

Por los Doctores

A. GRANARA COSTA
y A. TRABUCCO

GRAN QUISTE DE CAPSULA RENAL

ENTRE los procesos patológicos que conciernen al riñón, se presentan algunas entidades, cuyas características clínicas poco comunes, no permiten asegurar un diagnóstico preciso, resultando la afección un hallazgo quirúrgico, algunas veces de mucha importancia por la rareza de su constitución anátomo-patológica, así como por las grandes dificultades que encierra su interpretación a posteriori.

El fin de este trabajo es presentar a los colegas la siguiente historia clínica con algunas consideraciones que su estudio nos ha sugerido.

Enferma internada en el Hospital Pirovano, sala I, cama 8. Fecha de ingreso: 20 de enero de 1937. I. D. A., de 22 años, soltera, nacida en Escobar, Provincia de Buenos Aires, donde reside.

Antecedentes de medio. — Sin importancia.

Antecedentes hereditarios y familiares. — Padre fallecido, ignora la causa; madre padece de alienación mental, son dos hermanas, la otra es sana.

Antecedentes personales. — Nacida a término, lactancia artificial, sarampión y tos convulsa en su infancia. Menarquía a los 14 años, periódicas, abundantes, tipo 30/4; desde la edad de 15 años son dolorosas.

Enfermedad actual. — Desde hace tres años la enferma padece dolores de regular intensidad, en forma intermitentes en hipocondrio derecho con irradiación al dorso; vómitos alimenticios y acuosos; sin fiebre.

Estos trastornos aparecían con intermitencias de 6 a 8 meses, mejorando con tratamiento médico (gotas de belladona y régimen alimenticio), al cabo de 2 ó 3 días. Niega ictericia y urticaria. Desde hace un año los trastornos recrudecen, presentándose con mayor frecuencia, siendo los dolores continuos desde hace 4 meses, aumentando éstos después de las comidas, con sensación de plenitud y distensión en el hipocondrio derecho.

Actualmente tiene poco apetito, habiendo disminuído su peso; mueve su vientre regularmente, una o dos veces diarias, no acusa trastornos urinarios.

**Diurético . Antiúrico
y desinfectante de las vías urinarias**

GRANULADA

**URILITINA
SERONO**

COMPRIMIDOS

Fórmula: Ioduros de potasio y rubidio, carbonato, salicilato y benzoato de litio y hexametilentetramina; mezcla efervescente.

**VACUNA
ANTIPILOGENA
POLIVALENTE
BIRUSCHIETTINI
GRIPE · INFECCIONES PIÓGENAS ·**

INSUSTITUIBLE

**POR SU POLIMICROBISMO
POLIVALENCIA**

HIJOS DE ATILIO MASSONE - Córdoba 2088/92, Bs. As.

PERANDREN

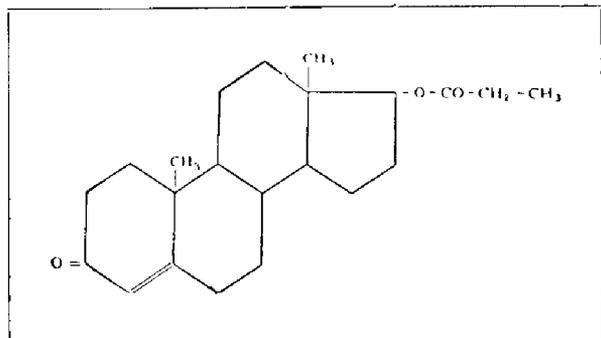
*hormona sintética químicamente pura
de la glándula testicular*

Para el tratamiento parenteral
en los casos de insuficiencia
de la glándula sexual masculina.

Afecciones de la próstata.

Climacterium virile.

Convalecencias, etc.



Forma de prescripción: ampollas de 5, 10 y 25 mg.



PRODUCTOS QUIMICOS CIBA, S. A.
SANTA FE, 1072

BUENOS AIRES

Estado actual. — Actitud y decúbito indiferentes; regular estado de nutrición; facie tranquila, ligera hipertriosis. Esqueleto y articulaciones, nada de particular, lo mismo que circulatorio y respiratorio.

