

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI, JOSE L.
MONSERRAT y J. P. TORROBA

RIÑONES QUISTICOS ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU NATURALEZA Y DIAGNOSTICO

LA circunstancia de haber operado un enfermo portador de un riñón con quistes múltiples, cuya exacta clasificación resultó difícil en un primer momento, así como el hecho de haber observado en radiografías por contraste (perabrodil) imágenes redondeadas de diferente opacidad, ha hecho que nos abocásemos a un estudio de la anatomía patológica de los quistes del riñón.

Ello ha dado como resultado el que presentemos hoy a la consideración de Vds. tres conceptos, a nuestro juicio interesantes, de índole anatomopatológica, patogenética y radiológica.

Iº — CONCEPTO ANATOMOPATOLÓGICO

Como luego veremos con un poco más de detalle bajo su faz macroscópica, los quistes del riñón pueden ser, o bien grandes, generalmente únicos llamados quistes serosos, o la forma a quistes múltiples, llamada habitualmente poliquística.

Entre ambos extremos puede ubicarse la llamada "poliquistosis" renal, caracterizada por la presencia de formaciones quísticas ni tan grandes como en el quiste seroso, ni tan numerosas como en el poliquístico.

Este concepto unicista macroscópico está corroborado por los exámenes histológicos, ya que las tres formas tienen un común denominador, de donde resulta para nosotros variedades de una misma especie, etapas sucesivas, o mejor, tres formas diferentes de una misma enfermedad, sin que ello implique que el quiste único deba evolucionar hacia la forma poliquística, pero sin descartar tampoco que algunos de los riñones poliquísticos unilaterales del adulto (formas quirúrgicas de Cathelín) sean formas inicialmente uni o poliquísticas.

Hechas estas consideraciones generales, refundiremos brevemente el concepto que sobre las formaciones quísticas sostenemos.

Las formaciones quísticas del riñón pueden presentarse con diferentes aspectos macroscópicos; ya como quistes únicos, grandes, solitarios, ya como cavidades múltiples de tamaños variables.

Entre estos diferentes tipos se han podido individualizar con características propias pequeñas formaciones, situadas frecuentemente a nivel de la zona cortical, de existencia casi constante en los procesos nefríticos crónicos.

Estos quistes designados como quistes por retención, tienen una histogenia perfectamente definida.

Eliminado este grupo, restan una serie de formaciones uníquísticas y poliquísticas, existiendo entre los casos extremos toda una gama en cuanto a número y tamaño de las formaciones se refiere.

Y si sólo hemos considerado como base de juicio descriptivo el número de las formaciones quísticas, al especificar la localización con relación al parénquima renal, se podría de acuerdo a Lindenfeld establecer cuatro variedades.

Iº Quistes intraparenquimatosos.

IIº Quistes sub-capsulares.

IIIº Quistes para-renales.

IVº Quistes parapélvicos.

Esta clasificación, buena como concepto topográfico, puede completarse o ampliarse si se hace intervenir como elemento de juicio el mecanismo histogenético, que originó la formación quística, estando así fundamentada la clasificación de Legueu.

Quistes	Falsos	Post-hemorrágicos. Calculosis. Tuberculosis renal. Tumores.
	Verdaderos	Degeneración quística. Quiste seroso solitario. Quistes de las nefrosclerosis.

II° — CONCEPTOS PATOGENÉTICOS

Las abreviadas consideraciones anteriores nos permiten señalar la multiplicidad del criterio para la clasificación de los quistes, debido a los diversos encuadres que de ellos puede hacerse, lo cual asevera que se trata de un capítulo de relativa complejidad.

Sin entrar en amplias consideraciones etiopatogenéticas sobre este capítulo, ya que él será por parte de uno de nosotros (1) de un estudio de revisión, diremos que frente a las tumoraciones quísticas, descartando al grupo de las llamadas falsas por Legueu, admitimos dos grandes agrupaciones.

I° Los quistes de las glomerulo-nefritis crónicas y nefroesclerosis.

II° Una serie de formaciones que van desde el quiste único al francamente poliquístico.

Así planteado el problema, y por razones ya apuntadas anteriormente, diremos que desde la primera observación de riñón poliquístico que data del año 1600 hasta el momento actual, se han aportado muchos hechos e interpretaciones; estables los primeros, mutables los segundos de acuerdo a la época que se los consideraba.

Y así es cómo se ha defendido la teoría inflamatoria, neoplásica disembrionoplásica, pasando cada una de ellas por períodos de auge y decadencia.

