.: De l'urographie intraveineuse dans l'appréciation de la malignité d'une tumeur vesical. The Journal of Urology. Vol. 55, pág. 273, 1949.
5. Jewett, H. J.: Infiltrating carcinoma of bladder, application of pathologic observations to clinical diagnosis and prognosis. JAMA. Vol. 134, pág. 496, 1947.
6. Jewett, H. J.; Strong, C. H.: Infiltrating carcinoma of bladder. Relation of depth of penetration of bladder wall to incidence of local extension and metastases. The Journal of Urology. Vol. 55, pág. 366, 1946.
7. Marshall, V. F.: The relation of the preoperative estimate to the pathologic demonstration of the extent of vesical neoplasms. The Journal of Urology. Vol. 68, pág. 714, 1952.
8. Moura, A. C. de; Figueiredo Boleo, J.: A cistopoligrafía no diagnóstico dos tumores vesicais. Jornal Do Médico. Vol. 50, pág. 775, 1963.
9. Temeliescu, I.: La cystopolygraphie. Journal d'Urologie. Vol. 62, pág. 482, 1956.

Servicio de Urología
Instituto L. Güemes — Haedo

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 41 — Año 1972

RIÑON EN ESPONJA

Dres. CASTRIA M. A.; ZOBH I.

Se debe a los patólogos Beitzke (1908) y con posterioridad a Stammen y Shafer las primeras observaciones de alteraciones quísticas en las pirámides renales, que corresponderían a las lesiones señaladas radiológicamente por Lenarduzzi (1939) quien denomina a esta malformación medular, por primera vez con el nombre de: "Enfermedad quística de las pirámides renales".

Pero corresponde a Cacchi y Ricci, de Padua, el nombre con que se la conoce desde 1948, es decir, RIÑON EN ESPONJA, que si bien no prejuzga su etiopatogenia, revela su morfología.

Esta entidad anátomo clínica, según Pollestri, Solati y Francinetti, es una "túbulo displasia congénita", cuyo factor causal y mecanismo de producción no están aún bien dilucidados.

El Riñón en Esponja carece de sintomatología propia para su interpretación diagnóstica y como manifestaciones urológicas que inducirán a su conocimiento merecen citarse: la litiasis, la infección, la hematuria, la lumbalgia, en ocasiones cistitis, disuria, etc.

Esta displasia medular parece no alterar el funcionalismo renal, como lo revelan las observaciones clínicas realizadas en pacientes cuya evolución fue controlada.

Para algunos autores, Ekstron y colaboradores, la existencia de litiasis guarda estrecha relación con la alteración metabólica del calcio, traduciéndose por una "hipercalciuria permanente".

Examinado externamente el riñón en esponja éste se presenta conservando los caracteres normales, pero no es infrecuente en algunos casos observar lobulación fetal. Cuando se halle presente el componente infeccioso evoluciona hacia la esclerosis pudiéndose constatar fenómenos de retracción semejantes a la esclerosis renal intersticial.

En corte paralelo a ambas caras la glándula renal revela macroscópicamente la limitación medular de la malformación a nivel del área yuxtacalicular, en que parte de este tejido noble ha sido sustituido por cavidades irregulares que le confieren a la pirámide el aspecto esponjoso que define esta disembrioplastia. El tejido cortical no presenta alteraciones significativas, en tanto la columna renal de Bertin suele estar conservada.

Las dilataciones tubulares determinan el aplanamiento del vértice piramidal ensanchándose a su vez la copa calicular, perdiéndose por consiguiente la estructura normal que lo individualiza. El tamaño de estas cavidades puede oscilar entre 5-6 mm, adquiriendo diversas formas: redondeadas, triangulares etcétera.

Cacchi y Ricci describen dos formas de espongirosis renal: 1) Tipo irregular revestido por epitelio cilíndrico de morfología embrionaria. 2) Quistes esferoidales de epitelio aplanado, si bien es cierto que ambas eventualidades pueden coexistir en un mismo riñón.

Esta malformación túbulo medular es en general bilateral pero no exime que también se localice a un riñón aún en una pirámide o grupo de ellas afectando parcial o totalmente la glándula renal.

La precipitación de sales urinarias está favorecida por la ectasia a nivel de los tubos colectores de Bellini, determinando la formación de microcálculos intratubulares.