Abdomen. — Inspección: Evidente abombamiento en flanco e hipocondrio derecho. Palpación superficial: Blando depresible, indoloro.

Palpación profunda: En hipocondrio y flanco derecho, se palpa una tumo-

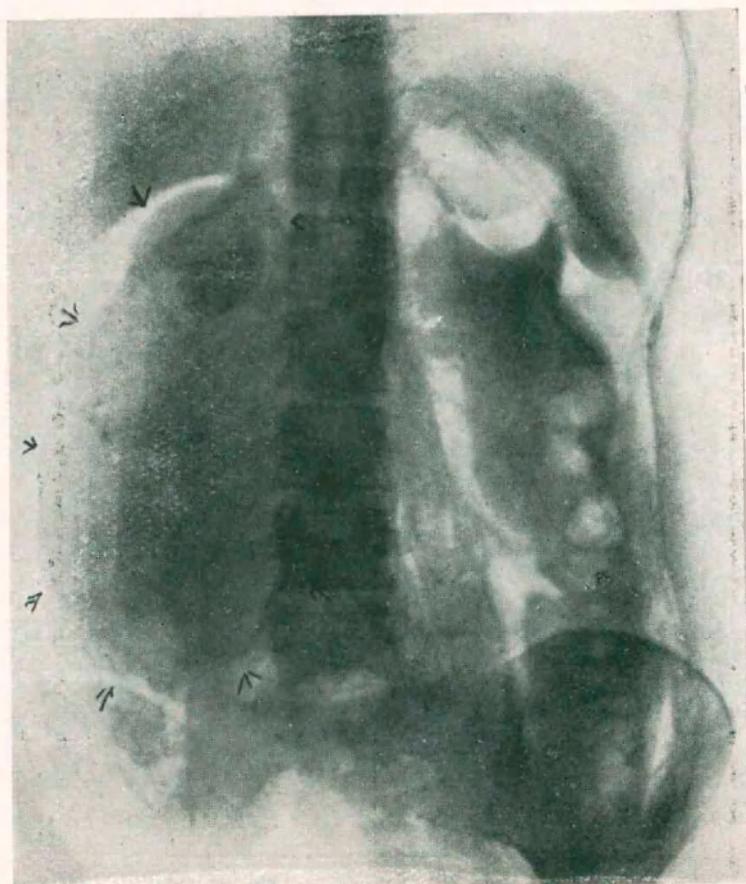


Figura N° 1
Neumoperitoneo. Las flechas limitan la
tumoración líquida situada en le lado iz-
quierdo del abdomen.

ración de consistencia elástica, renitente, lisa, redondeada, del tamaño de una cabeza de niño; se delimitan fácilmente sus contornos; la tumoración se pierde arriba por debajo del reborde costal, descende hasta cerca de la cresta ilíaca y sobrepasa ligeramente la línea media, presentando ligeros desplazamientos laterales y verticales, pelotea, tiene contacto lumbar, poco dolorosa. Percusión timpánica.

Hígado, de límites normales, no duele. Bazo, ídem.

Riñón izquierdo, nada de particular. Riñón derecho: puntos renales, dolorosos, poco intensos; la palpación se confunde con la de la tumoración antes descrita.

Exámenes y análisis realizados: Sero-reacción de Wassermann, negativa.

Análisis de orina: En los realizados en distintas oportunidades, no revelan nada de interés, excepto vestigios de albúmina, escasos leucocitos y hematíes.

Reacción de Ghedini: Negativa. Intradermo reacción de Cassoni: Negativa.

