

Quiste renal complejo: caso difícil de diagnosticar

Complex renal cyst: a difficult case to diagnose

Odalys Sandoval Jiménez,^I Lourdes Santana Sarrhy^{II}

^I Especialista de I Grado en Urología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Urología. Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un nuevo caso de un quiste renal complejo que acude a nuestro centro. La paciente tiene 59 años y hace poco tiempo presenta un dolor lumbar izquierdo mantenido, sordo y gravativo; al examen físico se palpa una tumoración en el hipocondrio y flanco izquierdo. Esta entidad no es rara, pero es difícil de diagnosticar pues en múltiples estudios las imágenes complejas indican una posible afectación tumoral maligna y sólo la exploración quirúrgica define el diagnóstico real. Se describen las características de los quistes renales simples y complejos detallando cómo se realiza el diagnóstico imagenológico de estos casos y la conducta que se sigue en dependencia del grado de complejidad del quiste. Se compara la información encontrada en la literatura médica y la experiencia con esta paciente. Se revisa la literatura encontrada sobre el tema y se comenta la problemática en torno al diagnóstico y a las posibilidades terapéuticas.

Palabras clave: Quiste renal complejo.

ABSTRACT

This is the case of a female patient coming to our center presenting with a complex renal cyst. The patient is aged 59 and a short history of a sustained, dull and severe left lumbar pain; at physical examination a hypochondrium tumor in left

flank is palpated. This entity is frequent, but is difficult to diagnose since in multiple studies complex images show possible malign tumor affection, and only the surgical exploration defines the true diagnosis. Features of the simple and complex renal cysts with details on performing of imaging diagnosis of these cases and the behavior followed according the complexity degree of cyst. Information present in medical literature is compared with experience of this patient. Literature on this matter is reviewed and problems around the diagnosis and the therapeutical possibilities are discussed.

Key words: Complex renal cyst.

INTRODUCCIÓN

Entre las afecciones tumorales del riñón, la enfermedad quística ocupa un lugar importante por su frecuencia. Los quistes renales son en su mayoría de causa hereditaria o producto de mutaciones genéticas. En los quistes renales simples la hipótesis más aceptada para explicar su patogenia es la de un trastorno del desarrollo embrionario por ausencia de unión de la segunda generación de túbulo uriníferos y colectores, y se producen así las colecciones quísticas.^{1,2}

Los quistes renales simples son más frecuentes en el riñón izquierdo y predominan en el sexo masculino, y aparecen en ambos polos renales con igual frecuencia. Por lo general tienen forma oval o redonda, bordes lisos, formados por una simple lámina de epitelio cuboidal plano, y están ocupados por un trasudado líquido claro. Pueden ser solitarios o múltiples, unilaterales o bilaterales. Los quistes bilaterales son extraños en los pacientes menores de 50 años.

Tradicionalmente los quistes renales no producen síntomas y se detectan incidentalmente. Existen autores que plantean que con el incremento de la edad pueden desarrollarse quistes renales simples en los riñones normales, particularmente en los ancianos.³

Un quiste renal simple puede presentar en su interior además de líquido contenido semisólido como, sangre, detritos celulares, tabique de tejido fibrótico o con parénquima renal e incluso tejido tumoral; cuando el contenido del quiste presenta estas características es nombrado *quiste renal complejo*.

Con el desarrollo de los métodos imagenológicos se ha logrado clasificar los quistes en dependencia de las características y de su contenido. Mediante la clasificación de *Bosniak* se sugiere el tratamiento que se debe seguir en cada tipo de quiste. Los quistes de categoría III o IV según esta clasificación constituyen los llamados *quistes complejos* que requieren la exéresis radical.^{4,5}

En esta ocasión se presenta un nuevo caso de quiste renal complejo, atendido en el Hospital «Joaquín Albarrán» de La Habana.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de raza blanca, 59 años de edad, con historia de salud, que comienza a presentar cuadro doloroso lumbar izquierdo mantenido, sordo y gravativo. Esta paciente fue medicada en múltiples ocasiones en su área de salud con tratamiento sintomático. Posteriormente, a los síntomas referidos se añade toma del estado general y debido a que el dolor se mantiene a pesar de los tratamientos impuestos fue remitida a nuestra consulta.

Los antecedentes personales y familiares carecen de interés. A la exploración física se constató un tumor palpable en la fosa lumbar izquierda, que llegaba al flanco ipsolateral. Era movable y liso. Los estudios hematológicos y de orina fueron normales.

La paciente trajo de su área de salud una ecografía abdominal que documentaba: hígado, vesícula y riñón derecho sin alteraciones. El riñón izquierdo (RI) no se logra visualizar por imagen compleja que ocupa toda la fosa renal izquierda, que mide 114 x 132 x 99 mm.

