

TRABAJO ORIGINAL

ALEJANDRO ASTRALDI
y JULIO V. URIBURU (h)

RADIODIAGNOSTICO DE LOS QUISTES SEROSOS DEL RIÑON

DE acuerdo al criterio que hemos seguido en otras oportunidades, pasaremos en revista algunas consideraciones anatómopatológicas y sintomatológicas, que permitirán concebir la justa interpretación de la imagen radiográfica en estos casos. Además se demostrará que aquí, como en muchos otros capítulos de la urología, que

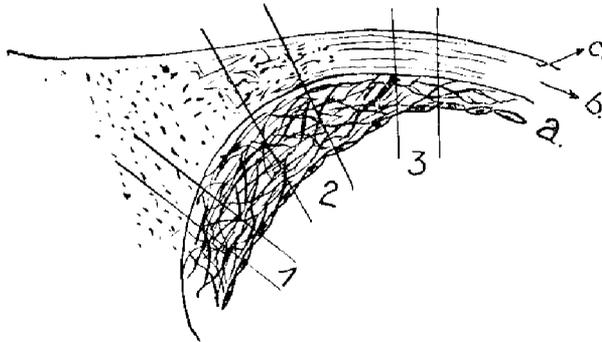


Figura N° 1

Constitución de la pared del quiste. a) Capa interna constituida por la pared propia del quiste. b) Capa media constituida por el tejido renal laminado. c) Capa externa constituida por la cápsula propia del riñón. 1, 2, 3, lugares en que se han practicado los cortes perpendiculares para su estudio histológico.

(Esquema del Dr. Jörg, del Servicio del Prof. Arce)

es a la radiología a quien se le debe el mérito de obtener un diagnóstico exacto.

Respecto a la localización y número de estos quistes congénitos, diremos que los quistes únicos son más frecuentes que los quistes múltiples; que la localización polar inferior es más frecuente que la superior; que son tanto anteriores como posteriores en relación a las caras renales; y que habitualmente ocupan el borde externo, siendo excepcionales los del borde interno. Generalmente son uni-

laterales, rara vez se encuentran en ambos riñones; su tamaño es sumamente variable, encontrándose dimensiones que varían desde una arveja hasta la cabeza de un feto.

Su origen es intraparenquimatoso, posiblemente en región cortical, y su desarrollo se hace en forma excéntrica, es decir, más hacia la periferia que a la región pielocalicial; el parénquima renal que forma su pared externa, es rechazado y laminado en tal forma por

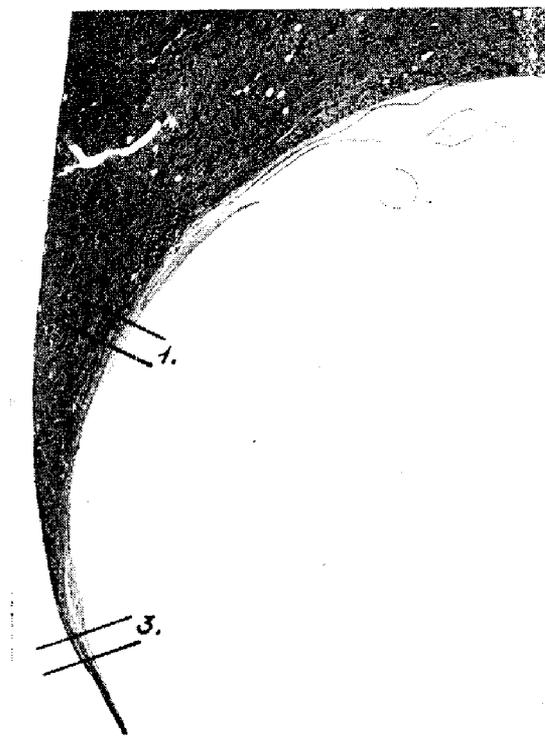


Figura N° 2

Microfotografía de un corte longitudinal de la pared quística, mostrando los lugares en que se practicaron los cortes.
(Microfot. del Dr. Jörg, del Servicio del Prof. Arce)

el crecimiento del quiste, que adquiere el aspecto de una lámina papirácea transparente y constituida por tres capas (ver fig. N° 1): 1) la externa es la cápsula fibrosa del riñón, sumamente adelgazada (c); 2) la media es el parénquima renal laminado y transformado en una capa fibrosa (b), pero se puede encontrar, sin embargo, en la vecindad del parénquima normal, elementos de arquitectura renal, tal como sucede en los quistes hidáticos de este órgano; 3) la

interna (a), constituye la pared propia del quiste, sumamente delgada a este nivel, pero considerada en su vecindad con el parénquima renal normal es gruesa y adherente, circunstancia que explica la nitidez del contorno radiográfico de un quiste seroso (ver además figs. 2, 3 y 4).