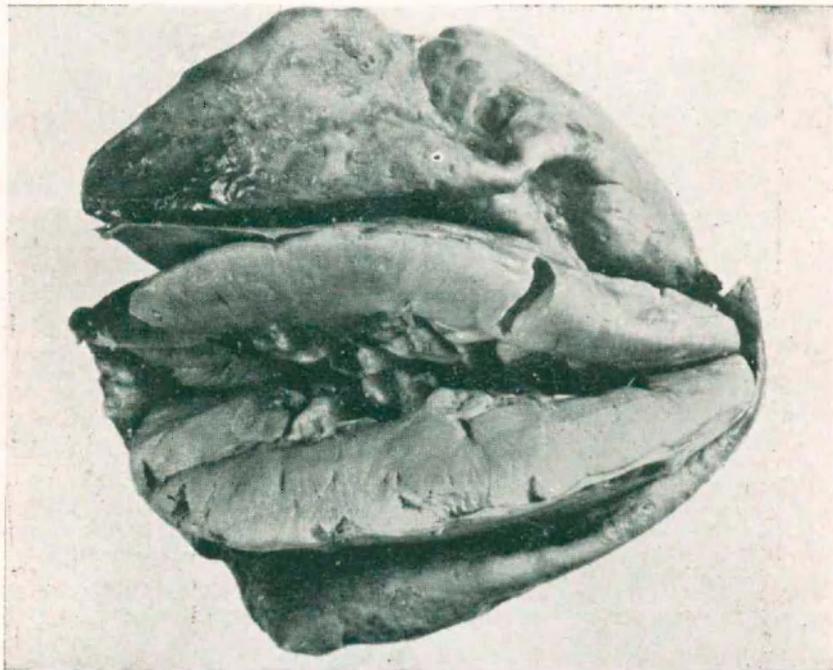


Figura N° 2

El riñón cortado longitudinalmente y rodeado por la pared externa quística.

Análisis de sangre: Hemoglobina 76 %. Glóbulos rojos, 3.500.000; glóbulos blancos, 7.000; polinucleares neutrófilos, 65 %; eosinófilos, 1 %; polinucleares basófilos, linfocitos, 29 %; monocitos, 5 %.

Dosaje de urea en sangre: 0.25 %.

Prueba de sulfofenolptaleína: 55 %.

Funcionalismo renal, de orinas por separado.

Riñón izquierdo, orina recogida en 30': Cantidad, 24 c. c. Urea, 18,32 ‰, cloruros, 18,32 ‰, Sulfofenolptaleína en 60', 42 %. Sedimento normal.

En la imposibilidad de cateterizar riñón derecho: las sondas de distintos calibres y formas, avanzan apenas un centímetro, y al intentar hacerlas progresar salen del uréter; se recoge orina por intermedio de una sonda en vejiga. Cantidad

en 30': 25 c. c., urea 6.12 %, cloruros, 6.50. Sedimento: Vestigios de albúmina. Algunos leucocitos y hematíes. Sulfofenolptaleína en 60', 15 %.

Urografía sacada en rayos central Hospital Pirovano, N° 2412. Substancia empleada, uroselectan B. A los 10' y 20': Se visualizan, pelvis y cálices izquierdos de forma, tamaño y situación normal, silueta renal de este lado, de tamaño, contornos y situación normal. Uréter, normal.

En el lado derecho, no hay eliminación alguna, de substancia opaca; se nota una sombra en toda la zona comprendida entre el borde inferior de la undécima costilla por arriba, bordea la cara derecha de los cuerpos vertebrales, pasa a un

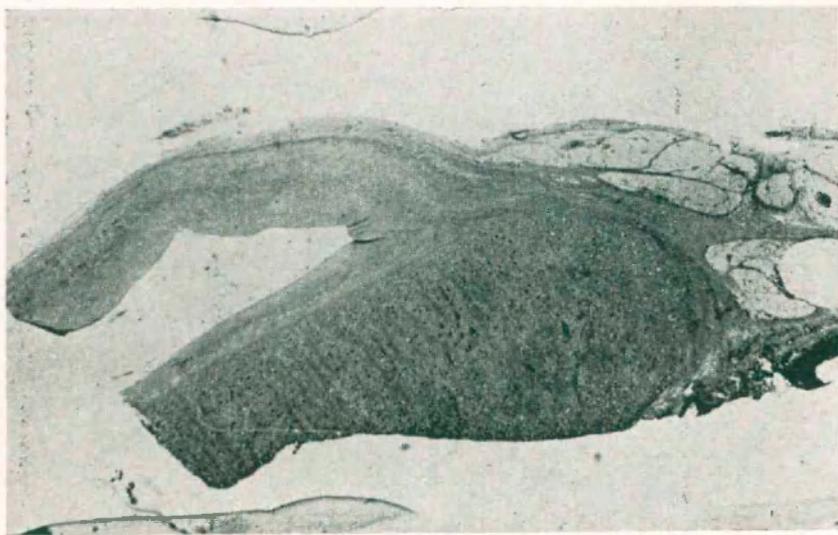


Figura N° 3

Imagen topográfica a pequeño aumento de la zona en que confluyen las 2 paredes capsulares.