En ocasiones estos microlitos condicionan cólicos nefríticos al efraccionar las paredes de los túbulos para pasar a las vías de excreción.

La radiografía directa permitirá objetivizar la presencia de cálculos que generalmente se asocian al proceso. Cuando éstos son múltiples su distribución orienta hacia la interpretación de la afección.

Pero sin duda la urografía excretoria certificará la existencia del Riñón en Esponja, al graficar con nitidez las cavidades quísticas que suelen ser las primeras en llenarse con la sustancia de contraste y las últimas en evacuarse.

Abeshouse y Abeshouse enumeran diversas entidades nosológicas a los efectos del diagnóstico diferencial, pudiéndose citar entre ellas: la Tuberculosis, pielonefritis crónica, hipervitaminosis D., divertículo calicular, necrosis papilar, nefrocalcinosis, etc.

En cuanto a su etiopatogenia en general se acepta que el riñón en esponja está determinado por una alteración en el desarrollo embriológico (teoría de la disembriogenia) en oposición a la menos aceptada, pielonefritis crónica (teoría infecciosa).

Historia Clínica: R. D. argentino de 25 años. Soltero, metalúrgico. N° 271.029.

Antecedentes: sin importancia.

Enfermedad actual: consulta por dolores lumbares localizados, de regular intensidad, acompañado de "orinas cargadas".

Estado actual: buen estado general. Riñones no se palpan. Puntos reno-ureterales: negativos. Genitales externos: sin particularidades. Tacto rectal. Próstata de caracteres normales.

Los exámenes de laboratorio solicitados: urea - glucemia - eritrosedimentación - glóbulos rojos y blancos - creatinemia - orina completa con Bacterio-

lógico y cultivo - Recuento de Colonias - Addis, etc., corresponden a valores normales, como así también las pruebas de dilución y concentración, fenolsulfoftaleína e índigo carmín. La urografía excretoria revela la existencia de múltiples cavidades quísticas en ambos riñones que se llenan con sustancia de contraste en el área yuxta-calicular, previamente a la opacificación de éstos.

En tiempos sucesivos las imágenes obtenidas certifican el cuadro radiológico del riñón en esponja.

Pronóstico: severo, si pretendemos referirnos a las posibilidades curativas, en razón de lo irreversible del proceso; pero benigno si nos atenemos al buen funcionalismo renal.

Tratamiento: será quirúrgico cuando la patología se localice a un riñón o a un segmento de éste, practicándose la nefrectomía, o cirugía conservadora.

RESUMEN

Se presenta un caso de riñón en esponja del que se hacen consideraciones clínico radiológicas e histopatológicas de la enfermedad, evaluándose la evolución favorable del proceso y sus posibilidades quirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

