

Sumario:

Se presentan dos casos de válvulas ureterales causales de hidronefrosis en la infancia. Su tratamiento con resección parcial de la zona afectada del uréter fue satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA

The ureter. Bergman T. Hoerber 1970.

Mering J. H., Steel J. F., Gittes R. F.: Congenital ureteral valves, J. Urol. 107:73, 1972.

Ostling K.: Acta Chir. Scand. 86 supl. 72, 1942.

Servicio de Urología
Jefe Dr. Marco Aurelio Castria

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

"CARCINOMA Y QUISTE RENAL"

Dres. M. A. CASTRIA, N. S. PIEGARI, I. ROTEMBERG y J. M. NIGRO

Sabido es que el adenocarcinoma del riñón se origina en el epitelio del túbulo renal y en cuanto a su etiopatogenia se conjugan variadas hipótesis que se encuadran dentro de la carcinogenesis general.

El adenocarcinoma renal representa del 1 a 3 % de todos los cánceres del ser humano, ocupando el tercer lugar en frecuencia entre los tumores malignos del aparato urinario en el hombre, comprendiendo el 1,7 % de todas las neoplasias malignas en el hombre y el 1 % en la mujer, con predominancia en la sexta década de la vida.

La asociación de quiste renal con carcinoma del riñón es del 1 % según Emmel y Levine, llegando esta proporcionalidad hasta el 7 % de acuerdo a apreciaciones de Walsh.

Los quistes simples son formaciones de contenido líquido, seroso e hemorrágico, únicos o múltiples, uni o bilaterales, uniloculares, y generalmente superficiales, al originarse en zonas periféricas del parenquima renal. Por lo tanto son quistes no comunicantes al no mantener vinculación con el sistema pielocalicilar.

Referente a su etiología ésta se mantiene en el terreno de las especulaciones.

Algunos sostienen el carácter neoplásico o bien la degeneración quística del mismo, otros sostienen su origen traumático o su estricta naturaleza quística.

En 1894 Hildebrand interpreta su génesis como fenómeno congénito apoyado en la desarmónica coaptación de los segmentos distal-proximal del sistema secretor excretor del riñón.

Para Kampmeier serían la expresión de un estado involutivo de las nefronas embrionarias; en tanto Hepler acepta la formación de los quistes como un proceso de bipolaridad obstructiva, coexistiendo la oclusión tubular y vascular.

La interpretación etiopatogénica admite por consiguiente mecanismos asociados en la gestación de los quistes simples renales, correspondiéndoles a los de la primera década de la vida una causalidad congénita, en tanto procesos de naturaleza inflamatoria o vascular (pielonefritis, nefrosclerosis, trombosis, endarteritis, etc.) serían los responsables de su presencia en etapas posteriores.

Las relaciones existentes entre un tumor y un quiste en un mismo riñón han sugerido a Gibson cuatro posibilidades referidas a su coexistencia.

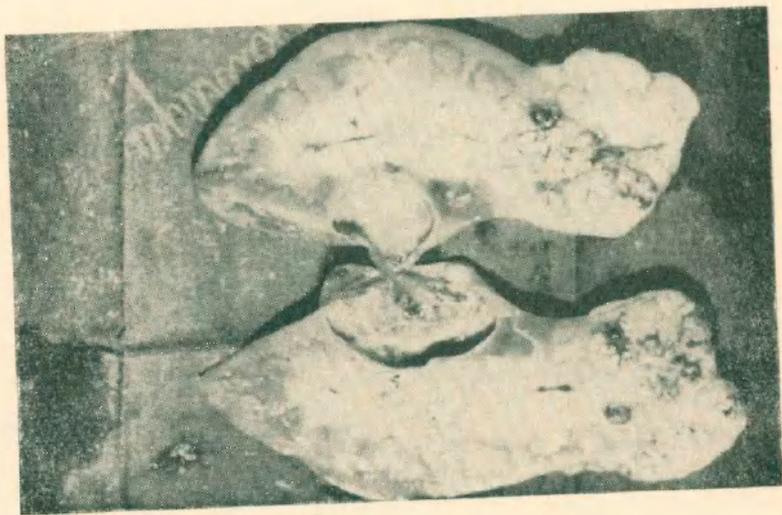
Primer caso: en dos regiones distintas de un riñón el tumor y el quiste pueden originarse separadamente conservando cada una su propia identidad.

Segundo caso: el núcleo central de un gran tumor maligno puede sufrir degeneración quística determinado por el proceso neoplásico que al destruir los vasos sanguíneos produce necrosis central y licuación. Ejemplo: el cistadenocarcinoma papilar del riñón abarca una amplia zona quística.

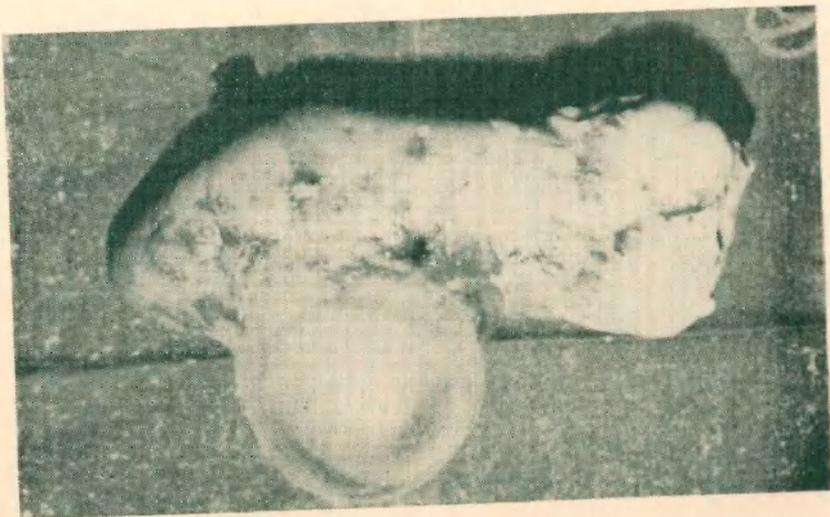
Tercer caso: su tumor puede originarse a expensas de revestimiento membranoso de la pared del quiste. Se trata de una asociación infrecuente apoyada en la teoría de Hepler que sostiene que la obstrucción tubular renal asociada con trastorno vascular local determinara la formación de un quiste en la zona correspondiente. A partir de su epitelio puede operarse la malignización.

Cuarto caso: un tumor maligno puede obstruir el drenaje tubular con alteración vascular local (Trombosis) estableciéndose las condiciones necesarias para la formación quística existe una delgada pared de naturaleza quística.

Entre las eventualidades expuestas, el caso clínico que comentamos corresponde a la primera posibilidad.



Carcinoma renal polo superior y quiste solitario.



Carcinoma renal y cavidad quística.