centímetro por debajo de la cresta ilíaca, en su borde inferior, y remonta de allí hasta la extremidad externa de la undécima costilla, formando así su borde externo; es uniformemente atenuada su opacidad, igual, salvo en su parte superior, donde se nota una sombra de densidad ligeramente mayor, que en este momento no alcanzamos a interpretar.

La pielografía derecha no pudo realizarse por las razones antes descriptas, ni tampoco a la manera de Chevassu por carecer de la sonda correspondiente.

Neumoperitoneo realizado en el Instituto de Radiología N° 0,124. El relato que da es el siguiente: El tumor que se palpa en el hipocondrio derecho está constituido por el riñón sumamente agrandado con muy laxas adherencias a la pared.

Efectivamente, dicha opacidad correspondiente al tumor, abarca todo el hipocondrio y flanco derechos, desde el último espacio intercostal hasta la cresta ilíaca, y desde la línea media hasta la pared lateral de abdomen; opacidad de con-

tornos redondeados, regulares, intensa; en la porción más superior e incluida hay una sombra de mayor intensidad que la interpretamos como vesícula biliar.

Por todo lo que precede fué llevada a la intervención para efectuar la nefrectomía con el diagnóstico de gran uronefrosis.

Tratamiento pre-operatorio: Extracto hepático, calcio inyectable, suero glucosado e insulina; el estado de la enferma era inmejorable. Anestesia general. Operadores: Dres. Carlos Piccardo y A. Granara Costa. El tumor que corresponde al riñón, del tamaño de una cabeza de niño, no presenta perinefritis, llegando fácil-



Figura N° 4

Fotomicrografía a 200 aumentos aproximadamente en donde se puede ver la íntima unión que forma la cápsula propia del riñón con el tejido intersticial del mismo.

mente a pedículo, se pinza uréter y se liga haciendo luego hemostasia del pedículo, se cierra pared por planos y se deja drenaje. Post-operatorio, perfecto; hasta hace 6 meses la enferma gozaba de buena salud.

Estudio anátomopatológico. — Describiremos seguidamente los caracteres anátomo-patológicos que nos ha sido dable constatar en esta pieza, comenzando por expresar sus características macroscópicas para luego detallar lo que el estudio microscópico nos ha permitido hallar.

Macroscópicamente se nos presentó un riñón extraído quirúrgicamente, con pelvis renal y uréter; el órgano está rodeado por una gruesa membrana abierta según su eje mayor que era el continente de una colección líquida.

Describiremos separadamente los caracteres del riñón, de la pelvis, del uréter y de dicha membrana.

Riñón: Trátase de un órgano correspondiente al lado derecho, de tamaño algo disminuído en relación a otros riñones normales. Su consistencia está algo aumentada; su superficie externa, tapizada por la cápsula propia, es de color rojo vivo, que en parte llega al violáceo, de aspecto despulido y sembrado por numerosas depresiones, de diferente tamaño, oscilando éstas entre el de una cabeza de alfiler hasta el de un grano de arroz. Existen adheridas a sus caras, algunos filamentos fibrinosos en vías de organización que están íntimamente unidos a su cápsula. En la cara exterior cerca de su borde externo hay un pequeño quiste del tamaño de un guisante, de paredes muy delgadas y cuyo contenido está compuesto por un líquido amarillo rojizo transparente.

