

Inst. de Anat. y Fis. Patol. "Telémaco
Susini", Prof. Dr. P. I. ELIZALDE

Por el Doctor

JOSE L. MONSERRAT

RIÑÓN MICROPOLIQUÍSTICO

A nivel de las glándulas renales, es posible el observar formaciones quísticas, únicas o múltiples de un tamaño casi imperceptibles macroscópicamente hasta el de voluminosas colecciones que en algunas oportunidades alcanzan el tamaño de una toronja.

A las formas voluminosas generalmente únicas suelen designarse como quistes serosos, a las formaciones quísticas múltiples, como poliquísticos. Entre estos extremos de toda una gama en el número de las cavidades quísticas puede ubicarse un grupo de riñones, que presentan tumoraciones ni tan grande como las de los quistes serosos, ni tan numerosas como las de los poliquísticos: a esta variedad se la designa como poliquistosis.

Todas estas formaciones quísticas, semejantes en la constitución de sus quistes, pueden sin embargo reconocer a veces una etiología diferente. Se individualizan de todas estas formaciones quísticas, riñones que presentan concomitantemente con procesos inflamatorios crónicos, pequeños quistecitos ubicados preferentemente a nivel de la corteza renal, subcapsulares y a un contenido líquido cítrico, identificable como orina.

Estos quistes identificables como quistes de retención tienen una histogenia perfectamente definida.

Son los quistes de las glomerulos nefritis crónicas. Eliminando el grupo de formaciones que antecede queda una amplísima variedad de formaciones quísticas, únicas o múltiples micro o macroquísticas cuya etiopatogenia es objeto de múltiples controversias.

Constituyendo en realidad este trabajo un capítulo de la anatomía patológica del riñón quístico, que tenemos en preparación

no habremos de extendernos en consideraciones históricas, y estadísticas en el concepto general puesto que hemos de ocuparnos tan sólo de una especial variedad caracterizada por el tamaño de las formaciones quísticas.

Conviene sin embargo traer a colación algunas referencias numéricas que nos informarán suscintamente de la rareza de esta afección en general y de allí deducir a su vez lo excepcional o poco estudiada de la variedad micropoliquística que presentamos.

Alesio en un buen trabajo de conjunto trae las siguientes estadísticas:

Preitz en 10,000 autopsias encuentra 16 casos.

Watson y Cuminghan en 2.029 autopsias, 10 casos.

Esta afección es generalmente bilateral así, Naumann refiere, que de 10.177 autopsias encuentra 14 casos bilaterales; y 2 unilaterales: Sieber en 150 casos es la afección bilateral y 9 veces tan sólo unilateral.

Si comparamos ahora la frecuencia observada en estas estadísticas de autopsias generales con las de monstruos, destacaremos que, Sorrentino en 350 casos encontró esta afección 5 veces, de las cuales 4 era bilateral.

Es de destacar, además, que es una afección familiar. Bull observó 5 casos en una misma familia.

Por último, es útil transcribir una estadística de Sieber, quien nos demuestra en ella relación de frecuencia con la edad.

De 20 a 29 años,	26	casos de portadores
„ 30 „ 39	„	22
„ 40 „ 49	„	67
„ 50 „ 59	„	59
„ 60 „ 69	„	10
„ 70 „ 79	„	6
„ 80 „ 89	„	2

De las estadísticas generales. Virchow, Orth, Steiner, etc., se desprende que el mayor número de observaciones corresponde a la primera edad de 1 a 15 años.

Como primera conclusión de todos los conceptos anteriormente esbozados se desprende:

- 1° Que es una afección de observación más frecuente en los monstruos.
- 2° Que es frecuentemente familiar.
- 3° Que es más frecuente en la infancia.
- 4° Que es a menudo bilateral.
- 5° Que frecuentemente coexiste con malformaciones de otros órganos.

Así planteado el problema, y por las razones ya apuntadas anteriormente diremos tan sólo que desde la primera observación que data de 1600 (Fabricio de Hilden, siglo XVIII) hasta el momento actual se han aportado muchos hechos e interpretaciones, estables, los primeros, mutables las segundas, de acuerdo a la época y a la escuela que los consideraba.

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

Resumiendo las principales teorías tendremos:

1° *Teoría de la esclerosis o inflamatoria:*

Sostenida por Vichow, quien sostenía que un proceso nefrítico fetal o post-fetal, localizándose masivamente a nivel de la papila renal (nefro papilitis) provocaría la distención secundaria de los tubos y de los glomerulos.

2° *Teoría neoplásica:*

Compararon esta afección a la degeneración quística, del testículo y del ovario considerándolo, por lo tanto, como una proliferación epitelial activa englobándolo así como una neoplasia, cisto-adenoma. (Bustowe, Lancereaux Bar y Renon; Malazzez, Michalauviev, Lefars, Couverlaire, Foa, etc.).

Como una teoría intermedia (Sabaurín Cornil, Brault Nauwerk), establecen una proliferación epitelial no primitiva sino secundaria a una cirrosis renal.