Estos quistes aumentan de tamaño en forma lenta y gradual, pero como su desarrollo se hace más hacia la parte externa del ri-

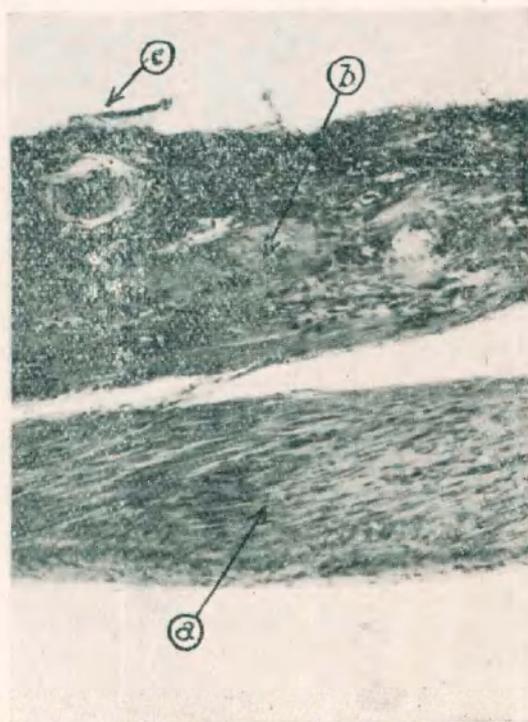
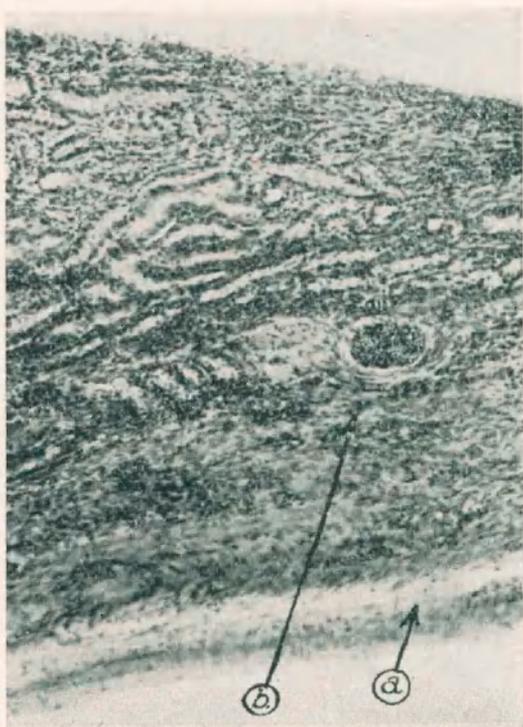


Figura N° 3

Microfotografía correspondiente al corte practicado en la zona 1. (Microfot. del Dr. Jörg, del Servicio del Prof. Arce)

Figura N° 4

Microfotografía correspondiente al corte practicado en la zona 3. (Microfot. del Dr. Jörg, del Servicio del Prof. Arce)

ñón que a su parte interna, no se encuentra en esta circunstancia comprensión del sistema excretor pielocalicial ni tampoco desviación del uréter; téngase en cuenta que nos estamos refiriendo a quistes de un volumen tal que no llegan a esta región y no a los de tamaño exagerado.

Lo habitual, tratándose de un proceso congénito es la falta de sintomatología durante mucho tiempo, lo cual los hace pasar desapercibidos, hasta el día en que, sea su volumen o una complicación sobreagregada, los pone de manifiesto por síntomas urinarios

o extrauritarios o ambos a la vez, haciendo notar que esta sintomatología, no es en manera alguna patognomónica, pues se trata de síntomas dependientes de fenómenos de compresión, sea renal o de órganos vecinos.

No entraremos a detallar la sintomatología, pues nos llevaría fuera de los límites de este trabajo, pero no queremos dejar pa-

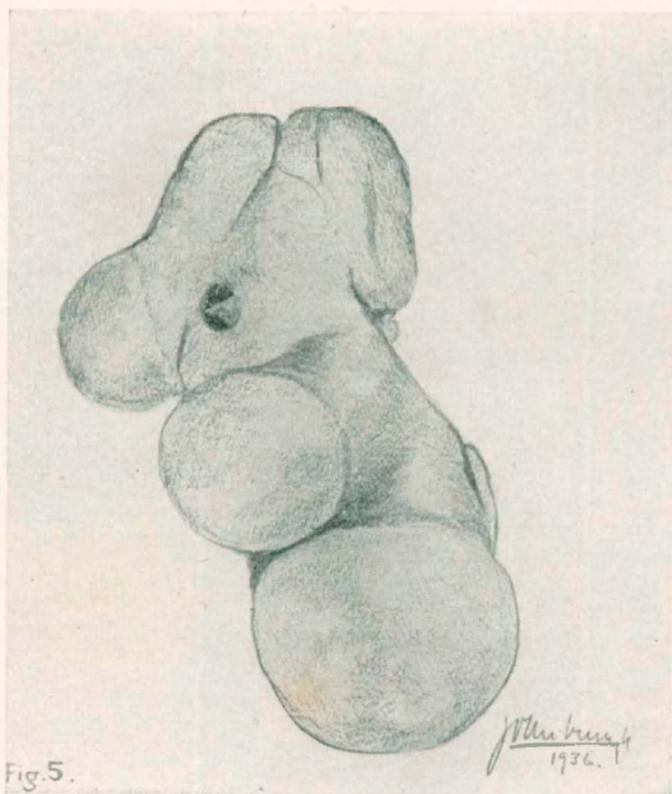


Fig. 5.

Figura N° 5

Obs. Dr. Arce. - Dibujo del riñón extraído visto por su cara exterior.

sar dos signos con los cuales algunos autores han pretendido diferenciarlos de los quistes hidáticos cerrados; nos referimos a la eosinofilia y las reacciones biológicas.

Si bien no entraremos en consideraciones por las razones arriba anotadas, estamos en condiciones de afirmar que en manera alguna es posible valerse de estas reacciones para establecer un diagnóstico diferencial, y en tres casos que hemos observado de quistes

serosos de riñón, 2 tenían reacción de Cassoni positiva; (Obs. de Arce y de E. Castaño y Astraldi).