Se le realizó otra ecografía renal en nuestro centro y se observó que hacia el polo superior y hacia la cara posterior del riñón izquierdo existía una imagen T compleja que medía 128 x 94 x 105 mm; el resto del riñón no mostraba alteraciones. No se precisaron adenopatías abdominales.

Con este resultado se decidió realizar una tomografía axial computarizada contrastada del riñón izquierdo ([figura 1](#)). Dicho estudio informó: masa tumoral que impresiona contenido sólido con áreas de necrosis y hemorragia, que toma el grupo calicial superior del RI. Mide 125 x 94 x 101 mm, y desplaza el resto del riñón hacia abajo y adelante. No adenopatías.

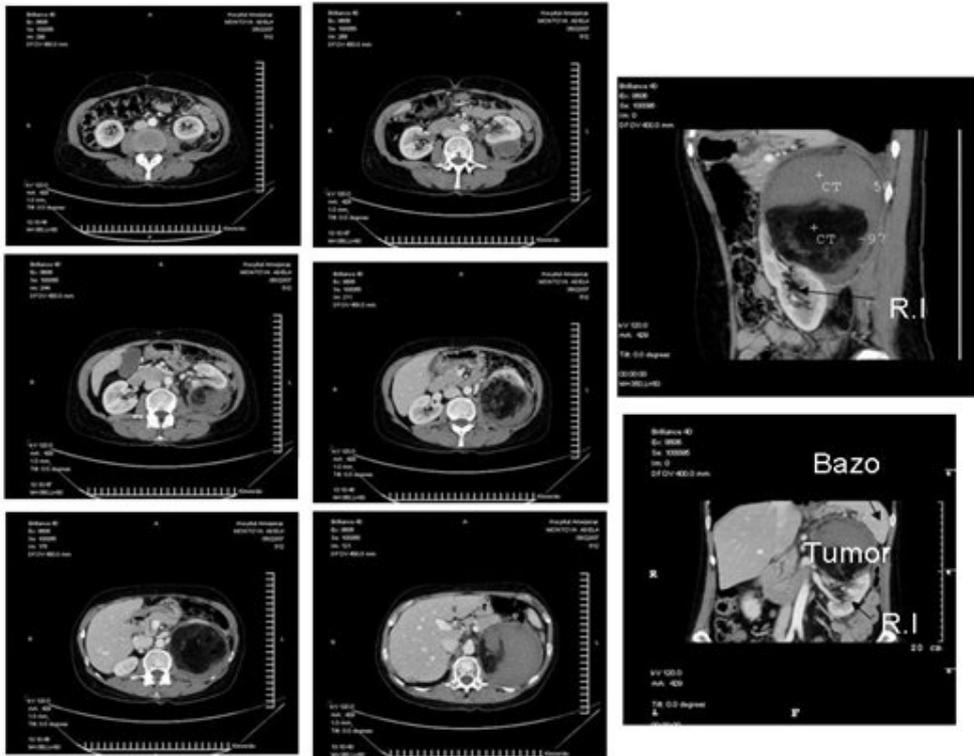


Figura 1. Imagen de la tomografía computarizada del riñón izquierdo.

Con el diagnóstico presuntivo de tumoración renal se decidió realizar arteriografía y posible embolización del tumor.

Al realizar la arteriografía renal se informó que en las secuencias obtenidas era posible comprobar que la tumoración reportada en el riñón izquierdo tiene un comportamiento avascular, lo que recuerda un amartoma o teratoma. Por este motivo no se realizó la embolización sugerida ([figura 2](#)).

