

BIBLIOGRAFIA

- Castillo Odena J.: Fibroliposarcoma de cordón espermático. Act. III Congr. Arg. Cirug. I: 667-670. 1931.
- Castria M. A. y Col.: Liposarcoma de cordón espermático. Rev. Arg. Urolog. 32: 243-247, 1969.
- García A. E. y Col.: Liposarcoma de cordón espermático. Rev. Arg. Urolog. 37: 44-47, 1968.
- Schiller H.: Lipomata in sarcomatous transformation. Surg. Gynec. Obst. 27: 218-219, 1918.
- Stout A. P.: Liposarcoma, the malignant tumor of lipoblasts. Ann. Surg. 119: 86-107, 1944.

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

APLASIA RENAL Y QUISTE METANEFROTICO

Por el Dr. RODOLFO MARIO SOCOLOVSKY

Es bien conocido que el sistema génito-urinario es pasible de tener numerosas malformaciones en toda su extensión y las estadísticas nacionales e internacionales dan fe de ello. Dentro de ellas, la agenesia (o aplasia) renal es una de las más frecuentes, una en 1.300 autopsias, aproximadamente (Hughes), pero su asociación con un tumor quístico retroperitoneal de origen metanefrótico no lo es, y a pesar de la numerosa literatura consultada hemos encontrado escasas menciones de esta asociación. En una estadística nacional recopilada por Michans, sobre 82 % tumores retroperitoneales el 14,6 % eran de origen Wolffiano. Fueron Krauss y Strauss en 1935 quienes publican el primer caso, en 1939 Kornblum relata el segundo y Weingarten el tercero en 1947. Entre nosotros Vicchi y colaboradores recopilan dos casos que son presentados en la Sociedad de Urología de la Provincia de Buenos Aires, uno de ello fue presentado previamente en esta sociedad en 1959.

El caso que vamos a considerar es el de un niño de 9 años que concurre a la consulta por enuresis, no presenta ningún otro sintoma y su estado general es excelente. En sus antecedentes personales, la madre relata que el médico pediatra que examinó el niño al nacer observó una tumoración en flanco izquierdo que desapareció espontáneamente a las pocas semanas, no habiendo realizado ningún estudio en esa época. El examen físico del paciente denota un buen estado de nutrición. El aparato respiratorio y cardiovascular son normales. En abdomen se observa a la palpación profunda una tumoración en flanco izquierdo que tiene contacto lumbar, no excursiona con la respiración y no es dolorosa, siendo su superficie lisa y su consistencia duroelástica.

Urograma excretor: Se observa riñón derecho aumentado de tamaño, función normal vía excretora derecha normal. En el lugar del riñón izquierdo se ve una imagen redonda de 8 cms. de diámetro, no visualizándose imagen y función renal de ese lado. Vejiga s/p.

Se efectúa análisis de rutina de sangre y orina proteinograma por electroforesis, y electrocardiograma con resultado normal.

Ante la imagen dada por el urograma excretor se decide efectuar urograma por infusión asociado con retroneumoperitoneo, en este estudio se observa: riñón derecho grande y que en el perfil presenta lobulaciones fetales; riñón izquierdo: ausente y en su lugar un tumor perfectamente delimitado con caracteres quísticos.

Ante la sospecha de estar en presencia de una doble anomalía (aplasia

renal y quiste retroperitoneal) y previo a la intervención quirúrgica se planteó la necesidad de efectuar los siguientes estudios:

- 1) Centellograma renal.
- 2) Arteriografía.
- 3) Endoscopia y cateterismo ureteral izquierdo en caso de que existiese meato.

Lamentablemente y por razones lógicas de entender los familiares se opusieron, motivo por el cual se decidió la operación con los estudios ya efectuados.

Parte operatorio: Clínica Güemes de la ciudad de Luján (Pcia. Bs. As). Cirujano: Dr. Socolovsky. Ayudantes: Dres. Morbidelli y Marchiana. Anestesiista: Dr. de la Plaza. Fecha: 18-7-72.