Su diagnóstico ha seguido en el correr de los años, la marcha del de muchos otros procesos renales; primitivamente fué un hallazgo de necropsia; más adelante se describen algunos hallazgos operatorios, enfermos que eran llevados a la mesa de operaciones

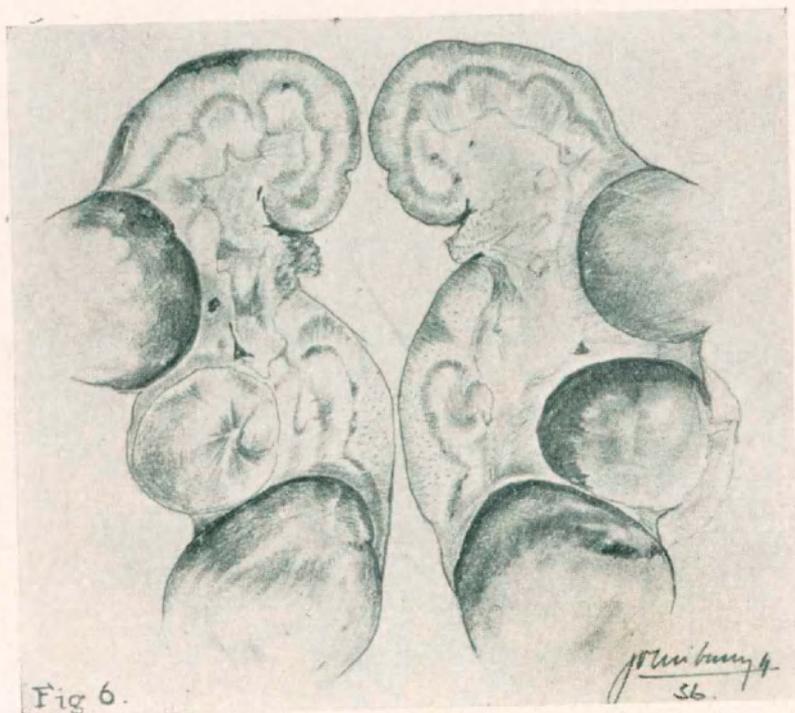


Figura N° 6

Obs. Dr. Arce. - Dibujo del riñón extraído vista del corte en sentido longitudinal.

en la sospecha de un proceso renal o vecino, sin poder precisar su naturaleza; por último, en la actualidad se debe llegar al diagnóstico preoperatorio, radiológico pero no clínico, por cuanto este proceso carece de sintomatología patognomónica.

ESTUDIO RADIOLÓGICO. -- RADIOSCOPIA.

No se conoce todavía observación alguna, en la que disponiendo de los medios habituales, haya sido posible la visualización radioscópica de un quiste seroso. Claro está que no vamos a darle

importancia a la remota posibilidad de hacer un diagnóstico radioscópico de presunción, utilizando medios de contraste en órganos vecinos y sospechar la presencia de un quiste por la desviación del intestino grueso.

Revisando la bibliografía no hemos encontrado la mención de modificaciones diafragmáticas al examen radioscópico, posiblemente influye en esto el hecho de que no siempre los enfermos van

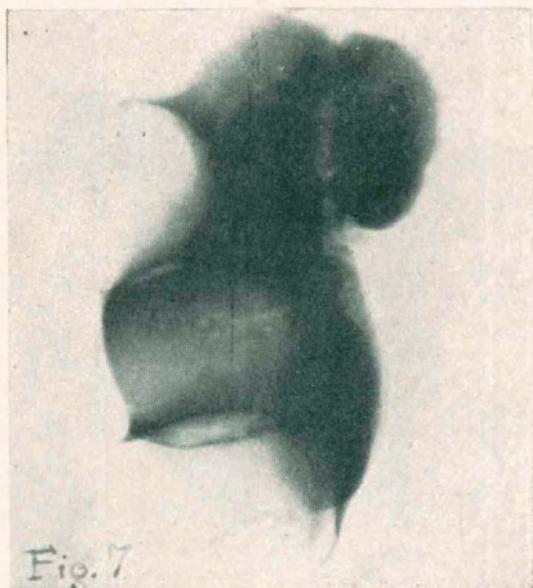


Figura Nº 7

Obs. Dr. Arce. - Radiografía del riñón extirpado.

a la mesa de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de quiste seroso.

Nuestra opinión es que únicamente los grandes quistes polares superiores pueden modificar la arquitectura diafragmática, y en cuanto a la motilidad puede estar normal o bien modificada en el sentido de disminución de la excursión, más por adherencias que por infiltración, dado que se trata de un proceso eminentemente frío.

PIELOSOPÍA.

Tampoco existen datos bibliográficos sobre la utilización de este método; la causa a más de la consignada arriba, es la de que este método aún no se ha generalizado.

Como se verá más adelante al estudiar la pielografía, hay observaciones de pielografías retrógradas en casos de quistes serosos, en las que se demuestran modificaciones de las vías de excreción que van desde la simple desviación a la compresión y dilatación, en grado variable. De esto se deduce que posiblemente la pieloscopia deberá mostrar en estas circunstancias alteraciones del dinamismo

