

## QUISTE PARAPIELICO

Dres. H. Pagliere, E. Soldano y C. Scorticati

Policlinico de San Martín  
Ruta 8 y Diego Pombo  
Servicio de Urología

Según Campbell los quistes parapielicos representan una forma rara de las enfermedades quísticas del riñón, habiéndose descrito menos de 40 casos. Sin embargo es indudable que el número de casos sería francamente mayor si un mejor conocimiento de la diversidad de formaciones quísticas intra- y extra renales facilitara su clasificación. Abeshouse y Abeshouse afirman que la incorrecta aplicación de los prefijos PARA y PERI a las lesiones situadas alrededor de la pelvis ha contribuido a la confusión existente. Según estos autores el prefijo PERI debe ser aplicado solamente a aquellos quistes originados en el parénquima renal o en la grasa intrarenal y unidos o próximos a la pelvis y cálices. El prefijo PARA debe ser reservado a aquellas formaciones que son originariamente extrarenales en su origen y sólo tienen íntimas relaciones de vecindad con la superficie externa de la cápsula propia o de la pelvis renal definiéndolo en los siguientes términos: un quiste parapiélico es un tipo extrarenal de quiste situado en el hilio del riñón y en íntimo contacto con la superficie externa de la pelvis. Ocasionalmente se extiende dentro del seno renal a lo largo de la porción intrarenal de la pelvis y/o el infundíbulo de uno o más cálices. Afirma a continuación que este tipo de quiste ha sido descrito bajo las siguientes denominaciones: quiste pielolinfático ó peripiélico, quiste del hilio renal y pelvicalicial o parapielocalicial.

La historia clínica de la paciente por nosotros observada es la siguiente: J. M. de C. 61 años, casada, argentina, ficha 5083 del Servicio de Urología. Concorre el 31/1/63 por ardor miccional y polaquiuria, mejorando con tetraciclina. Refiere pequeña incontinencia de esfuerzo. No hay cistocele. El cultivo de orina por sondeo reveló colibacterias y enterococos, destacándose en el sedimento la presencia de piocitos por lo que se medica con cloramfenicol y sulfas, mejorando. Concorre en otras ocasiones por nuevos episodios de polaquiuria y dolor en región lumbar derecha y flanco del mismo lado, de tipo intermitente, por lo que se solicita urograma que muestra deformación de pelvis renal derecha y rechazamiento de cáliz superior. Se efectúa pielografía ascendente que ratifica la imagen anterior.

Entre los antecedentes personales dignos de destacarse es el que refiere que hace aproximadamente 20 años fue operada de una tumoración en el muslo derecho aplicándose posteriormente rayos.

Los análisis informan: urea 0,40 por mil; glicemia 0,90 por mil; tiempo de coagulación 4' 30 - tiempo de sangría 1,20 - tiempo de protrombina 60% de normal. Hematocrito 50%, glob. blancos 6.800, eritrosedimentación 28 y 60. El 3/XI/65 es intervenida por lumbotomía oblicua derecha, la superficie renal aparece sin modificaciones de color o forma. Se aborda el hilio en que se palpa tumoración renitente que se intenta aislar de la pelvis y de los elementos del pedículo a los que adhiere íntimamente, esta tumoración

## QUISTE PARAPIÉLICO

de apariencia quística mide poco más de dos cm de diámetro. En la disección se provoca un desgarró longitudinal de 1 cm. de extensión en la vena renal que se repara con sutura continua de seda 0000. Como la adherencia a los elementos vasculares es muy íntima y el quiste penetra en el seno renal se reseca la porción de pared quística aislada hasta ese momento, en la resección se comprende un segmento de pelvis renal, la brecha se sutura con puntos separados de catgut simple, se repone el órgano en su lugar y se cierra la incisión en un plano previo avenamiento con tubo de goma pararenal. El post-operatorio transcurrió sin particularidades.

El examen histológico del segmento extirpado fue realizado por el Dr. Guman quien informó: **microscopía:** las diferentes secciones muestran trozos de tejido revestidos por un epitelio estratificado transicional sobre un corion y fibras musculares lisas. Adyacente pared de formación quística constituida por bandas esclerosas hialinizadas, no revestidas por epitelio, cuya superficie externa muestra un tejido conectivo laxo con arterias de capa muscular muy engrosadas. **Diagnóstico:** quiste simple.