En el momento actual, con los conocimientos de embriogenia, con el material casuístico acumulado puede aceptarse con una certeza casi absoluta el concepto de la disembrionoplasia, que unifica bajo un mismo capítulo todas las formaciones quísticas, sean uni o poliquísticas, con lo cual estas distintas variedades representarían aspectos macroscópicos distintos de estadios evolutivos variados.

El dualismo embriogenético del riñón: blastema nefrógeno y brote ureteral de Kupffer, la no adaptación funcional entre los dos sectores son suficientes para la explicación patogenética de estas malformaciones, y de lo que antecede se puede establecer "a priori" que la dilatación se podrá hacer a expensas del blastema nefrógeno o del brote uretral.

En el primer caso la dilatación será a expensas preponderante

(1) Monserrat José L.

del glómulo y en el segundo el quiste se formará en los tubos originados por las ramificaciones del brote pélvico.

Por lo tanto, las formaciones quísticas podrán presentarse en grado de pureza con dos variedades.

Iº Quistes de origen tubular.

IIº Quistes de origen glomerular.

Entre estas dos variedades extremas puras se pueden observar casos con intrincación de ambas formas.

Como resultante tendremos como clasificación final.

<i>Aspecto morfológico</i>		<i>Origen patogenético</i>
Simples Poliquistosis Poliquísticos	} Disembrioplasias }	} Glomerulares Tubulares Mixtos

IIIº — CONCEPTO RADIOLÓGICO

En el año 1936, en los números 3 y 4 de la Revista de Urología de esta Sociedad, uno de nosotros (Astraldi) publicó, en colaboración con el Dr. J. V. Uriburu (h.) un trabajo intitulado "El radiodiagnóstico del quiste seroso de riñón" y que con la inmodestia que corresponde, creemos es el más completo en conjunto.

En el mismo se detallan los elementos que puede brindarnos la radiología, principalmente la radiografía, en todas sus variantes.

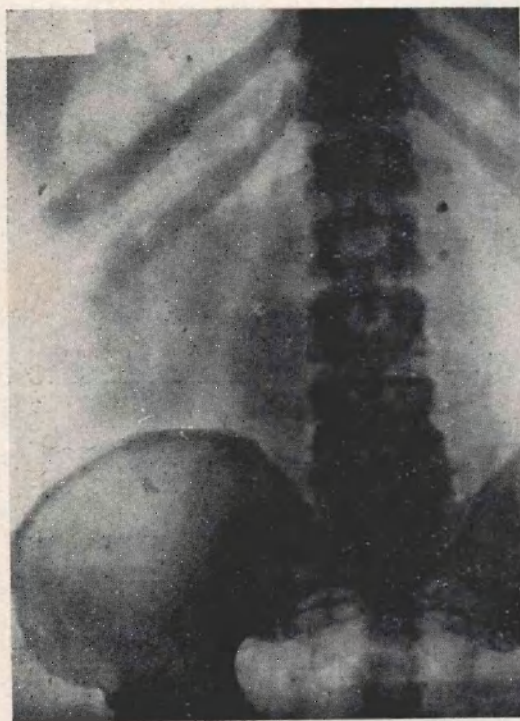
Al hablar sobre radiografía simple decíamos: "toda sombra redondeada en relación con la silueta renal, debe corresponder a un quiste".

Este precepto, al que creemos se le debe prestar preferente atención, hace que los diagnósticos preoperatorios de quistes serosos de riñón sean relativamente frecuentes. En aquella comunicación presentábamos 4 observaciones y hoy aportamos nuevamnete 4, pertenecientes: dos al Servicio del Prof. Castex, una al del Prof. Arce — cuya presentación la hacemos invocando el título de urólogo de ambos— y la cuarta al Servicio de Urología del Hospital Salaberry.

Pero, ateniéndonos a lo observado en estas últimas cuatro observaciones, ampliaremos aquel precepto y diremos: "toda sombra re-

dondeada en relación con la silueta renal, debe hacer sospechar un quiste seroso de riñón y que otros medios, también radiológicos, nos lo pueden confirmar”.

Veamos. El valor de una radiografía simple depende de condiciones renales, de situación y tamaño del quiste, así como de las extrarenales (desarrollo del pániculo adiposo y preparación previa del enfermo) y de una buena técnica radiológica.



Observ. 1. — Urografía excretora.
Perabrodil 15’.



Observ. 1. — Colografía.