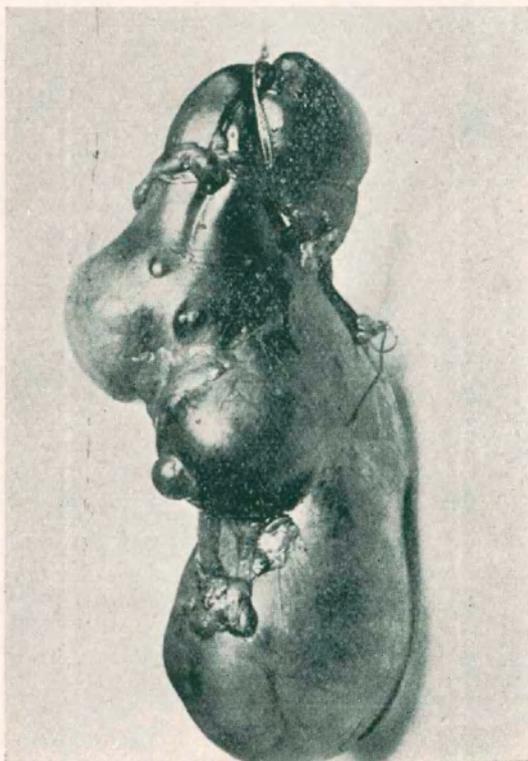


Figura N° 8

Obs. Dr. Arce. - Fotografía de la pieza extraída. Vista por su cara anterior.

pielocalicial que se traducirán, por hiperquinesis calicial, o por trastornos de evacuación en los casos de estasis.

RADIOGRAFÍA.

Es a este método al que se le debe el mérito de haber permitido el diagnóstico preoperatorio de los quistes serosos, en enfermos a los cuales se les efectúa una radiografía con una presunción clínica o bien se los encuentra como un hallazgo radiológico sin orientación previa.

A la radiografía simple efectuada en perfectas condiciones, es a quien se le debe exigir la responsabilidad del diagnóstico, según algunos autores; para otros en cambio (Bernasconi, Pavlovsky, Kretschmer, etc.) la radiografía debe asociarse a la pielografía.

Creemos que con la primera premisa basta, y al decir en "perfectas condiciones", entendemos condiciones de técnica instrumen-

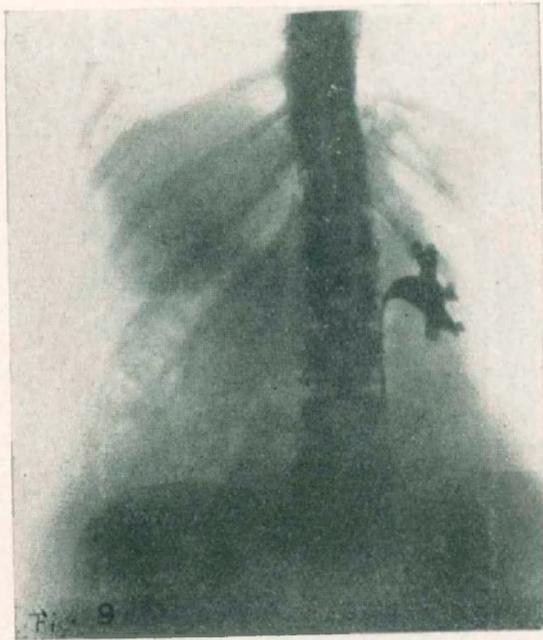


Figura N° 9
Obs. Dr. Arce. - Pielografía ascen-
dente.

tal y condiciones del paciente; las primeras exigen un correcto tiempo de exposición y una penetración adecuada, un aparato capaz, y provisto de un buen Potter-Bucky; respecto al enfermo se exige fundamentalmente una evacuación perfecta del contenido sólido y gaseoso del intestino grueso, por cuanto es necesario una visualización neta del contorno renal para poder hacer el diagnóstico, que se basa en simples variaciones de la silueta renal, o desviaciones del eje (Calham Stirling), en el agregado de sombras redondeadas, en la intensidad de estas sombras, etc.

De acuerdo a nuestras cuatro observaciones, diremos que: "toda sombra redondeada en relación con la silueta renal debe corresponder a un quiste".

En el mismo sentido se expresa Lazarus, pues dice que se debe sospechar la presencia de un quiste seroso toda vez que se vea una deformación globular polar, y Herbst y Vynaleck que sostienen que el mejor signo para el diagnóstico de quiste seroso es la presen-

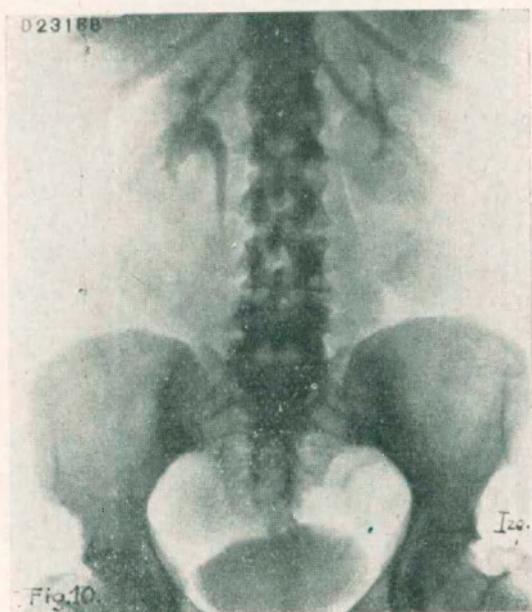


Figura N° 10

Obs. Dr. Arce. - Pielografía descen-
dente con Perabrodil. Obtenida a los
30 minutos.

cia de una sombra redondeada en conexión estrecha con el riñón: opinan aproximadamente en la misma forma Ormond, Michon y Domrich.

Pertenecen a esta categoría de sombras quísticas redondeadas, los quistes serosos, los hemáticos y los hidáticos; dejaremos a un lado a ciertos casos de hidronefrosis verdadera parcial, a la pseudo-hidronefrosis y algún caso de quiste gigante en la enfermedad poli-quística renal, pues todos ellos sólo excepcionalmente darán la forma antedicha.