3° *Teoría teratológica de la malformación:*

Sostenida ya en 1860 por Roster apoyándose en el hecho de la frecuente coexistencia con otras malformaciones, fué apoyada por múltiples autores, y es la más aceptada en la actualidad, si bien dentro del concepto general de malformación se establecen varias interpretaciones.

Para Hanan el origen radicaría en una aplasia primitiva de las papilas renales.

Gruber, apoyándose en la coexistencia de malformaciones múltiples viscerales con trastornos del desarrollo encefálico, establece una relación entre ambos procesos clasificándolos como una Disencefalia esplacnoquística.

Rupper, Spinger, etc., basándose en la noción embriológica del dualismo renal suponen que si por un factor X esta coalescencia entre blastema renal y brote ureteral no se produce, se originará entonces la malformación.

Más aún a "priori" se puede establecer que la dilatación podía hacerse ya a expensas del blastema nefrógeno o del brote ureteral de Kupfer teniendo así dos variedades quísticas.

En el primer caso la dilatación será a expensas preponderante del glomerulo en tanto que en el segundo se formará en los tubos del brote pélvico. Por lo tanto, las formaciones quísticas podrán presentarse en grado de pureza con dos variedades.

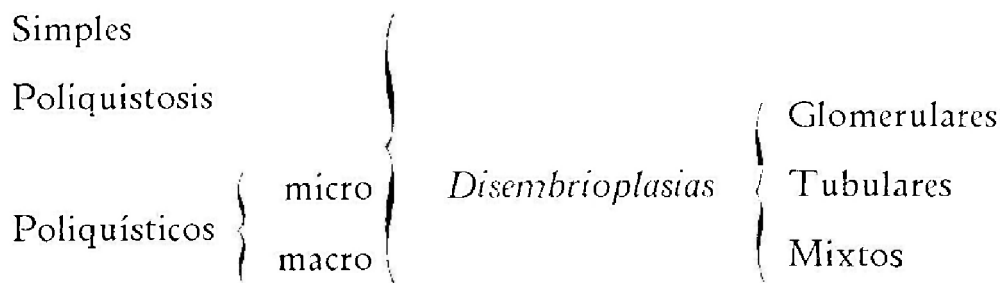
I. Quiste de origen tubular.

II. Quistes de origen glomerular.

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

No hemos tampoco de extendernos en consideraciones analíticas referente a las distintas clasificaciones adoptadas, pues ellas corresponden al trabajo de conjunto enunciado, limitándonos tan sólo a transcribir la clasificación que presentamos conjuntamente con Astraldi y Torroba en la cual se considera el aspecto macroscópico y su etiopatogenia.

Aspecto morfológico.



Riñones Micropoliquísticos

En los riñones poliquísticos, se puede observar una gama amplia en el tamaño de las formaciones quísticas en cambio en los casos que motivan nuestro trabajo el aspecto fundamental y característico lo constituyen, el pequeño volumen de las cavidades que confieren al parénquima renal en los cortes medios el aspecto del tejido pulmonar.

Todo el corte presenta un aspecto homogéneo uniformemente esponjoso.

Al tacto es duro elástico, y a la expresión da salida a un líquido seroso abundante.

El riñón examinado en conjunto presenta conservada sus formas con la presencia de lobulaciones fetales y sólo a un examen muy minucioso pueden observarse las formaciones quísticas cuyo tamaño mayor no va más allá de los 2 mm.

Esta descripción es superponible en todos los casos publicados, variando solamente el número de los quistes, escasos como en nuestra observación I, y abundantes como en la II y III.

De no ajustarse a esta descripción, no deben ser catalogadas como riñones micropoliquísticos.

En el examen macroscópico de nuestras observaciones podemos todavía destacar otra particularidad. Unas veces (Obs. II) las formaciones quísticas ocupan totalmente al parénquima renal, y si bien es posible el observar algunas pirámides de Malpighio en ellas también se comprueban formaciones quísticas.

En la Obs. III los quistes miliares ocupaban preferentemente la zona cortical respetando a las pirámides de Malpighio.

Histológicamente la observación II corresponde a la forma fundamentalmente tubular y en la III a la glomerular permitiéndonos por lo tanto, el sólo examen macroscópico suponer la variedad histológica.

La búsqueda bibliográfica efectuada nos ha permitido corroborar la rareza de nuestras observaciones.

Similares a nuestras observaciones hemos encontrado los dos casos que en el tratado de Pfaundler y Schlossmann publican Noeggerath y Nistschk., el de Royster que corresponde a un típico caso publicado en 1918, cuyas imágenes microfotográficas nos permiten

clasificarlos como de origen tubular, el de Lutenbacher muy típico y también de origen tubular y la observación de Leenhardt, Boucarnont y A. Guibert también de la variedad tubular.

Estos últimos autores señalan observaciones de Greene y de Tow, que a nosotros no nos parecen lo suficientemente típicas como para incluirlas.