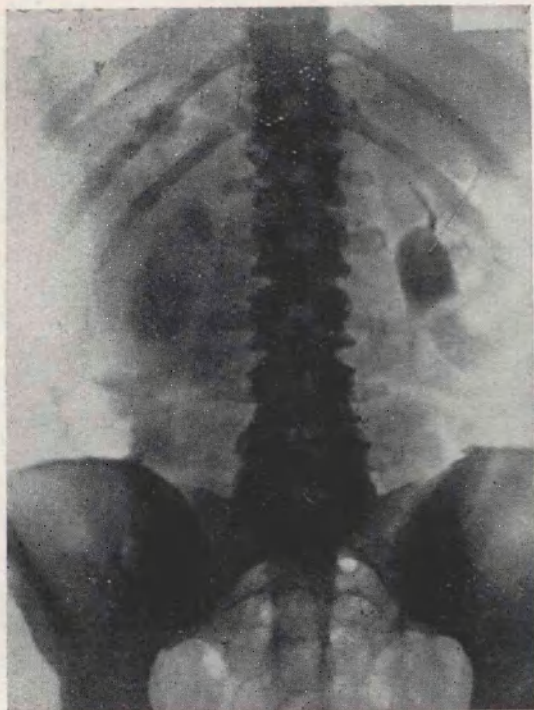
(Servicio del Prof. Castex).

Reunidas las mejores condiciones, la radiografía simple acusará la sombra redondeada antes mencionada y bien detallada en los trabajos de Lazurus, Herbstivynaleck, Ormond, Michon y Domrich, por cuya razón no nos extenderemos en su estudio.

Veremos ahora lo que nos puede dar la urografía excretora con perabrodil, en el estudio de los riñones quísticos.

De las cuatro observaciones que presentamos, una de las sombras redondeadas era transparente, en cambio las otras tres eran opa-

cas, es decir, de tonalidad igual o superior al resto de la silueta renal. Esta particularidad, que presentaban los clichés obtenidos con perabrodil, llamaron nuestra atención, y así, de una manifestación de orden radiológico, ha nacido el concepto de carácter etipatogénico que presentamos a la consideración de Vds. a la par que la misma se convierte en un medio de diagnóstico de incontestable valor.



Observ. 2. — Urografía excretora.
Perabrodil 30'.



Observ. 2. — Pielografía Ketógrada

(Servicio del Prof. Arce).

La explicación de todo esto es para nosotros sencilla y la proponemos, pero antes revisaremos algunos conceptos sobre los cuales se basarán nuestras conclusiones.

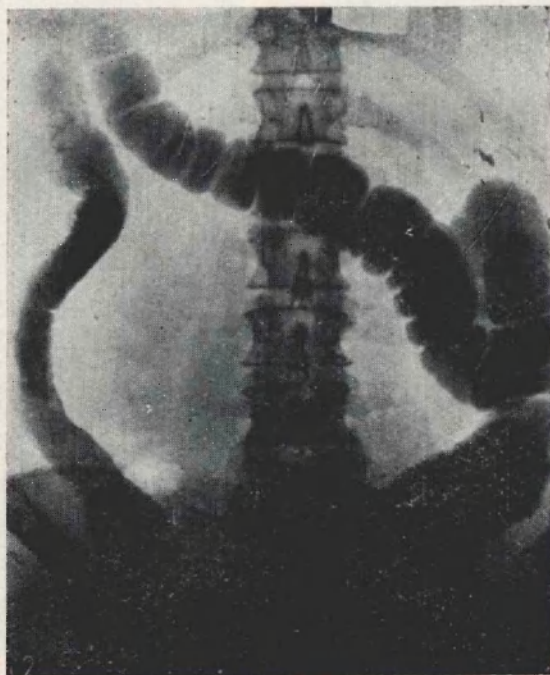
Sabemos, por lo ya expuesto, que los quistes serosos están formados a expensas de tubuli o de glomérulos, o ambos a la vez.

Por otra parte, Sas, en el Journal d'Urologie de Noviembre de 1938, en un trabajo muy bien documentado, nos habla de la composición de los quistes de riñón (únicos y poliquísticos). Dice

que el contenido líquido de los mismos, presenta los elementos normales que tiene el suero sanguíneo o los de un exudado.

Esto hace presumir que las sustancias que se encuentran en el interior del quiste, deben encontrarse también en la circulación general.

Al mismo tiempo agrega: "La presencia de glomérulos colapsados en la pared del quiste del riñón, dotados probablemente de