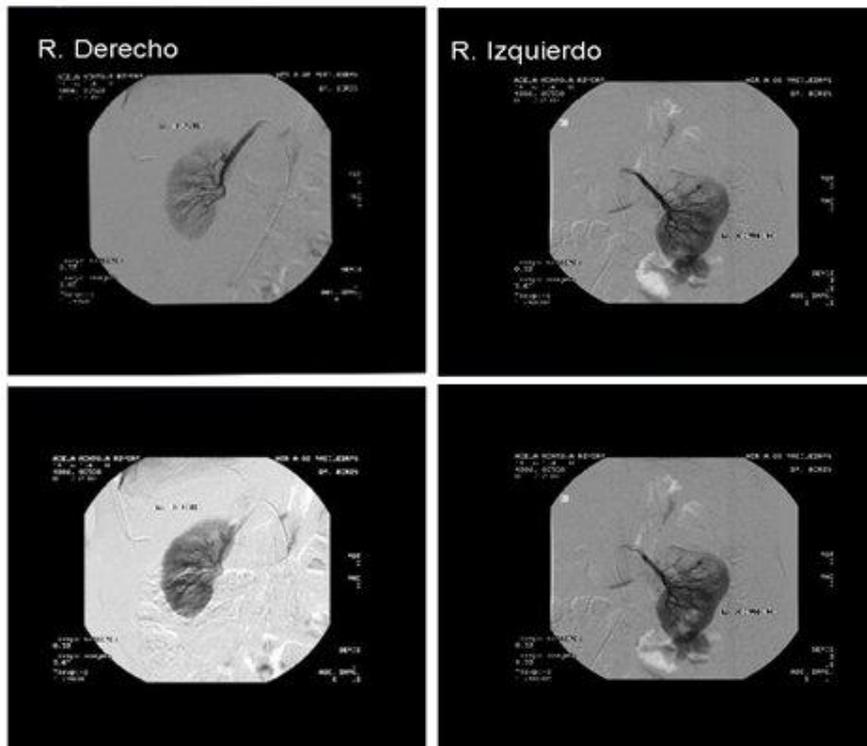


Figura 2. Imagen de la arteriografía renal.

Se discuten en el colectivo las alternativas posibles en este caso:

- Observación.
- Biopsia con aspiración con aguja fina (BAAF)
- Exploración quirúrgica.

Debido al cuadro clínico de la paciente, quien presentaba dolor mantenido, y al deterioro de su calidad de vida se impuso la exploración quirúrgica. Se le practicó una nefrectomía total izquierda ([figura 3](#)).

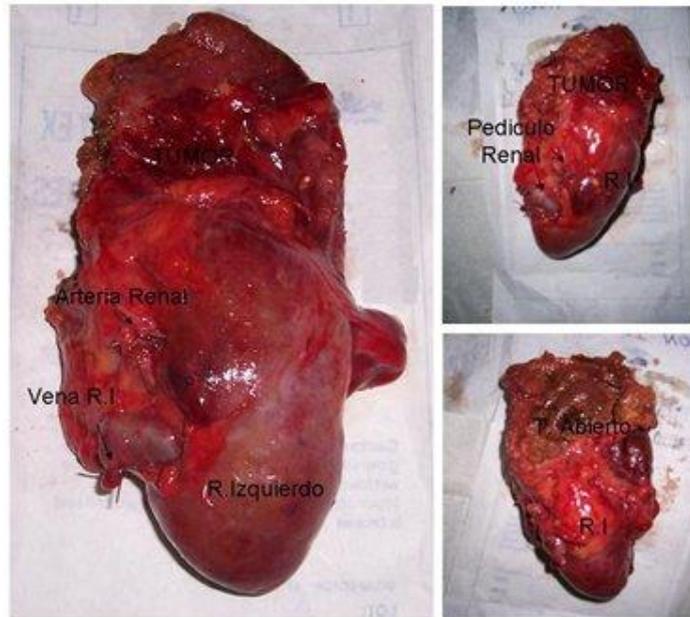


Figura 3. **Pieza quirúrgica.**

Informe anatomopatológico:

- Macro: Se recibe riñón izquierdo con gran masa tumoral de 10 cm en el polo superior. Se abre y se observa que escapa tejido amarillento friable que parece corresponder con tejido adiposo. La capsula de la T presenta un marcado engrosamiento fibroso y hemorrágico.
- Micro: Quiste del polo superior con hematoma organizado intraquístico. Atrofia parenquimatosa cortical importante en esa área. Resto el parénquima renal sin alteraciones. No se observa tumor maligno.

DISCUSIÓN

Con el advenimiento de los estudios imagenológicos, como la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada, los quistes renales simples se diagnostican con frecuencia incidentalmente. Pero como se conoce, ecográficamente todos los quistes renales simples no se observan de la misma forma. En ocasiones es difícil hacer el diagnóstico diferencial entre un quiste renal simple y un carcinoma, hematomas o abscesos renales mediante dichos estudios. También existen autores que plantean que algunas lesiones vasculares o malformaciones arteriovenosas renales pueden representar imágenes sugestivas de quistes renales.³

Los quistes renales simples reúnen 3 criterios ecográficos que permiten su diferenciación de otras lesiones renales:^{1,2}

- Es una masa redonda.
- Sus bordes son nítidos y tiene paredes lisas.
- Hay ausencia de ecos en el interior; existe un fuerte eco de la pared posterior que indica una buena transmisión a través del quiste.

La clasificación de Bosniak, descrita en 1986, detalla las diferentes imágenes que se es posible encontrar en una ecografía y la complejidad de los quistes:⁵

- Categoría I: quiste absolutamente limpio, sobre el cual no hay ninguna duda. Presenta los tres criterios ecográficos de los quistes renales.
- Categoría II: se refiere a quistes con tabiques que tienen contenido cálcico en su interior (llamados quistes hiperdensos).
- Categoría III: quistes de paredes gruesas, que tengan nódulos o vegetaciones en su interior, o tengan calcio en las paredes y hagan sospechar que posiblemente se trate de una situación no tan banal.
- Categoría IV: corresponde a quistes con claro componente sólido; algunos autores los consideran tumores.