Existen, por lo tanto, y de acuerdo a la bibliografía que hemos

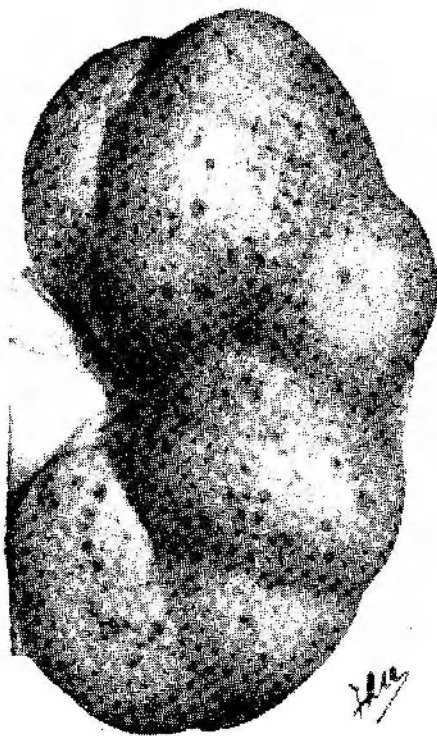


FIGURA 1

Observación 1. — Riñón aumentado 15 veces. — Examen externo del riñón, destacándose una serie de pequeñísimas formaciones quísticas.

podido consultar 5 observaciones que con las nuestras dan un total de 8 casos todos ellos bilaterales, en niños recién nacidos o de corta edad y asociados a otras malformaciones.

Por lo que antecede y sin extendernos en mayores considerandos, podemos sostener que esta formaciones renales microquísticas deben también englobarse dentro de la teoría de la disembrioplasia más aún, estos casos nos permiten estudiar en su pureza máxima a

las dos variedades histogenéticas que defendiéramos en otras oportunidades.

Pero es también casi afirmativo que esta disembrionoplastia está desencadenada por un factor específico corroborado por la frecuencia con que se constata la sífilis maternal en los antecedentes y que nos explica así también la familiaridad de estos procesos quísticos como lo comentamos en el estudio estadístico.

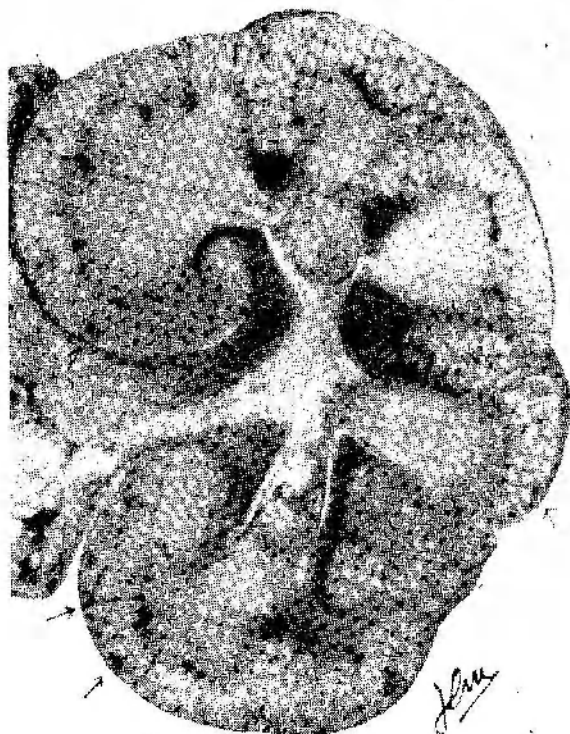


FIGURA 2

Observación I. — Riñón aumentado 155 veces. — Corte medio mostrando la estructuración renal, y en la zona cortical las pequeñas formaciones quísticas.

DETALLE ANATOMICO - HISTOLOGICO SINTETIZADO DE LAS OBSERVACIONES

Observación I. Riñones micropoliquístico bilaterales. — Riñones conservando su forma, con restos de lobulaciones fetales. Duro-elástico, de coloración pardo-rojiza, tamaño de 2 ctms. x 1 en x 05 ctms.

Cápsula desprende con facilidad. al examen de la superficie se destacan una serie de formaciones quísticas del tamaño variable del de una punta al de una cabeza de alfiler (en la fotografía, aumentada 20 veces, son muy visibles).



FIGURA 3

Observación 1. (personal). —a) cápsula fina, b) formaciones quísticas, c) parénquima renal.