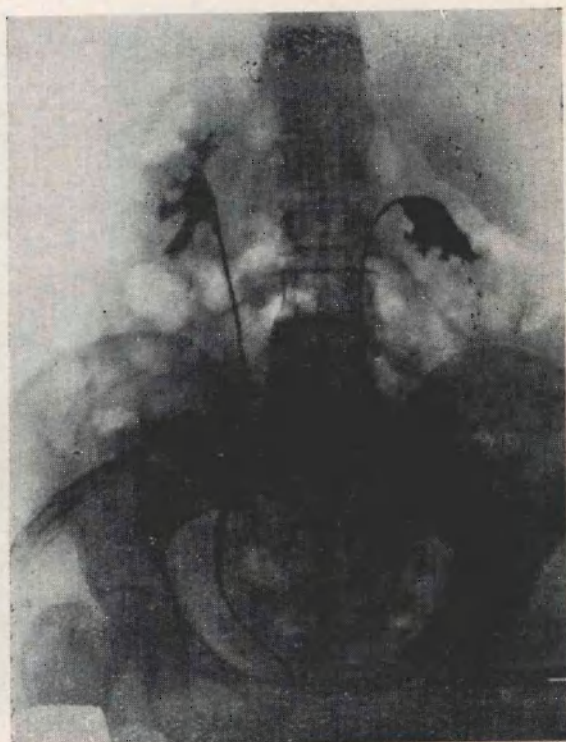
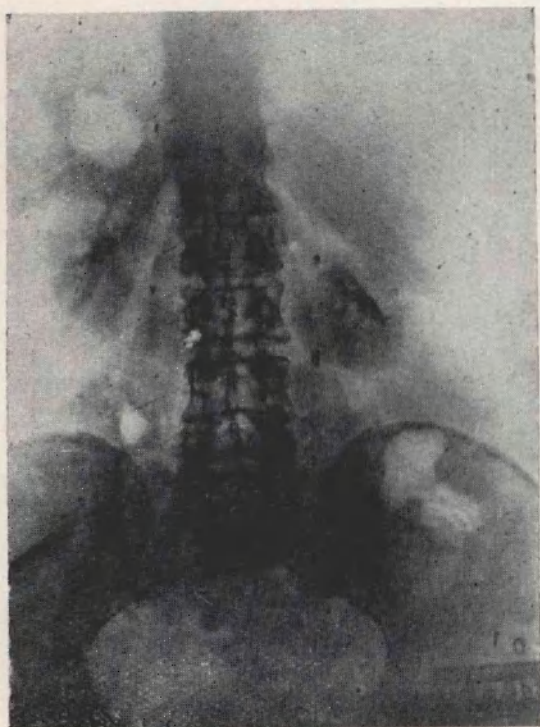
Observ. 2. — Colografía.

"una débil actividad secretoria, hacen igualmente plausible la hipótesis de que la génesis de los quistes del riñón pueda ser debida a consecuencia de una lesión renal, por ejemplo, un proceso inflamatorio intersticial o una obturación de los tubos uriníferos por una arenilla.

"Si se tratara de quistes congénitos, los glomérulos, asentando en la pared del quiste renal, deberían sufrir una involución anatómica y funcional más perfecta, que si los quistes no hubieran puesto sino que algunos meses y años en desarrollarse".

La primera parte de estas deducciones tiene su confirmación si se acepta el origen glomerular de algunos quistes como lo demuestran los exámenes histológicos de los quistes que presentamos.

Respecto a la segunda parte, nos parece interesante ya que permitirá no abusar del origen congénito y pensar un poco más en la etiología de adquiridos, pues las lesiones de tipo inflamatorio son



Observ. 3. — Urografía excretora
15'.

Observ. 3. — Pielografía retrógrada.

(Servicio del Prof. Castex).

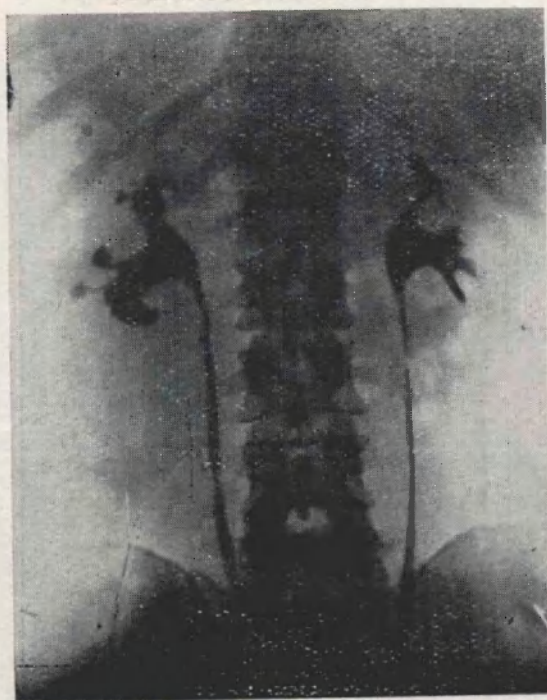
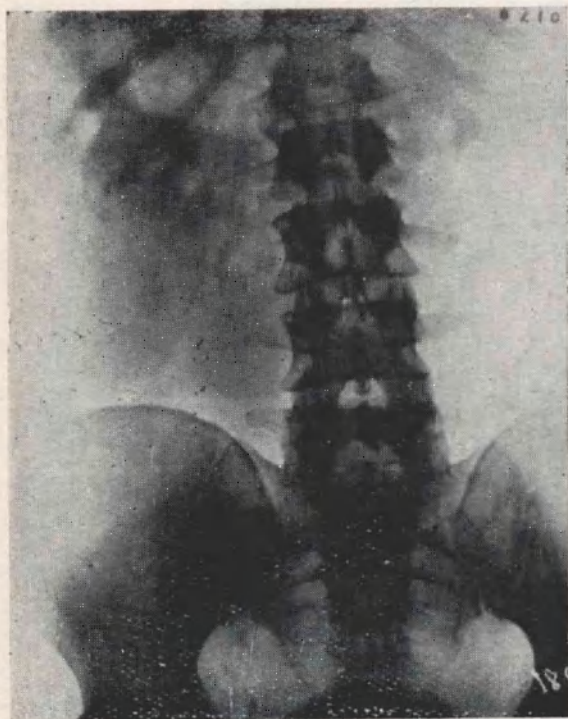
mucho más frecuentes que los trastornos de la vida intrauterina, para dar con más constancia estas lesiones.