Al corte presenta este riñón una superficie de color rojizo, mostrando su parénquima, haciendo una discreta hernia, asomando entre sus paredes continentes. La substancia parenquimatosa se halla reducida, dependiendo esta reducción del tamaño de los cálices dilatados que más adelante describiremos. El parénquima renal tiene la parte medular disminuída de tamaño, en relación a la cortical, existiendo una disminución en la altura de las pirámides de Malpighi; el lado interno de la substancia medular está limitado por papilas achatadas y que han perdido sus caracteres normales; la substancia cortical se insinúa entre la medular, siendo ella más pequeña que normalmente; pueden verse algunos vasos de gran calibre, que se mantienen entreabiertos.

Al tratar de desprender la cápsula propia del riñón, se hace con cierta dificultad, dejando ver una superficie renal granulosa sembrada con desprendimientos conjuntivos.

La cápsula propia del riñón, aparte de las adherencias que tiene con el parénquima del riñón, tiene caracteres particulares, es de un espesor mucho mayor que normalmente, aunque de una irregularidad manifiesta; hay sitios en donde mide 7 mm., especialmente rodeando su borde interno y en otros de 2 a 3 mm., en el borde externo y caras laterales de riñón.

Esta cápsula propia del riñón, en el sitio donde muestra su mayor espesor, es decir, en su parte hiliar, se desdobra en dos hojas de diferente tamaño, teniendo por fin la hoja interna tapizar el riñón y formar la cápsula propiamente dicha; la otra hoja, es decir, la más externa, es de mayor espesor que la anterior, de consistencia elástica; tiene una superficie exterior que se encuentra cubierta por desprendimientos conjuntivos, restos de laxas adherencias periféricas; su superficie interna de aspecto liso, aunque con algunas muescas y depresiones, tiene los mismos caracteres macroscópicos que muestra la superficie de la otra capa, es decir, de la hoja interna que forma la cápsula propia del riñón. Esta hoja externa formó la bolsa de contención externa de la colección líquida de que venimos hablando.

Por su parte interna el riñón está en relación con los cálices y con la pelvis renal; en el límite del riñón se puede observar una intensa reacción esclero-lipomatosa que se insinúa entre el parénquima y la vía de excreción, llenando todos los espacios libres entre estas dos partes del aparato urinario superior.

Como ya vimos más arriba, los pequeños cálices están en relación con las papilas renales achatadas: éstos cálices están muy dilatados, no presentan el perfil cóncavo, a forma de ventosa con que se presentan normalmente, sino que toman más bien una forma abultada, en forma de masa. Los canales de comunicación entre los cálices y la pelvis también se hallan dilatados, desembocando en esta última en forma muy amplia, reduciendo mucho su longitud y casi perdiendo sus características, confundiendo cálices y pelvis renal en una sola cavidad.

La pelvis renal tiene la forma y el tamaño de una pera invertida. se halla muy dilatada, sus paredes se encuentran aumentadas de espesor, su superficie interna está tapizada por una mucosa de color rojo grisáceo, de aspecto despulida y hasta granulosa; no hay precipitados fibrinosos adheridos a sus paredes.

Por su borde ínfero-interno la pelvis renal tiene relación con el uréter; la desembocadura merece ser descripta con alguna minuciosidad porque no se hace en forma normal y corriente, es decir, en su parte más declive, sino que en el ángulo pieloureteral se halla en realidad en la parte posterior de la pelvis; a 1 cm. de su borde inferior, está abocado en ésta por un agujero en forma de pico de flauta, recorriendo el borde externo del uréter un pequeño trayecto en contacto íntimo con la pared de la pelvis; aún más, un poco por debajo de la desembocadura se encuentra una ligera estrechez, que hace más difícil la libre evacuación de la orina. Por otra parte, el uréter se halla íntimamente unido a la pelvis en ese trayecto de 1 cm. mediante finas y firmes adherencias que lo mantienen sólidamente en contacto, haciendo a esta desembocadura un desagüe anormal, insuficiente, de forma irreductible y definitiva.

Para el estudio microscópico de las lesiones que presenta la siguiente pieza, hemos seguido como método el practicar diversos tacos sacados unos del parénquima renal, otros de la pared externa del quiste y otros, por fin, de la cápsula propia del riñón con parénquima renal incluído.