La imagen del quiste seroso se presenta habitualmente en los polos (obs. de Orfila, Castaño y Astraldi, Arce, Allende, etc.); otras veces está situada sobre el riñón (obs. de Canter) y otras veces alrededor del riñón (obs. de Pavlovsky). Hay un hecho llama-

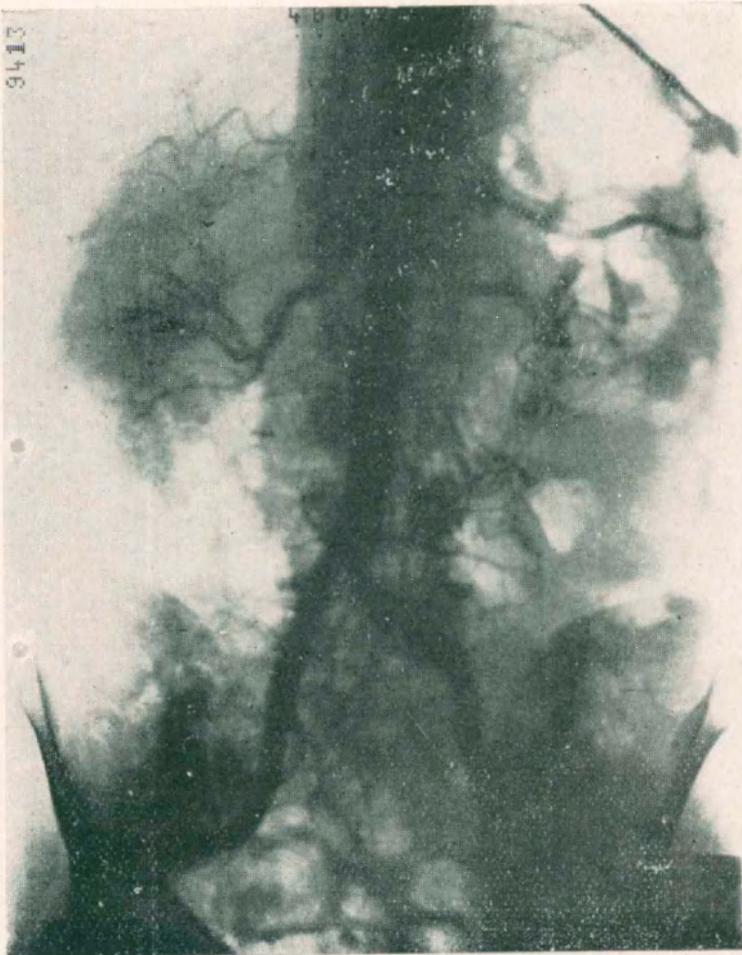


Figura N° 11

Arteriografía renal por el método de Dos Santos, según Bisquertt.

tivo y sobre el cual no podemos dar explicación: siendo el quiste una pérdida de sustancia renal, lo lógico sería encontrar una muesca en el contorno del riñón visto en la placa radiográfica; sin embargo, este hecho es excepcional, ya que sólo ha sido observado por

Lazarius. Lo habitual es encontrar una imagen renal perfecta más el agregado de la sombra quística.