En una palabra, creemos que los quistes del riñón, siendo hijos preponderantes de las malformaciones, pueden también ser de origen adquirido.

Añadiremos un último hecho que vendrá en apoyo de lo que diremos más adelante. Se sabe, por trabajos que no nos corresponden, pero que son muy conocidos y en nuestro país "Las substan-

cias de contraste como medio para medir el potencial renal" de uno de nosotros (Astraldi) en colaboración con el Dr. Torroba, se sabe, decimos, que las sustancias de contraste se eliminan por el glomérulo renal.

Pues bien, nosotros decimos que cuando se observa una sombra redondeada, en relación con la silueta renal y con una intensidad igual o mayor que la que presenta el riñón, este hecho se ha pro-



Observ. 4. — Pielografía retrógrada.

Observ. 4. — Per-Abrodil 15'.

(Servicio de Urología. Hosp. Salaberry).

ducido por el paso de la sustancia de contraste (yodo) al interior del quiste, a través del glomérulo, circunstancia ésta que se encuentra abonada, por los hechos de orden etiopatogénico y experimental que hemos detallado más arriba.

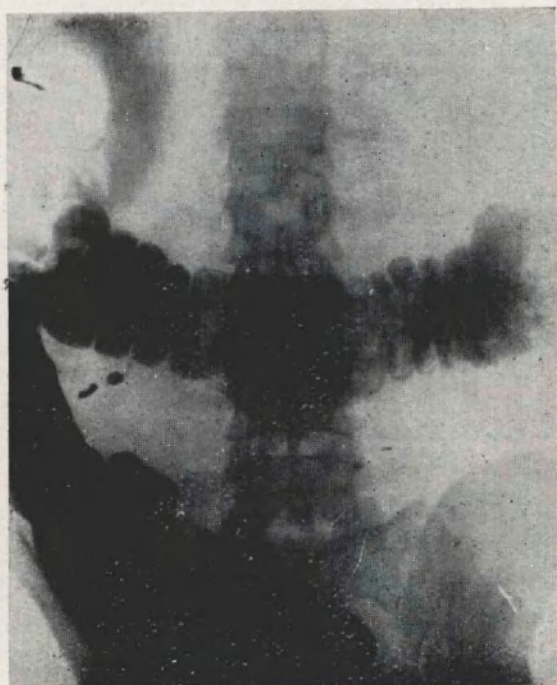
Ahora bien, esto es más categórico cuando se pueden comparar las distintas opacidades de las sombras redondeadas, ya en la radiografía simple, ya en la de contraste, como sucede en la observación N° 3.

Vemos en este caso que la sombra redondeada del cliché obte-

nido a los 30' de la inyección del perabrodil, es más intensa que la que presenta la radiografía simple.

Sabemos muy bien que a esta concepción del paso del yodo al interior del quiste, le falta su última confirmación.

Nos referimos a la comprobación del yodo en el interior del quiste, después de la inyección de la substancia de contraste y que sólo es posible obtener en el acto operatorio de la siguiente manera:



Observ. 4. — Colografía.

Inyección endovenosa de la substancia de contraste y extracción de una cantidad determinada de contenido quístico a los 15, 20 ó 30', obteniendo concomitantemente clichés radiográficos sobre la misma mesa de operaciones.

De esta manera sabremos si el aumento de opacidad de la sombra del quiste coincide con el paso de yodo al interior del mismo.