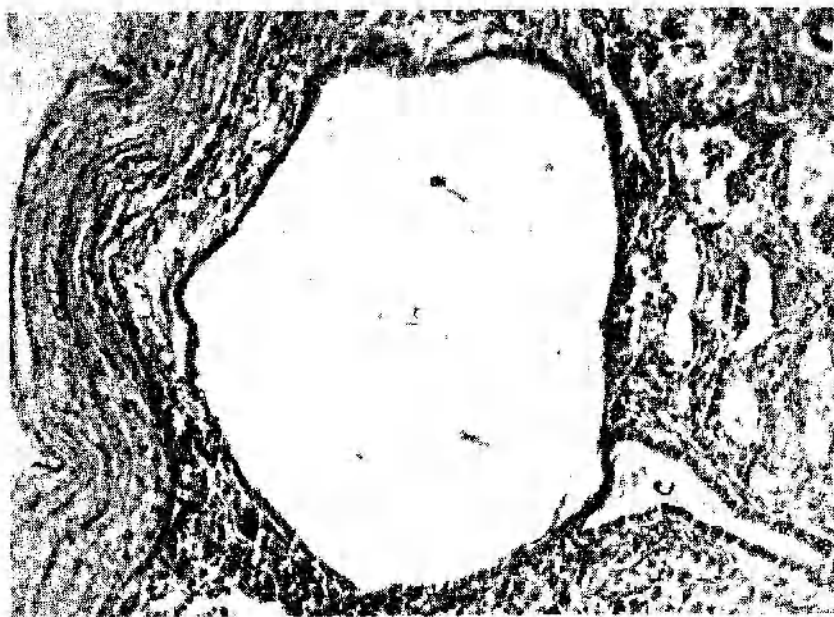


FIGURA 4

Observación 1 (personal). —a) cápsula renal, b) quiste, c) tubo.

Al corte del número de quistes por la incidencia es menor. Son todos ellos sub-capsulares.

Parénquima renal de relaciones córtico-medular conservada.

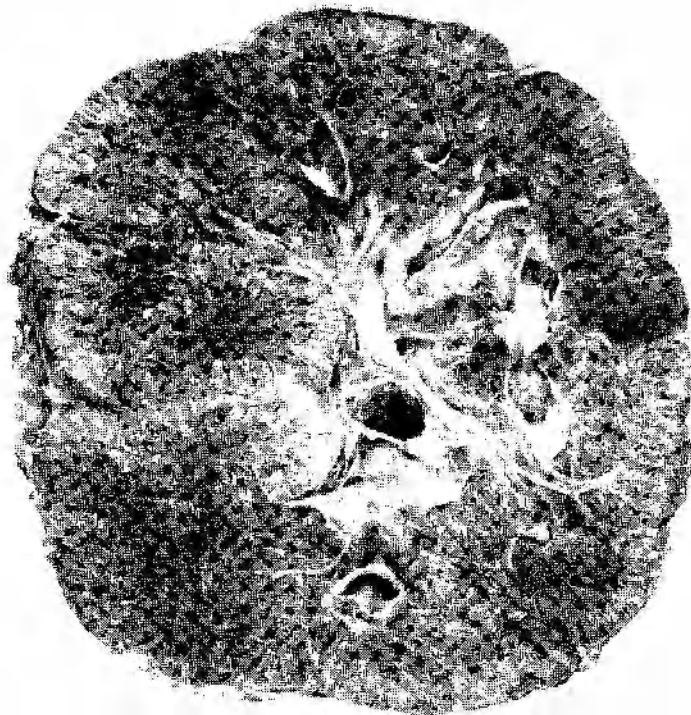


FIGURA 5

Micropoliquístico tubular

(Obs. de Lazcano, González y Aldala)

Observación II. — Riñón con lobulaciones plast., destacando finísimas formaciones quísticas. --- S) Suprarrenal. V) Vejiga.

Al examen histológico, discretas lesiones intersticiales de esclerosis, estando los quistes constituidos por una membrana colágena, sobre la cual reposa un epitelio cilíndrico-cúbico.

Observación II. — Del material del Instituto de Anatomía Patológica fué presentado por Lazcano González y Aldala, a la Soc. de Ant. Pat. en 1936 (no habiendo sido publicado aún).

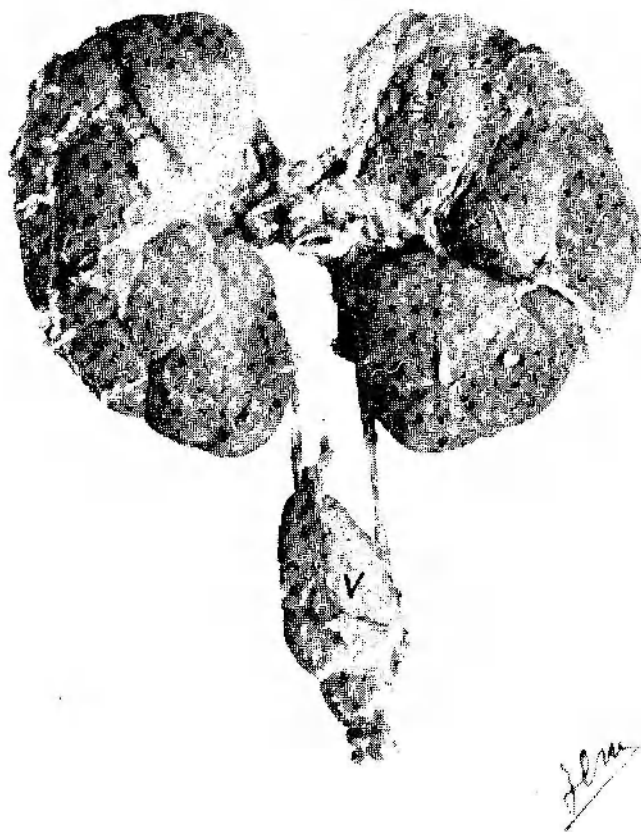


FIGURA 6

Micropoliquístico tubular

(Obs. de Lazcano, González y Aldala)