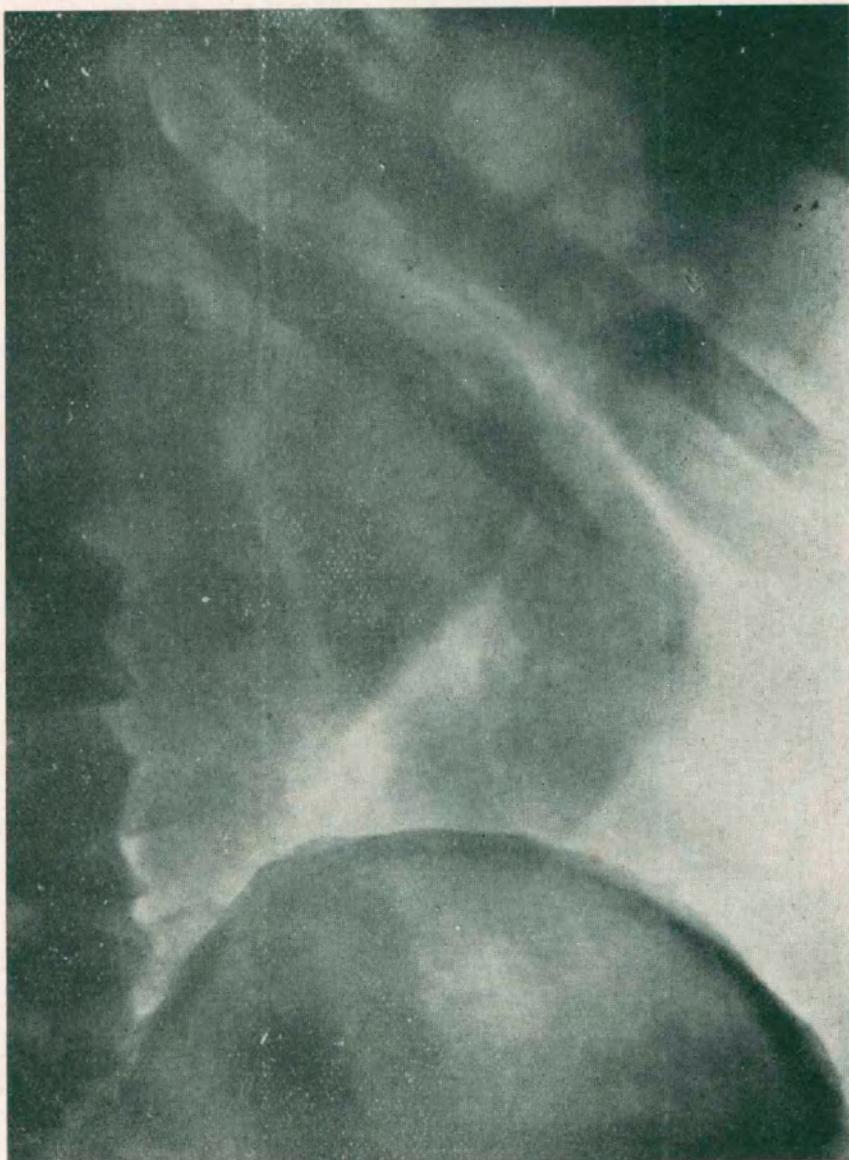


Figura N° 12

Obser. Dr. Castex. - Se ve la imagen del quiste que ocupa la cara anterior del órgano.

En las figuras Nos. 5 y 8 de la observación de Arce, se observa el nivel al cual llega el parénquima renal en su polo inferior;

en la figura N° 6, que representa la misma pieza vista en corte sagital, el límite se hace más nítido. La figura N° 7 representa el examen radiográfico de la pieza.



Figura N° 13

Obser. Dr. Castex. - Colografía Izq. Se ve como el quiste guarda relación con el colon.

Volvemos a insistir en el hecho llamativo de la perfección de la sombra renal a nivel de su polo inferior (ver figs. 9 y 10) como si no existiese tal destrucción; algunos han interpretado este hecho

diciendo que la densidad del contenido quístico presenta una opacidad igual al del parénquima renal; nosotros no estamos de acuer-

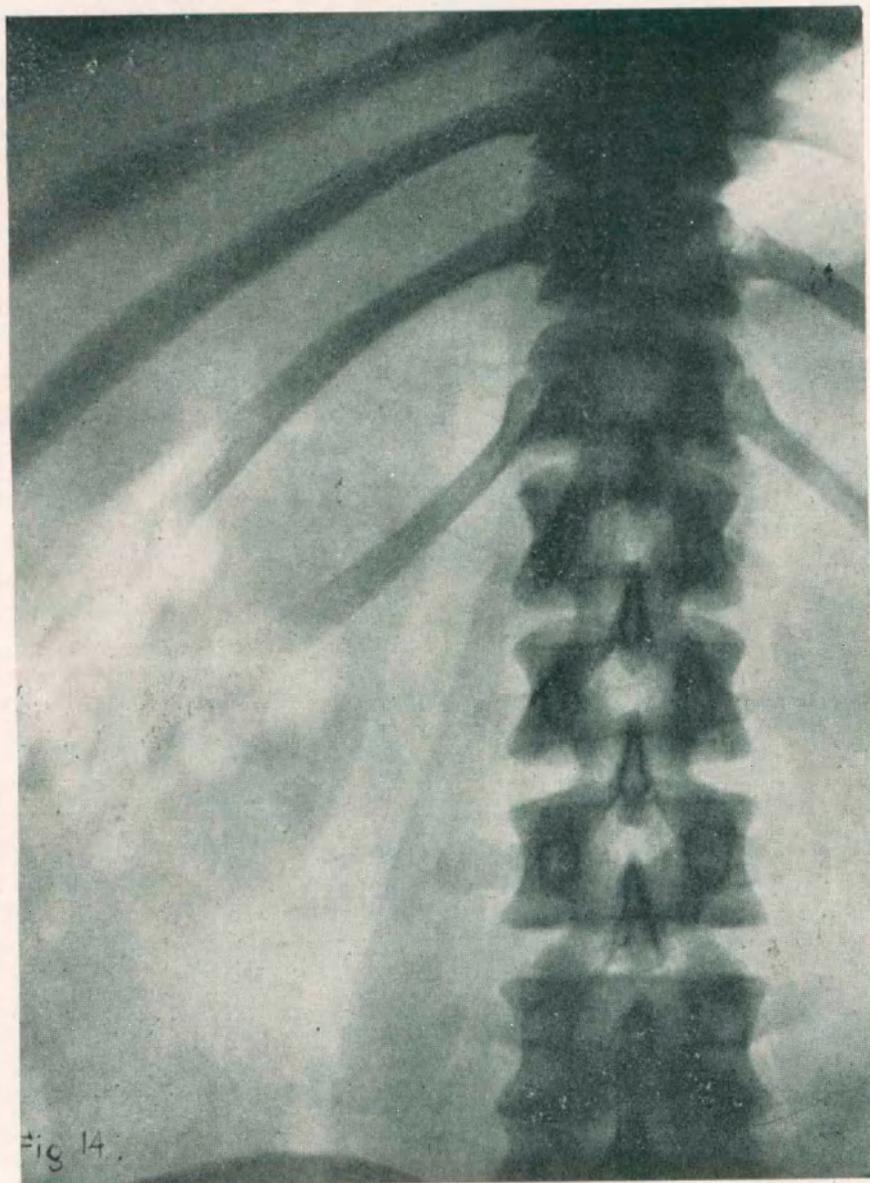


Figura N° 14

Observ. Dr. Orfila. - Radiografía simple. Se observa en el polo superior la imagen del quiste.

do con tal interpretación, pues no concebimos que el líquido del quiste pueda alcanzar tal opacidad, teniendo en cuenta que su peso específico es inferior al del tejido renal.

ENFISEMA PERI-RENAL.