**Discusión:** La etiopatogenia de estas formaciones quísticas, así como de otras renales, se ha prestado a controversias que aún se mantienen. La hipótesis del origen linfático ha sido sostenida por Henthorne y otros, suponiendo que la trombosis ó la obstrucción crónica de naturaleza inflamatoria de los troncos linfáticos perihiliares es la causa de esta formación, la aparición tardía en el curso de la vida hablaría en favor de un origen adquirido según Jordan, aunque es necesario destacar que no son raros los quistes de origen congénito de diversas localizaciones que se manifiestan en la edad adulta. El hecho de que otros linfangiomas en diferentes órganos se hallan encontrados en el 25% de los casos revelados de quistes parapiélicos en material de autopsias apoya esta interpretación (Morgan). La condición de que en ocasiones sean múltiples ha sido destacada para oponerse a la teoría linfática, aunque es sabido que muchos linfangiomas son multiloculares. Por otra parte los estudios de Goodwin y Kaufman sobre la función de los linfáticos renales en la excreción urinaria en condiciones anormales revelan la importancia que pueden tener en la reabsorción urinaria y la posibilidad de su dilatación al trastornarse ésta. Nuestra paciente había sido tratada quirúrgicamente por una formación quística en el muslo con aplicación posterior de rayos, y aunque no conocemos la naturaleza de esta formación el tratamiento empleado es el que corresponde usualmente a los linfangiomas; por otra parte presentaba evidencias de infección urinaria factor que ha sido hallado por Henthorne como elemento que conjuntamente con la litiasis y la obstrucción coexiste frecuentemente con el quiste parapiélico. Otra teoría sostiene su origen en una falta de unión del blastema renal con los tubos colectores a semejanza de lo que se observa en el riñón poliquístico.

**Frecuencia:** Henthorne halla 15 pequeños quistes peripiélicos sobre 1175 autopsias; en el New York Hospital, Cornell Medical Center en el período de 1954 a 1958 fueron hallados 7 entre 117 quistes renales; incidencia próxima al 6% y Braasch y Hendrik refieren 3 casos en 163 quistes de riñón.

**Diagnóstico:** Los quistes pequeños únicos y múltiples suelen ser asintomáticos y hallados casualmente en intervenciones renales por otras afecciones o se revelan en la autopsia. Los mayores pueden provocar síntomas relacionados con la compresión de la pelvis y ureter. La litiasis, secundaria verosímilmente a esta causa es en ocasiones razón de los síntomas acusados, en otros predominan las manifestaciones infecciosas como ocurría en nuestra paciente.

El síntoma más frecuentemente hallado en los casos publicados ha sido el dolor, sin características propias como es de suponer. La hematuria es más bien excepcional y las manifestaciones urinarias vesicales se encuentran en relación a la infección. La hipertensión ha sido observada según Abeshouse y Abeshouse en 5 casos, aunque no establecen si esta presencia es la que corresponde a la media relacionada con la edad de los pacientes en que fue hallada aunque su relación causal con la presencia del quiste es evidente por su desaparición en todos los pacientes luego de la resección del mismo, y explicable por la compresión de los grandes vasos del hilio en la localización de la afección que nos ocupa.

Es interesante el signo radiológico descrito por Shapiro y que consiste en la visualización de una zona radiotransparente rodeando total o parcialmente el contorno del quiste al que limita, y condicionada por la grasa perihiliar rechazada por el crecimiento quístico, y que debe diferenciarse del señalado por Dubilier y Evans de la falta del típico límite que corresponde a los quistes serosos parenquimatosos, ya que en éstos el límite está determinado por la mayor opacidad del parénquima renal rodeando al quiste relativamente translúcido. Creemos que aunque el signo descrito por Shapiro no lo observamos en el caso presentado podría ser evidenciado por el retro-neumo-peritoneo, que facilitaría el distingo con las neoplasias propiamente intrarenales. La tomografía es otro elemento de valor en el estudio de estos pacientes no empleada con la frecuencia con que este método debería ser ejercitado.