Observación II. — Corte medio mostrando al parénquima renal cribado de formaciones quísticas. (Arquitectura renal conservada, pero formaciones quísticas en la cortical y en la medular).

El examen exterior de los riñones nos los muestra de forma conservada, con restos de lobulaciones, ligeramente lobulosos, duro elástico.

A un examen muy atento se observa por debajo de la cápsula finísimas formaciones quísticas que confieren al órgano el aspecto del tejido pulmonar.

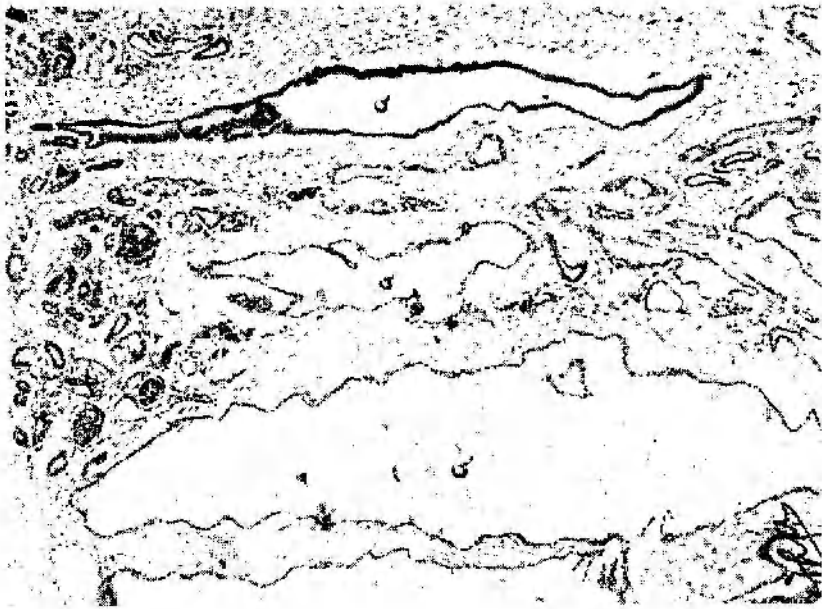


FIGURA 7

Micropoliquístico tubular

Observación II. — a) Tubos dilatados; b) Blastema nefrónico.

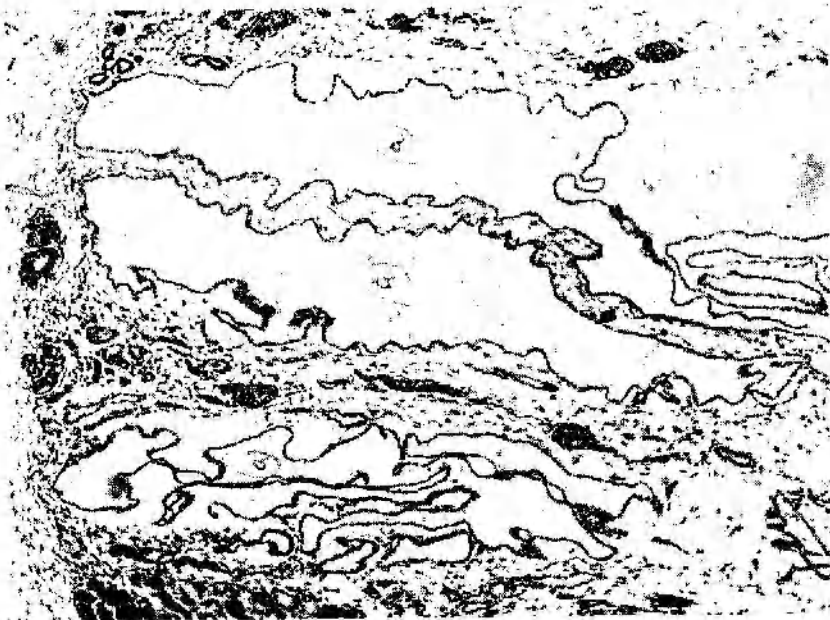


FIGURA 8

Micropoliquístico tubular

Observación II. — a) formaciones tubulares; b) blastema nefrónico en la zona subcapsular.

Estando conservada la estructuración del parénquima, se vé cómo las formaciones quísticas están por igual en la zona cortical como en la medular.

Los cortes histológicos nos muestran una serie de formaciones tubulares quísticas están por igual en la zona cortical como en la medular.