Las preparaciones han sido incluídas primero en formol al 10% y después en líquido pícrico de Bouin, deshidratadas, parafinadas y montadas de acuerdo a la técnica especial y coloreadas con hematoxilina-fuschina y azul de anilina.

Debido al gran número de preparaciones que hemos hecho de distintos puntos de esta pieza, expondremos los resultados obtenidos haciendo primeramente el detalle del riñón y luego pasaremos a ver la histología de la cápsula renal y de la pared del quiste.

Puédese dividir las alteraciones histológicas de este riñón en modificaciones que recaen en la cortical y modificaciones de la zona medular. En la zona medular como lesión dominante, existe una marcada esclerosis que separa sus tubos excretores, pudiéndose ver en algunas partes un aumento considerable del tejido intersticial con un discreto infiltrado linfocitario, pero predominando siempre la reacción conjuntiva. Hay partes en que esta proliferación conjuntiva es tan intensa que lleva aparejada la destrucción de algunos tubos epiteliales. Puede observarse en algunas zonas, un reguero de infiltración linfocitaria que parte de los cálices y se remonta hacia la cortical, indicando una marcada vía de infección ascendente. La substancia cortical se halla muy alterada; el tejido intercanalicular ha proliferado tan intensamente en algunas zonas que lleva a los tubos contorneados a la degeneración y a la atrofia con desprendimiento y necrosis de su epitelio, algunos de estos están llenos de una substancia amorfa de color rosado.

Aquí en la substancia cortical llegan hasta esta, zonas de intensa reacción conjuntiva, el infiltrado linfocitario columnado que hemos visto más arriba. Estas zonas si bien, separadas por tejido renal aparentemente sano, no está distribuidas en focos distintos; su infiltración más bien es difusa, uniéndose progresivamente en las zonas vecinas, mediante bandas de infiltración más discretas; además de las células linfocitarias existen también numerosos histiocitos y algunas células plasmáticas. Diseminados entre ellas suelen encontrarse discreto número de polinucleares. Los glomerulos de Malpighi tienen muy poca reacción encontrándose la mayoría de ellos en estado normal, salvo en aquellos, que están situados en las zonas de más intensa esclerosis, en donde participan de la invasión conjuntiva.

LA CÁPSULA PROPIA DEL RIÑÓN

Histológicamente considerada la cápsula propia del riñón, está compuesta por tejido conjuntivo, pero un tejido conjuntivo particular constituido por fibroblastos con núcleo bastante grande y con protoplasma abundante y filamentoso; entre estas fibras conjuntiva-

vas hay numerosos histiocitos y una discreta infiltración linfocitaria. Estas células linfocitarias se encuentran por lo general dispersas, pero suelen en algunas partes acumularse y formar pequeños grupos, tipos foliculares, en donde se encuentran entremezcladas con algunas células plasmáticas.

Esta cápsula es particularmente rica en capilares de neoformación, diseminados en todo su espesor, pero a medida que se acercan al parénquima renal son mucho más numerosos, formando en algunas partes un tejido pseudo-telangiectásico rodeado por linfocitos y elementos conjuntivos.

La cara interna de la cápsula, es decir, aquel que corresponde al riñón, ofrece un particular interés; se presenta íntimamente unido al parénquima renal, confundiendo con el tejido intersticial de la glándula. En algunas zonas es tan evidente que se pueden seguir verdaderas masas de tejido, introducirse profundamente entre los tubos renales, teniendo como eje central a arteriolas de pequeño calibre, cuyas ramificaciones se pierden en la cápsula renal.

Con estas partes de tejido conjuntivo, que hace confundir cápsula renal con tejido intersticial, se presentan gran cantidad de linfocitos, siguiendo las columnas de inflamación crónica que se desarrollaban entre los tubos de excreción, uniéndose de esta manera, de una forma muy íntima, al tejido intersticial de la medular con el de la cortical y el de la cápsula renal. A medida que nos alejamos del parénquima renal, el tejido conjuntivo se va haciendo más fibroso y menos celular llegando a la perifería, es decir, a la cara que está en relación con el medio líquido del quiste, en capas apretadas de tejido conjuntivo, en donde no podemos diferenciar ningún resto de epitelio en los innumerables tacos de tejido que hemos separado.