A pesar de los meses transcurridos desde la última observación, no hemos tenido oportunidad de encontrar un nuevo caso de quiste de riñón, de cualquiera de las modalidades en que puede presentarse.



Figura N° 11. — Quiste seroso único.

- a) Cavidad del quiste. b) Revestimiento endoteliforme de la cavidad. c) Condensación fibrosa. d) Glomerulos comprimidos por el desarrollo del quiste.



Figura N° 12. — Quiste único.

- a) Cavidad pélvica. b) Revestimiento endoteliforme del quiste. c) Cavidad quística. d) Tejido fibroso de la pared quística.



Figura N° 13. — Poliquistosis.
Varios quistes confluentes. En el interior grandes células con una
substancia granulosa obscura.

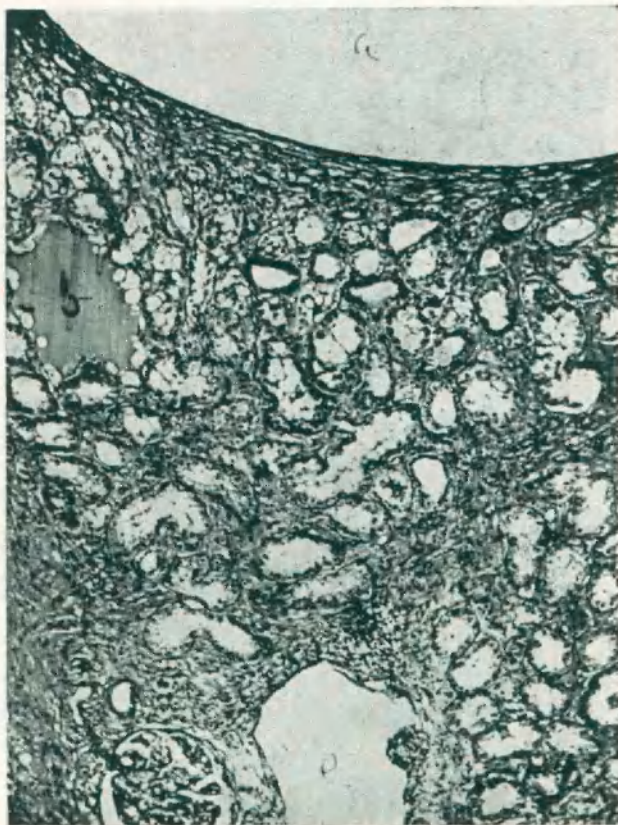


Figura N° 14. — Poliquistosis.
Arriba (a) gran cavidad quística, b y c pequeñas formaciones
quísticas.



Figura N° 15. — Poliquistosis.
Cavidad quística con un contenido albuminoso y celular (elementos macro'ágicos).



Figura N° 16. — Poliquistosis.
cavidad quística.
a) Cavidad quística. b) Glomerulo que hace procedencia en la

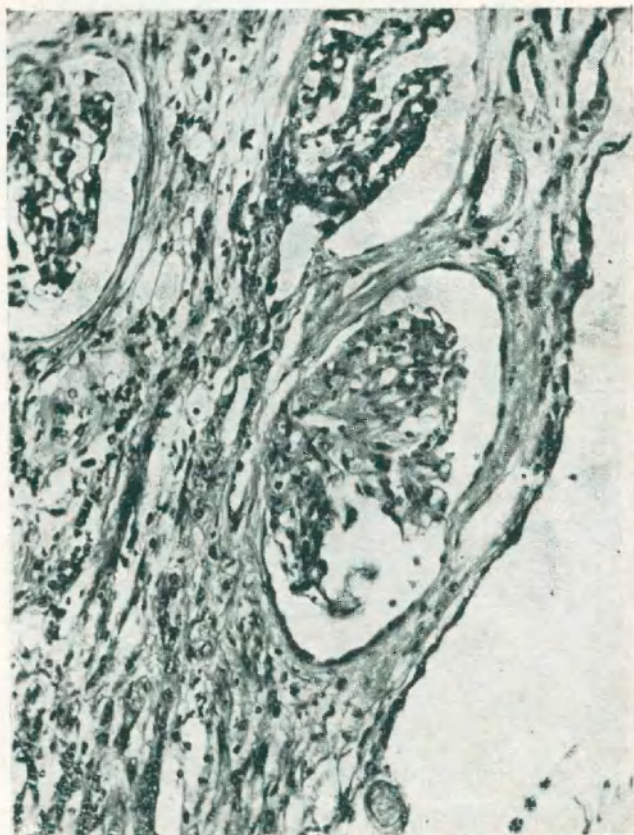


Figura N° 17. — Poliquistosis.
Glomerulo próximo a la cavidad quística obscurece el revestimiento
endoteliforme de la misma