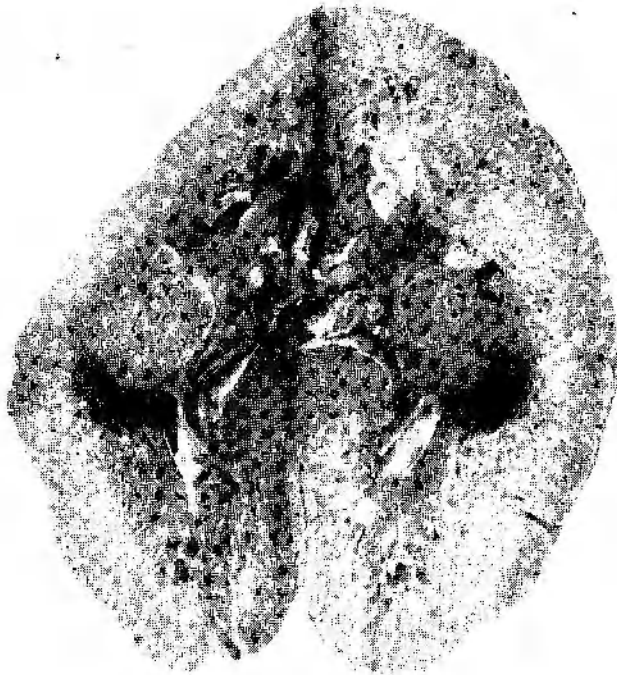


FIGURA 9

Riñón micropoliquistico glomerular

Observación III. — Se observa a todo el parénquima cribado por una serie de cavidades de tamaño variable. El predominio de las formaciones cavitarias es a nivel de la zona cortical.

Los cortes histológicos nos muestran una serie de formaciones tubulares quísticas en perfecta sistematización, quedando rechazado hacia la cápsula restos de formaciones del tipo del blasfema renal.

Se trata de una típica observación de poliquistico de origen tubular.

Observación III. — Lesión bilateral, que nos muestra a riñones conservados en su forma y tamaño, mostrando restos de lobulaciones fetales.

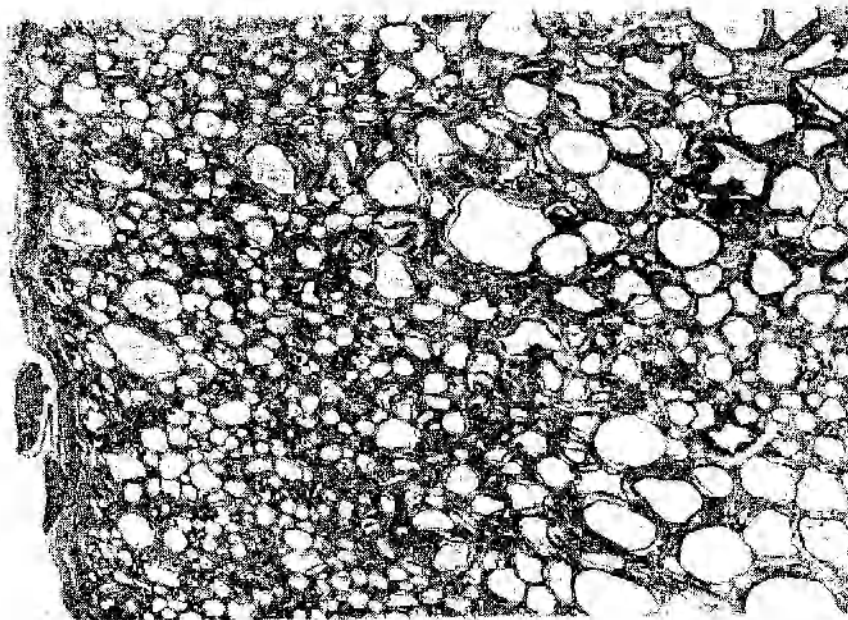


FIGURA 10

Micropoliquístico glomerular

Observación III. — Corte panorámico, destacando la serie de formaciones cavitarias, que ocupa preferentemente la zona cortical.