En la sospecha de esta afección conviene practicarlo, pues se trata de un método electivo para su diagnóstico; consiste en establecer una atmósfera gaseosa peri-renal a fin de hacer resaltar más el contorno del órgano. Pese a las ventajas del método, sólo se ha practicado en contadas circunstancias, siendo esto debido a varias



Figura N° 15
Obser. Dr. Orfila. - Pieza anatómica donde se ve la relación del quiste con el riñón.

causas: falta de vulgarización del método, dificultad en el diagnóstico pre-operatorio de los quistes y temor a complicaciones.

Grimaldi aconseja asociar al enfisema peri-renal la urografía excretora. En la observación de Castaño y Astraldi el enfisema peri-renal fué practicado por el Dr. Carelli, con lo cual se visualizó mejor en la imagen radiográfica el contorno del riñón y sus quistes. Latteri señala a esta técnica como medio de diagnóstico diferencial

entre los quistes del riñón y los para-renales con adherencias a este órgano; sin embargo, reconoce la dificultad en efectuar tal diagnóstico. En los otros tres casos que observamos no se practicó el enfisema peri-renal por las siguientes circunstancias: caso de Orfila y caso de Arce, debido a que se hizo el diagnóstico de quiste hidatídico de riñón; y en el caso de Castex, en el que se efectuó (Dr. Astraldi) el diagnóstico de tumor abdominal.

PIELOGRAFÍA.

En las observaciones de la literatura que hemos revisado se ha practicado alternativamente la pielografía descendente o la ascendente, aunque siempre con una finalidad estática en su estudio.

Desgraciadamente esta causa nos impide estudiar por separado ambos métodos pielográficos; y permítasenos aquí salir de nuestro tema, para insistir en que uno de estos métodos no excluye al otro, debiéndose practicar siempre ambos, la retrógrada nos informará sobre la estática ureteropielocalicial y la urografía descendente (pielografía) ilustrará sobre la dinámica de las vías excretoras, sustituyendo en cierta manera a la pieloscopia; con ello no pretendemos decir que la pielografía descendente no sirva para el estudio de la faz estática pero debe reconocerse que en este caso la pielografía retrógrada es con mucho superior.

La aparente discordancia en los resultados pielográficos de las distintas observaciones, está condicionada por las diferentes localizaciones y tamaño de los quistes, téngase presente las lesiones anatómo-patológicas macroscópicas de este proceso y no se olvide dos hechos fundamentales: primero el desarrollo excéntrico del quiste lo cual evita habitualmente la compresión de las vías excretoras, y segundo que los resultados obtenidos pertenecen a quistes de distinto tamaño, lo que implica distintas etapas de la evolución y desarrollo de éstos. Por ello no se debe extrañar de que en gran parte de los casos las vías de excreción pelvi-caliciales se encuentran indemnes como acontece en las observaciones de Calhoun, Stirling, Kretschmer, Truchot, Secretan, Allende, Royer, etc. Otras veces el excesivo desarrollo quístico repercute sobre el sistema excretor, produciendo una desviación o una compresión, de donde resulta el afinamiento parcial o total de los cálices o una dilatación también parcial o total de los mismos; estas lesiones raramente se extienden

al bacinete, explicando Michon ésto por la falta de relaciones entre éste y el quiste. En la observación de Lazarius se encuentra una deformación evidente de cálices y pelvis, alteraciones semejantes se encuentran en las observaciones de Ormond, Blanc, Secretan, Arce, Pavlovsky, Herbst, Vynaleck, Michon, etc.

A pesar que en el párrafo correspondiente a Radiografía simple, admitimos que ésta basta para sentar el diagnóstico, debemos aceptar que una pielografía realizada en "perfectas condiciones", es decir, contraste neto entre la sombra renal y la sombra de la sustancia opaca, vacuidad sólida y gaseosa intestinal, correcta exposición y penetración; permitirá en muchas ocasiones, al poner de manifiesto las relaciones del quiste con las vías de excreción, determinar con mayor facilidad el origen renal de éste (Michon). La pielografía descendente permite debido a la imagen nefrográfica cuando ésta existe observar con más facilidad el contraste entre riñón y quiste (obs. de Arce, Truchot, Grimberg, Calhoun, Stirling, Cahill, etc.).

En lo referente al uréter; éste puede presentar dos modificaciones en los casos de quiste de tamaño grande: 1) La desviación, habitualmente hacia columna (obs. de Bernasconi, Allende, Lazarius, Perard, Secretan, Calhoun, Stirling, Papin, Pillet, Michon, etc.). 2) La acodadura (obs. de Pavlovsky, Blanc, etc.). Las relaciones que presentan estos quistes con el colon, son las de todo tumor renal, se han ocupado de este asunto en particular Castex, Pillet y Secretan, haciendo notar el rechazamiento del colon sin englobar al riñón (ver figs. 12 y 13).

ARTERIOGRAFÍA.

Este método, que corresponde a Dos Santos, de Lisboa, consiste en inyectar por vía aórtica el sistema arterial renal. Es una valiosa técnica radiológica para precisar el diagnóstico de la lesión que nos ocupa. En las arteriografías correspondientes a un riñón normal se observa una distribución arterial más aproximadamente constante. Cuando existe un quiste seroso se observa a su nivel la desaparición de la imagen arteriográfica y en su periferia la desviación de los vasos vecinos. En cuanto a los quistes de tamaño pequeño, sólo se observará la simple desviación vascular (ver fig. N^o 11).