- Abeshouse B. and Abeshouse G.:* Sponge kidney: a review of the literature and report of five cases. *J. Urol.* 84:252-267 (1960).
- Arrigoni G., Vaccheri M.:* Radiologia Urológica. Casa Editrice Ambrosiana. Milano 62.
- Aschoff L.:* Tratado de Anatomía Patológica. Edit. Labor (1934).
- Bücker J. und Fassbender C. W.:* Cystenbefall der Nierenpyramiden "Schwamm" oder Markcystenniere. *Z. Urol.* 55:509-514 (1962).
- Cacchi R. e Ricci R.:* Sur une rare maladie kystique multiple des pyramides renales, le "rein en éponge". *J. Urol. Med. Chir.* 55:497-519 (1949).
- Cacchi R.:* Il Rene a Spugna. Edit. Cappelli (1960).
- Ceconomos N.:* Degenerescence kistique de la muqueuse des voies excretrices ou ereterite et cystite kistique. *J. d'Urol.* LV1, 32-45, 1950.
- Coliez R.:* La maladie de Cacchi et Ricci (ectasies tubulaire précalicelles). Rein en éponge. *Press. Med.* 72:1533-1538 (1964).
- Darget R. et Ballanger R.:* Sur un cas de rein "en éponge". *J. Urol.* 60:713 (1954).
- Ekström, T., Engfeldt B., Lagergren C. and Lindvall N.:* Medullary sponge Kidney. Almquist, Stockholm (1959).
- Emmett J. L.:* Clinical Urography. Vol. II (1964).
- Ferrari A. E.:* Riñón en esponja. *Rev. Asoc. Méd. Argt.* 77:598-603 (1963).
- Fenna L. R.:* Cystic disease of renal pyramids. *Brit. J. Urol.* 33:34-37 n° 1 (1961).
- Rickel K.:* Un cas de rein en éponge. *J. Urol.* 59:408-411 (1953).
- Inclán Bolado J. L.:* Riñón en esponja. Enfermedad quística de las pirámides renales. *Cir. Ginec. Urol.* 13:599 (1959).
- Kollwitz A. A.:* Markencysten der Niere. *Z. Urol.* 54:677-682 (1961).
- Lhez A.:* Le rein en éponge (douze observations) *J. Urol.* 60:575-588 (1954).
- Mathis R., Berri H.:* Riñón en esponja. *Rev. Arg. Urol.* 24:383-388 n° 7-9 (1955).
- Miller F.:* *Sponge Kidney:* report of a case in a 70 year old man. *J. Urol.* 87:770 (62).
- Monserrat J.:* Riñón micropoliquístico. *Rev. Arg. Crol.* 9:192-208 (1940).
- Mortensen J., Emmett J., and Baggenstoss A.:* clinical aspects of nephrocalcinosis. *Mayo Clin.* 28:305-312 (1953).
- Mulvaney W. P. and Collins W. J.:* Cystic disease of the renal pyramids. *J. Urol.* 75:776-779 (1959).
- Murphy W. K., Palubinskas A. J. and Smith D. R.:* Sponge kidney: report of seven cases. *J. Urol.* 85:866-874 (1961).
- Navarro Minguéz L. y Server Falgas G.:* Enfermedad quística de las pirámides renales (riñón en esponja) *Rev. Clin. Esp.* 87:289-291 (1962).
- Pennisi S. A. et Bunts R. C.:* Sponge Kidney. *J. Urol.* 84:246-251 (1960).

Para el
tratamiento conservador
de la
hipertrofia de próstata
Primostat



La acción de Primostat es doble:

- 1) Aumenta el tono de la musculatura vesical**
- 2) Reduce la congestión producida por el adenoma**

Esta doble acción se traduce en:

- disminución del tamaño de la próstata
- micciones menos frecuentes
- chorro más potente
- desaparición o disminución de la orina residual
- creciente alivio del molesto tenesmo vesical

"...el más efectivo remedio actualmente disponible contra la prostatitis".

Prof. Erik Ask-Upmark.

cernilton

* (Cernitin)

descongestivo con tropismo prostático específico.

DESCRIPCION:

Medicamento de origen natural con marcada acción descongestiva sobre glándulas y órganos, especialmente sobre la inflamación de próstata. **No es un preparado hormonal.**

DOSIFICACION Y MODO DE EMPLEO:

6 a 8 comprimidos que preferentemente deben ser masticados, con el desayuno.

DURACION DEL TRATAMIENTO:

Según criterio médico de acuerdo a la evolución de la enfermedad.

TOLERANCIA:

ATOXICO. No se han observado efectos secundarios.

INDICACIONES:

Prostatitis - vesiculitis crónica - infecciones crónicas e inflamatorias - uretritis no específica - adenoma de próstata y cistitis.

PRESENTACION:

Envases de 100 comprimidos.

"El mecanismo de acción del Cernitin aún no ha sido aclarado pero puede considerarse comprobado un efecto descongestivo con marcado tropismo prostático específico y una capacidad para aumentar los mecanismos de defensa frente a las inflamaciones e infecciones en general". (Servicio de Urología del Hospital Italiano - Evaluación Clínica del Cernilton.)

LABORATORIOS A. B. CERNELLE VEGEHOLM - SUECIA

Representante exclusivo en la Argentina

LABORATORIOS TEMIS S. A. C. I. A.

Humberto 1º 1860 - Tel. 23 - 1809 - Capital Federal

* Principio activo del CERNILTON. El Cernitin es un extracto microbiológico de polen seco, que contiene diversos principios vitales: 21 aminoácidos distintos, lípidos, glúcidos, fosfolípidos, un pequeñísimo porcentaje de estrógenos, enzimas, DNA, RNA, vitaminas (no vitamina B.12) y minerales.