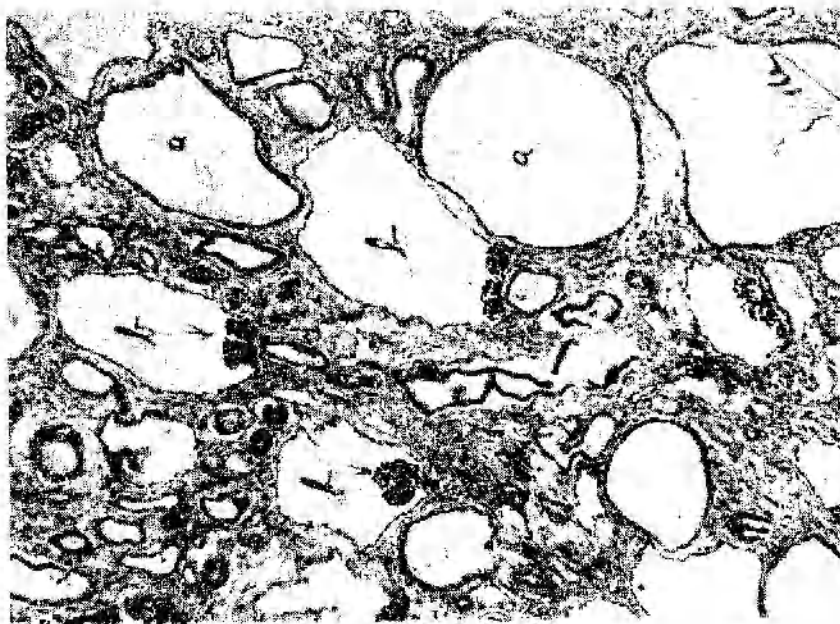


FIGURA 11

Micropoliquístico glomerular

Observación III. — Se observan la serie de formaciones quísticas, (a) y en muchas de ellas (b) los restos glomerulares.

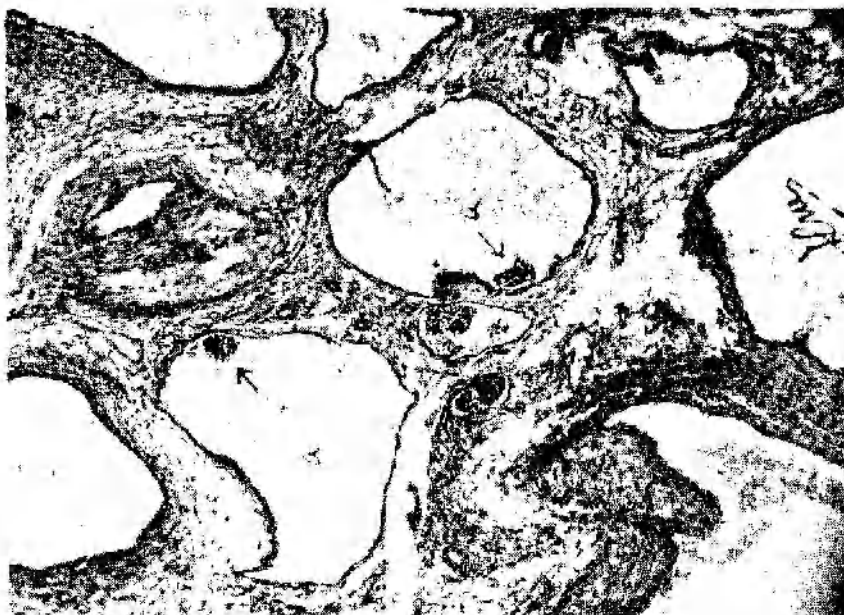


FIGURA 12

Micropoliúístico glomerular

Observación III. — Formaciones quísticas de evidente origen glomerular, con restos del pelotón vascular (a).

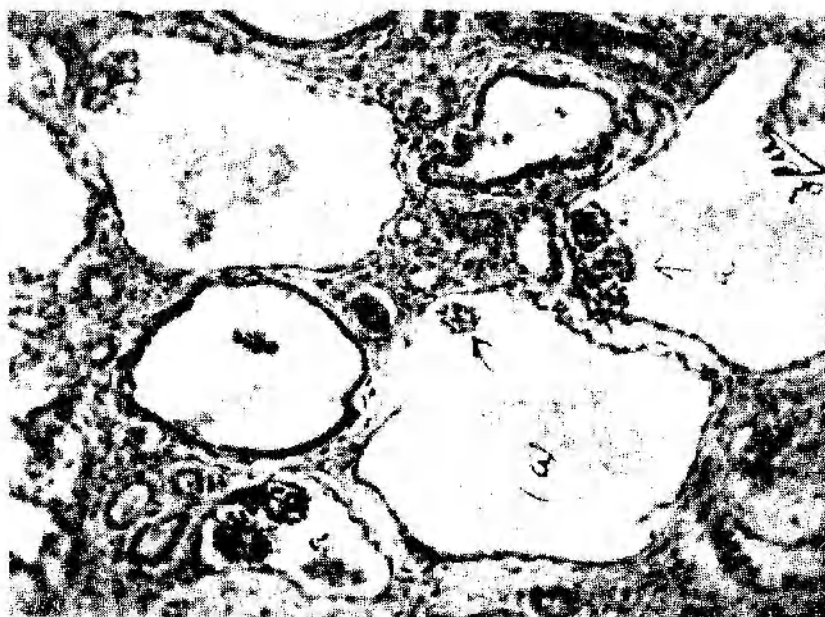


FIGURA 13

Micropoliúístico glomerular

Observación III. — a) dilataciones quísticas con restos del paquete glomerular.



FIGURA 13 - bis
Observación III. — a) capsula, b) formaciones quísticas.