BIBLIOGRAFIA

- ROGER: "Riñón solitario congénito: relación de dos casos clínicos comprendiendo un gran quiste seroso solitario". Archives des maladies des reins et des organes genito-urinaires, t. VII, pág. 99.
- W. CALHOUN ET STIRLING: "Gran quiste solitario hemorrágico del riñón". The Journal of Urolog., Vol. XXV, N° 2, febrero 1931, pág. 213.
- F. BERNASCONI: "Quiste peri-nefritico de origen Wolfiano diagnosticado por la pielografía". Journal d'urologie, 1er semestre de 1932, pág. 533.
- F. GRIMALDI: "Quistes serosos del riñón". La Prensa Médica Argentina, N° 26, junio de 1934, Buenos Aires.
- J. M. ALLENDE: "A propósito del quiste seroso del riñón". Bol. de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, t. XVI, N° 10, pág. 471.
- A. J. PAVLOVSKY: "A propósito de un quiste seroso del riñón". La Prensa Médica Argentina, N° 49, diciembre de 1933, pág. 2619.
— "Quiste seroso del riñón". Bol. de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, 8 junio 1932, pág. 376.
- TRUCHOT: "Quiste del polo inferior del riñón derecho". Journal d'urologie, 2° semestre de 1932, pág. 326.
- J. A. LAZARIUS: "Los quistes solitarios del riñón". The Urol. and Cut. Rev., Vol. XXXV, N° 11, noviembre 1931, pág. 698.
- HERBST Y VYNALIK: "Quistes solitarios del riñón". Jour. Amer. Assoc., t. 96, N° 8, 21 febrero 1931, pág. 597.
- A. CASTAÑO Y A. ASTRALDI: "Consideraciones sobre un caso de quiste seroso del riñón". Rev. de la Asoc. Méd. Arg. Sec. Urol., t. II, N° 1, abril 1927.
- PERARD: "Quiste seroso del polo inferior del riñón izquierdo. Trastornos digestivos debido al rechazamiento del duodeno, comprobado por la radiografía. Desaparición de estos trastornos después de una ablación del quiste". Journal d'Urologie, 2° semestre de 1934, pág. 61.
- B.E. GREENBERG, M. I. BRODNY Y S. A. ROBINS: "Los quistes serosos del riñón". The Journal of Surg., vol. XXIII, N° 2, febrero de 1934, pág. 271.
- G. F. CAHILL: "Quiste solitario del riñón con resección". The Amer. Jour. of Surg., vol. VIII, N° 6, junio 1930, pág. 1290.
- H. L. KRETSCHMER: "Los quistes solitarios del riñón". The Jour. of Amer. Med. Assoc., vol. XCV, N° 3, julio 1930, pág. 179.
- H. BLANC: "Dos casos de quistes del riñón". Jour. d'Urol., 1er semestre de 1925, pág. 4.
- M. PAPIN: "Nefrectomía parcial por gran quiste seroso. Resultados alejados". Jour. d'Urol., 1er semestre de 1929, pág. 516.
- PILLET: "Quistes serosos del riñón". Jour. d'Urol., 2° semestre de 1929, pág. 103.

- M. SECRETAN: "Grandes quistes del riñón". Jour. d'Urol., t. 1º, 1929, pág. 5.
- E. MICHON: "Reflexiones sobre los grandes quistes serosos del riñón". Archives Franco-Belges de Chirurgie. 31-1929, pág. 824.
- J. K. ORMOND: "Quiste solitario del riñón". Amer. Jour. of Surg., febrero 1929.
- S. LATTIERI: "Los grandes quistes solitarios del riñón". Archivos Italianos de Urología, vol. 6º, f. 2, año 930|113.
- H. DOMRICH: "Sobre el radiodiagnóstico de los quistes solitarios del riñón". Zeits. für Urol., 1934|836.
- CH. D. ALLEN Y J. W. RAGSDALE: "Quiste solitario del riñón". Amer. Jour. of Surg., agosto 1935, pág. 311.
- HANS JUNKER: "Diagnóstico de los quistes solitarios del riñón". Zeits. f. Urol., 23, Nº 10, 1935, pág. 709.

ASOCIACION MÉDICA ARGENTINA

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA, 1936

<i>Presidente</i>	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Vice-Presidente</i>	Dr. ADOLFO MARTIN LOPEZ
<i>Secretario</i>	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesorero</i>	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

8ª. Sesión científica — 28 de Noviembre de 1935

Trabajos científicos presentados:

Leónidas Rebaudi:

"Sobre un cálculo ureteral gigante"

Alfonso Von der Becke:

"La estrechez uretral en la mujer".

Ricardo Ercole:

"Litiasis reno-ureteral en la infancia".

Ricardo Ercole:

"Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter y litiasis concomitante".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Astraldi, von der Becke, Castaño, Figueroa Alcorta, Gálvez, García, Gazzolo, Iacapraro, López, Maraini, Monserrat, Salleras, Serantes, Serantes Laserre, Pagliere, Rebaudi y Vilar.

Socios Adherentes: Albornoz, Cartelli y Garate.

1ª. Sesión científica — 23 de Abril de 1936

Trabajos científicos presentados:

A. Astraldi y A. Di Ció:

"A propósito de un caso de calculosis ureteral".

Juan Salleras:

"Tratamiento quirúrgico de las epididimitis agudas".

Enrique Castaño:

"Absceso de próstata de origen gripal".

Evaristo B. Bottini (h):

"Litiasis diverticular de uretra en la mujer".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Astraldi, von der Becke, Cacciatore, Castaño, Figueroa Alcorta, Gálvez, García, Grimaldi, Iacapraro, Isnardi, López, Monserrat, Maraini, Rebaudi, Salleras, Schiappapietra, Serantes y Vilar.

Socios Adherentes: Albornoz, Berri, Bottini, Cartelli, Garate y Torres.