La pared externa, que en este caso contenía la colección líquida está formada por tejido conjuntivo, con caracteres parecidos a los de la cápsula propia del riñón, pero con algunas diferencias; la parte más externa está compuesta por tejido conjuntivo adulto; constituyese por haces de fibras hialinizadas en su mayoría y con muy escasos núcleos; está cruzado por capilares neoformados, pero no hay vasos de regular calibre.

La parte más interna de esta pared de la bolsa, se asemeja más a las características de la cápsula propia del riñón; está formada por tejido conjuntivo más joven, con fibras celulares de protoplasma

más abundante y con evidente infiltración histiocitaria y linfo-citaria.

Ninguna de sus dos caras está tapizada con tejido epitelial, prácticamente demostrable.

Como hemos visto en el relato del caso precedente, se trata de una enferma joven y en muy buen estado general, sin antecedentes traumáticos ni patológicos que se pueden mencionar para dar vuelo a las interpretaciones médicas.

En cuanto a su evolución, lo único digno de mención, es la forma dolorosa intermitente que enseguida nos hizo pensar en una hidronefrosis a retenciones periódicas.

Ahora bien, las radiografías simples nos mostraron una gran tumoración de opacidad tenue y uniforme, que podía interpretarse como tumoral, quístico o hidronefrótica; como tumoral lo descartamos por la falta absoluta de hematurias y por un funcionamiento renal discreto, pues un tumor de tal tamaño tiene que anular la función renal.

En cuanto a quiste de riñón, si se tratase de un quiste simple o múltiple, no tiene imagen radiográfica característica; podría ser todavía un quiste hidático debido a los antecedentes, enferma del campo, buen estado general, etc., pero las reacciones biológicas fueron negativas, y daremos importancia a estas reacciones porque un quiste de ese tamaño y de tan corta evolución es raro que esté fuera de actividad.

Nos queda como diagnóstico el de hidronefrosis, aunque no nos fué posible ratificarlo con el examen pielográfico.

Llevada la enferma a la mesa de operaciones, la primera sorpresa la tuvimos en la facilidad de exteriorización del tumor y en la simpleza del procedimiento.

Exteriorizado el tumor, constatamos su consistencia renitente y su contenido líquido; desgraciadamente, por negligencia del personal, esta colección líquida, que hubiera sido de capital importancia para la correcta interpretación, fué lamentablemente perdida, debiendo proseguir de aquí en adelante de acuerdo al informe anátomo-patológico.

Aunque el examen anátomo-patológico nos muestra una hidronefrosis por desembocadura anormal del uréter con infección renal ascendente, no es este el hecho más saliente de la pieza en estu-

dio; la importancia se la debe a la formación quística perirenal, que es lo que nos ha hecho hacer el diagnóstico de hidronefrosis. Ahora bien, si volvemos a consultar las radiografías y especialmente las urografías, podemos descubrir que en el interior y en la parte superior (tercio superior) de dicha sombra, hay una imagen de densidad mayor que tiene la forma del riñón extirpado. De manera que lo tomado como hidronefrosis no era más que la colección líquida perirenal.

Para la interpretación de este derrame líquido así como de su continente, tropezamos con serias dificultades.

En un caso presentado por Defontre - Delage y Paget en el Congreso Francés de Cirugía de 1919, de un tumor quístico perinefrítico de origen linfático muy parecido al nuestro por su conjunto macroscópico; desgraciadamente, no tenemos el estudio del contenido líquido, que es de capital importancia; además, en los múltiples cortes que hemos practicado, no pudimos hallar ningún dato que pudiera hacernos pensar en un linfangioma del riñón o de su cápsula.

Entre nosotros hay un caso similar, publicado por el Dr. Villar, pero que no tiene estudio anátomo-patológico.

Por otra parte creemos, que en un riñón hidronefrótico, doloroso por la distensión de su pelvis e infectado; pequeños traumatismos u otros agentes pueden haber producido una efracción supcapsular con el consiguiente desprendimiento de su cápsula propia y la formación de una neo-cápsula con las características del caso que comentamos y que experimentalmente se puede comprobar.