Se efectúa incisión de Bazy desde el extremo de la duodécima costilla, seccionando los planos musculares y rechazando el peritoneo hacia adelante. En zona lumbar se observa en el área renal una tumoración quística cubierta por tejido adiposo laxo. Se procede a liberar el quiste de sus adherencias notando un buen plano de clivaje, es necesario ligar varios vasos arteriales y venosos pequeños que lo unen con los tejidos vecinos, siendo extirpado en su totalidad.

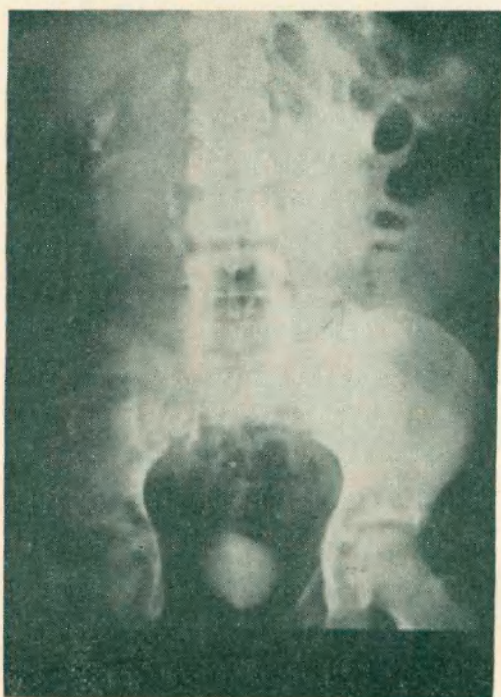
A continuación se explora la zona retroperitoneal no encontrándose riñón, uréter, ni arteria renal. Se cierra por planos dejando drenaje en la loge.

Al terminar el acto operatorio se abre el quiste el cual dejar salir 200 c.c. de líquido seroso amarillento, siendo su cavidad libre.

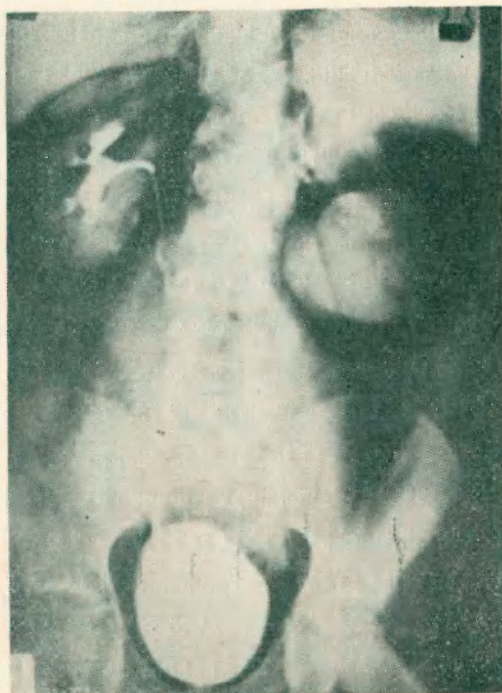
Evolución: Satisfactoria, es dado de alta a los cinco días.

Informe anatomo-patológico: quiste de 14 cms. de diámetro que llega abierto al laboratorio. Sus paredes interiores lisas están revestidas por un epitelio cúbico simple. Incluido en su pared se observa una formación mamelonada cuyo examen histopatológico revela elementos renales (glomerulos y túbulos) desordenados y malformados.

Embriología: Para comprender mejor las anomalías encontradas en nues-



Urográfico excretor



Urográfico por infusión con retroneumo peritoneo

tro paciente consideramos de valor efectuar un pequeño repaso embriológico y es así que vemos el primer esbozo del ap. genitourinario aparecer en el embrión de 1,7 mm. llamado pronefros, el cual degenera rápidamente y es sustituido por el mesonefros que ya se ve en el embrión de 2,5 mm. Estas formaciones mencionadas se han continuado en su desarrollo por medio de un conducto que desemboca en la cloaca primitiva, "el conducto Wolfiano". En el embrión de 4,5 mm. aparece el metanefros situado en la parte mas caudal y destinado a transformarse en el riñon adulto, el cual se unirá con el brote ureteral que nace del conducto Wolfiano y que dará origen a la vía excretora. Mientras tanto el mesonefros desaparece. Una vez que el metanefros y el brote ureteral se han unido, migran en dirección cefálica hasta su lugar definitivo, aproximadamente cuando el embrión mide 13 mm.