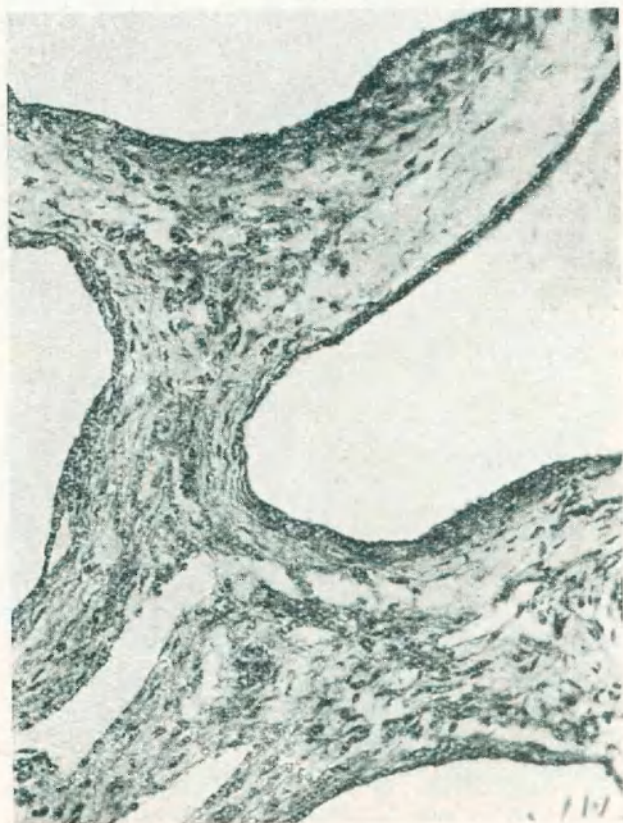


Figura N° 18. — Poliquistosis.
Numerosas cavidades de pared fibrosa y revestimiento endoteliforme.

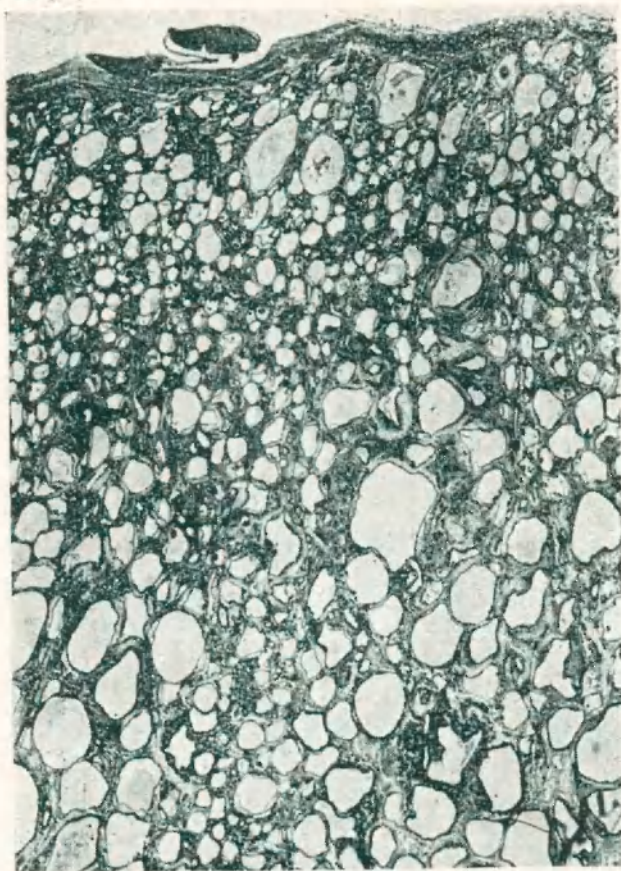


Figura 19. — Micropoliquístico glomerular.
Observación de la Catd. de Anat. Pat. (Montserrat).
Típica formación polimicroquística que comprende a toda la corteza.



Figura 20. — Micropoliquístico glomerular.
a) Cápsula renal. b) Cavidad quística de tamaño mediano.
c) Cavidades iniciales en las cuales se ven los paquetes vasculares.