Las dificultades en el diagnóstico de certeza se evidencian en el hecho de que en 31 casos de la literatura reunidos por ambos Abeshouse el diagnóstico previo fue realizado solo en 4. Estos autores recuerdan las entidades de que debe diferenciarse y consideran el quiste seroso simple, el carcinoma renal, los quistes pielogénicos, los divertículos de la pelvis renal, el riñón poliquístico, y los quistes peripiélicos, a los que agregaríamos el lipoma del seno renal.

Tratamiento: el tratamiento está en parte condicionado a otros elementos patológicos coexistentes, como la litiasis y la infección avanzada que pueden obligar a la nefrectomía. Puede intentarse la extirpación completa del quiste, pero cuando éste se prolonga como es usual en el interior del seno renal o adquiere íntimas relaciones con los vasos del pedículo habrá que limitarse a la resección parcial de la pared quística en la porción más accesible seguida de la aplicación tópica de tintura de yodo en la superficie remanente, tratamiento éste, que por lo inocuo y efectivo creemos el más aconsejable.

Resumen: Se presenta una paciente de 61 años con evidencia de infección urinaria y un quiste parapiélico. Se efectúa consideraciones sobre su etiopatogenia destacándose algunos elementos en el diagnóstico y aconsejando el tratamiento que la experiencia del caso sugiere.

# ¿hipertensión?

# STOP



*Lasix<sup>®</sup> -  
Reserpina*

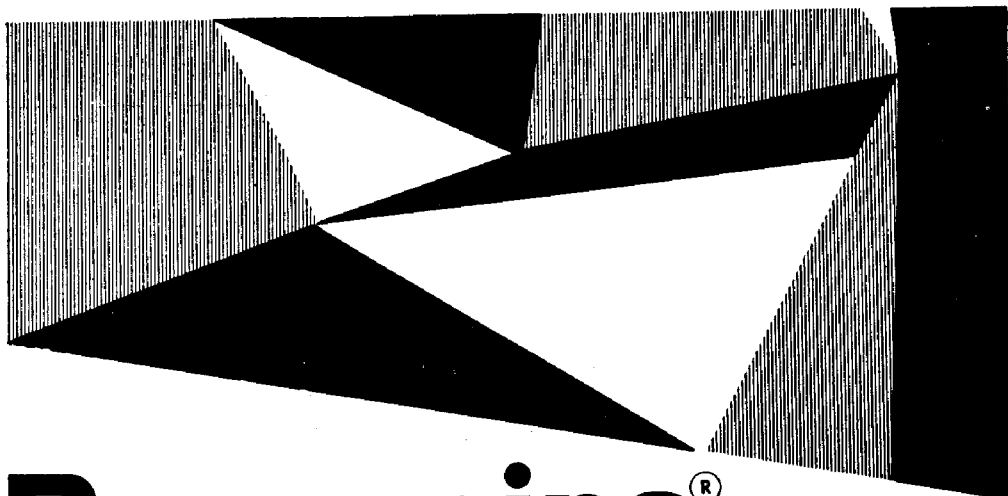
*regula la hipertensión  
como el vigilante  
regula el tránsito*



Farbwerke Hoechst A.G.  
Frankfurt/Main Alemania Occ.  
Representantes exclusivos:  
QUIMICA-HOECHST S. A.  
Corrientes 222, Buenos Aires

**¿Espasmo o contractura abdominal?**

**¿Tenesmo o peritonitis?**



**Buscapina<sup>®</sup>** relaja la

**musculatura lisa, sin "enmascarar" los síntomas**

**Indicaciones:** Enfermedad ulcerosa  
Espasmos y trastornos de la motilidad del tracto gastrointestinal  
Espasmos y disquinesias de las vías biliares  
Espasmos de las vías urinarias  
Estados espásticos de los órganos genitales femeninos

**Presentación:** Tubo de 20 grageas  
Caja de 6 supositorios  
Caja de 6 ampollas



**C. H. BOEHRINGER SOHN S. R. L.**

Representantes exclusivos de:  
**C. H. BOEHRINGER SOHN - INGELHEIM AM RHEIN - ALEMANIA**