Tumoración quística



Tumoración quística abierta

Discusión: Pensamos que hay dos temas que merecen tratarse en este punto: 1) La ausencia renal. 2) La posible evolución embriológica que ocasionó esta malformación.

En el trabajo del Dr. Vicchi se hace la diferenciación entre aplasia y agenesia, dejando este último término para los casos en que falta todo esbozo de aparato urinato. La aplasia estaría caracterizada: 1) falta de sombra re-

nal y función; 2) hipertrofia compensadora del riñón opuesto; 3) presencia de glomerulos y tubulos en la tumoración extirpada.

Debemos decir que nos adherimos plenamente a estos conceptos, dado que no sólo son diferenciaciones semánticas, sino que tienen expresión clínica y anatomopatológica bien definida. De acuerdo con estos conceptos es que hemos rotulado con el término de aplasia renal a la anomalía que presenta nuestro enfermo. Por otra parte y considerando la embriopatía que presentamos debemos citar a Nicholson, que consideró las diversas evoluciones que se pueden presentar en caso de que el brote ureteral no se produzca o que falle su unión con el metanefros, pudiendo presentarse las siguientes probabilidades:

- 1) El metanefros puede reabsorberse y desaparecer.
- 2) Puede persistir como restos embrionarios.
- 3) Puede ser origen de tumores.
- 4) Puede cumplir con su función específica excretora y dar lugar a la formación de quistes.

CONCLUSIÓN:

En el caso que se considera hemos encontrado mucha similitud con lo anteriormente expuesto. Nuestro paciente presentó ausencia de función renal izquierda con riñón derecho compensador, y una tumoración lumbar izquierda con contenido seroso en la cual se observó en sus paredes restos de glomerulos y tubulos malformados, lo cual coincide con el punto 4 de las posibilidades de evolución de los restos metanefróticos.

Ante esto, es que hemos rotulado el caso como aplasia renal y quiste metanefrótico basado en el estudio de la evolución embriológica del aparato urinario y del informe anatomopatológico de la pieza extirpada.

RESUMEN:

Se presenta un caso de aplasia renal izquierda y quiste metanefrótico. Se hacen disquisiciones sobre los términos aplasia y agenesia y se relaciona la malformación con los posibles trastornos de la embriogénesis.

Antes de concluir queremos decir que hemos encontrado a los quistes retroperitoneales originados en restos embrionarios renales con diversas denominaciones (quistes Wolfianos, quistes pararenales, quistes mesonefróticos y metanefróticos), pensamos que el examen anatomopatológico de la pieza vinculado al conocimiento del desarrollo embrionario permitirá en cada caso su correcta clasificación.

B I B L I O G R A F I A

- Favlosky, Audisio:* Quiste wolfiano derecho retrocecal. Sociedad de Cirugía de Buenos Aires 15, 181, 1934.
- Vicchi, Vargas Sylva:* Aplasia renal y gran quiste retroperitoneal y riñón único congénito en un Addisoniano. Rev. Arg. de Urología. Vol. XXVIII, Nº 1-6, 1959.
- Nordland y col.:* Retroperitoneal Cysts and tumors. Journal of intern. Col. of surg., 16, 731. Dic. 1951.
- Weingarten y col.:* Agnesis of the right kidney with a retroperitoneal cyst arising in a persistent metaphres. The jor. of Urol., 57, 829, 1947.
- Krauss, Strauss:* Retroperitoneal Cyst arising in persistent metanephros with congenital absence of right kidney and ureter. Tre Journal of. urol., 34, 97, 1935.