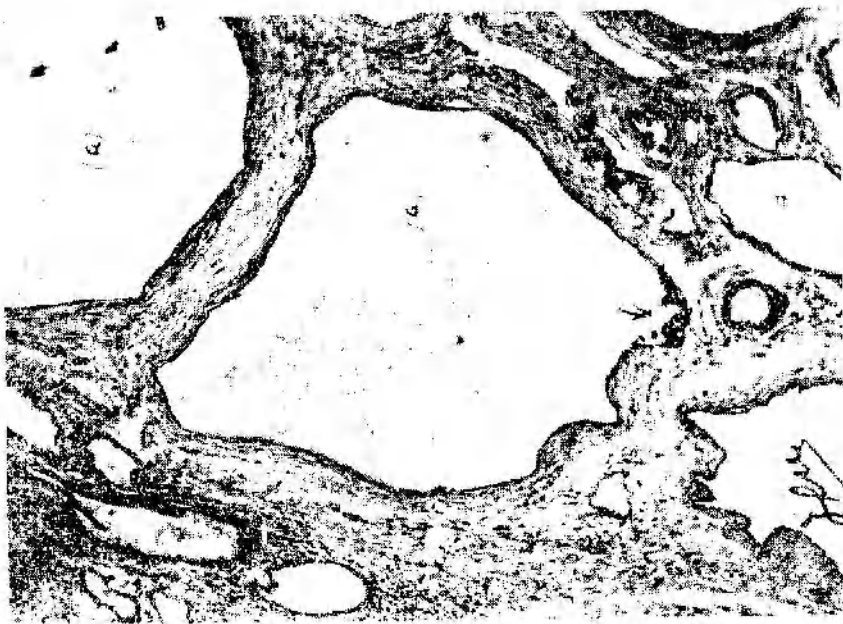


FIGURA 14
Micropoliquíístico glomerular
Observación III. — Grandes formaciones quísticas, en donde se observan restos del paquete vascular.

Por debajo de la cápsula que desprende bien, múltiples formaciones quísticas.

En un corte medio, el parénquima se presenta cribado por las formaciones quísticas asemejándose a la estructura del tejido pulmonar.

Esta conservada la estructuración del órgano pero se destaca que el predominio de la lesión radica en la corteza estando relativamente indemnes las pirámides de Malpighio.

En los cortes histológicos podemos observar todos los estadios de la histogenia de los quistes, tal como lo documentamos histológicamente por lo cual nos eximimos de mayores detalles.

Se trata evidentemente de un riñón micropoliquístico de origen glomerular.

CONCLUSIONES

- 1° Del grupo de los riñones poliquísticos es posible desglosar una variedad caracterizada por el tamaño miliar de las cavidades.
- 2° Se trata de una variedad de muy rara observación.
- 3° Debe designarse como riñón micropoliquístico o como riñón poliquístico o quístico miliares.
- 4° Está asociado frecuentemente a otras malformaciones.
- 5° Es el resultante de una disembrionoplasia, en la cual la sífilis es casi siempre el factor desencadenante.
- 6° Pueden distinguirse dos variedades típicas según sea el sector embriológico que se dilate.
 - a) Micropoliquístico tubular.
 - b) Micropoliquístico glomerular.

BIBLIOGRAFIA

De los riñones micropoliquístico

- Royster.* — Polycystic Kidney in an infant. *Am. G. Dis. Child* 1918.
- Noeggerath* *Cet Nietschke.* — Die Zystennieren in Hander Kinder. de Pfaunder y Schlossmann. 4 ed. T. 4. pág. 205.
- Lutembacher R.* — Reims polykystiques congénetaux a kystes miliares. *An. de Med.* 1936. pág. 440.
- Leenhardt. Boucormond et Guibert.* — Reim poliquistique congenitaux a Kystes miliares. *An. de Med.* 1939, pág. 71.

*De los riñones quísticos simples **

V. Pettinari. — Contributo alla conoscenza delle cisti solitarie del rene. Arch. Ital. de Urolg. 1929, pág. 305.

Lallen S. — Le cisti solitarie sierose del rene. Arch. Ital. di Urolg. 1930, pág. 113.

*Del riñón poliquístico general **

Alesio C. --- Studio sulla patogenia del rene poliquístico congenito. Arch Ital. de Urolg. T. V. 1928.

I. M. Hernández y D. Vivoli. — Anatomía Patológica del Riñón poliquístico. Actualidades Médicas. 1933, N° XV.

M. Sorrentino. — Rene poliquístico e monstruosita fetalí. Archiv. Ital. de Urolg. T. 15, 1938.

Apert E. — La dysencephalie splanchnokystique. Presse Médicale. 1936, pág. 2040.

R. Cabed. — Contribución al estudio patogenético del riñón poliquístico. Rev. Md. Lat. Am. 1925, N° 112.

A. Astraldi José L. Monserrat y O. Torroba. — Riñones quísticos. Rv. Arg de Urol. 1939.

* Tienen amplia bibliografía.