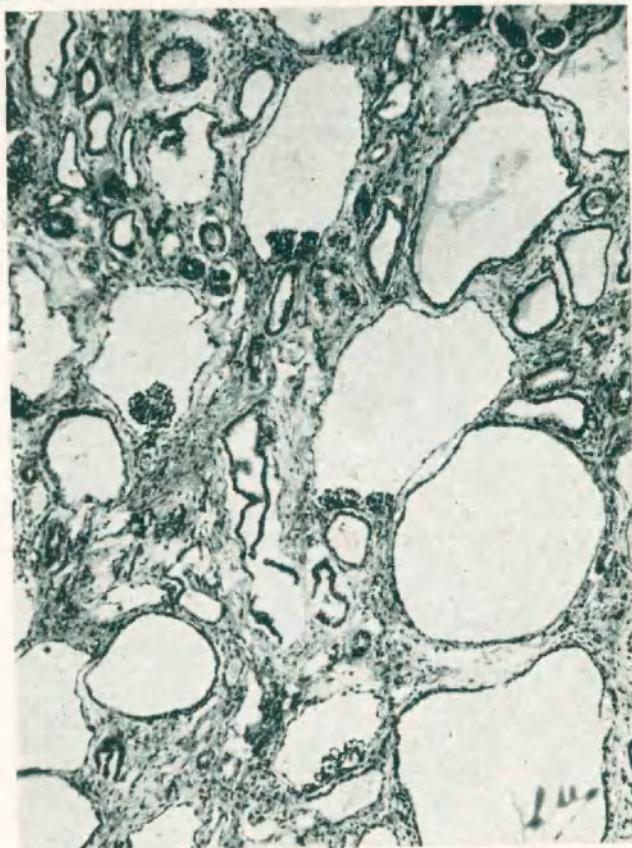


Figura 21. — Micropoliquístico glomerular.
Distintas formaciones cavitarias, observándose en muchos la presencia del paquete glomerular.



Figura 22. — Micropoliquístico glomerular.
Se observa una gran cavidad quística (a) y señalado por la flecha restos del pelotón vascular.

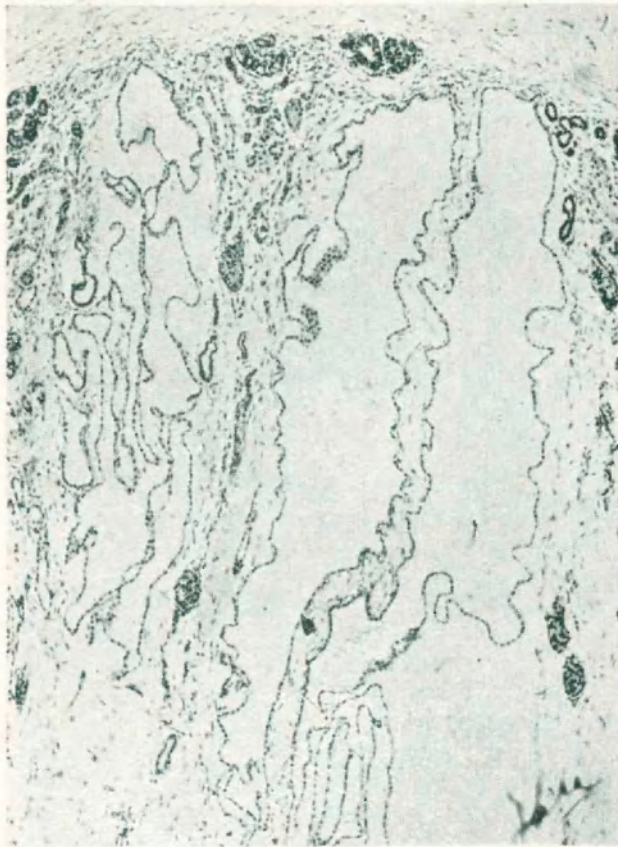


Figura 23. — Micropoliquístico tubular.
Observación de la Catd. de Anat. Pat. (D. J. P. Lascano).
Las formaciones quísticas se originan a expensas de tubos que se
van dilatando. (hipoplasia del blastema nefrógeno).



Figura 24. — Micropoliquístico tubular.
a) Blastema nefrógeno hipoplásico. b) Dilataciones tubulares.

A él obedece esta laguna de nuestro trabajo, pero su publicación la hacemos sencilla y deliberadamente para solicitar la colaboración de Vds., en el sentido de buscar en el acto operatorio la presencia de yodo en el interior de la cavidad quística, si el azar hiciera que alguno tuviese la oportunidad de operar un quiste de riñón.

A este respecto diremos que en la observación N° 4, el examen microscópico muestra en el interior del quiste una substancia oscura, que bien podría tratarse del yodo que se le inyectó días antes, cuando se hizo la urografía excretora.

Sr. Presidente, Dr. Grimaldi. — *Me permitiría solicitar de mis distinguidos colegas, que alteráramos el orden del día. Se encuentran presentes los doctores Ercole y Llanos, que han venido de Rosario para brindarnos comunicaciones. De ese modo, podríamos escucharlos a ellos con seguridad esta noche.*