El mismo Bosniak aconseja la exploración quirúrgica en los casos en que existan dudas o sospechas de posible quiste tumoral o lesión maligna renal, y los incluye en su clasificación en la categoría III o la IV (quiste más atípico con signos de posible malignidad).^{1,4} En el año 2001 se realizó un estudio que incluyó 116 lesiones quísticas, detectadas por estudios ecográficos, de las cuales 73 fueron tratadas quirúrgicamente. De acuerdo con la clasificación de Bosniak, 15 casos correspondieron a la categoría I y II, y en todos ellos el estudio histológico informó la ausencia de tumoración maligna, para un 100 %. Al realizar la exploración quirúrgica a los 40 pacientes incluidos en la categoría III, el resultado de anatomía patológica notificó una lesión tumoral maligna en el 60 % de los casos (29 de 40). En los 18 pacientes clasificados como categoría IV, el 100 % fueron malignos por anatomía patológica. Este estudio permitió reconocer que en los casos de las categorías III y IV, el 70 % corresponden a lesiones malignas.³

Se plantea que ante la presencia de un quiste renal complejo (categoría III o IV) como en el caso que aquí se presenta, se impone la realización de una tomografía axial computarizada.¹

Las características de un quiste simple en la TAC son:

- El quiste está nítidamente separado del parénquima y tiene una pared delgada y lisa.
- El líquido del quiste es homogéneo, con una densidad similar a la del agua.
- No hay intensificación de la masa tras la administración de contraste, lo cual indica la presencia de una lesión avascular.

Los quistes no complicados (categoría I según Bosniak) se presentan como una imagen ecolúcida, mientras que los quistes complejos como el de nuestro paciente muestran un patrón confuso.^{1, 5}

La resonancia magnética no aporta mucho más información que la tomografía computarizada, pero puede estar indicada en los pacientes alérgicos al contraste yodado y en las embarazadas, en quienes no se pueden utilizar radiaciones ionizantes.⁸

Finalmente, la arteriografía permite evaluar las lesiones vasculares, como los aneurismas, tumores hipervascularizados o avasculares y las fístulas arteriovenosas.⁹

Algunos autores recomiendan en estos casos difíciles realizar biopsia o punción aspirativa, mientras que nosotros al igual que otros no practicamos la biopsia perioperatoria, ya que pueden existir casos de falsos positivos, ni la punción aspirativa con aguja fina que puede dar falsos negativos en más del 50 %.^{6, 7}

Los autores de esta presentación consideran que los quistes renales complejos, como el caso que nos ocupa, constituyen un reto para todos los responsables del diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, y son de la opinión de que ante la primera duda se impone realizar la exploración quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hannig S, del Valle M, Iglesias M, Ceron A. Quiste renal simple. Rev Chil Pediatr. 1986;57(1):67-9.
2. Durán Álvarez S. Quistes renales: concepto y clasificación. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet] 2007;79(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79_01_07/ped11107.htm
3. Javier Medina F. Diagnóstico radiológico del quiste renal complejo, utilidad de la clasificación de Bosniak. Medwave. 2003;3(11).
4. Benejam Gual JM, Diez-Caballero Alonso F, García-Miralles Grávalos. R. Quiste renal complejo. Tratamiento laparoscópico. Actas Urol Esp 2006;30(6):626-9.
5. Peces R, Costero O. El espectro de los quistes renales en el adulto: diagnóstico diferencial y complicaciones. Nefrología. 2003;XXIII(3).
6. Yamazaki Y, Toma H, Nakazawa H, Nakamura R, Kato N, Ryoji O. Evaluation of complicated renal cyst: a comparison of CT and MR imaging. Hinyokika Kyo 1992;38:635-40.
7. Bustamante Sigarrosa N, Bustamante Salazar N, Ordaz Fuentes Y, García Jardon M, Tarkonska I, Faed F, *et al.* Quistes renales complejos. Reporte de dos casos. IX Congreso Hispanoamericano Virtual de Anatomía Patológica. 1-31 de mayo de 2007. Comunicación libre N° 952.
8. Nascimento AB, Mitchell DG, Zhang XM, Kamishima T, Parker L, Holland GA. Rapid MR imaging detection of renal cysts: age-based standards. Radiology 2001;221:628-32.
9. Mishal J, Lebovici O, Bregman L, London D, Yoffe B, Shere Y. Huge renal arteriovenous malformation mimicking simple parapelvic cyst. Clin Imaging 2000;24:166-8.

Recibido: 7 de octubre de 2008.

Aprobado: 26 de diciembre de 2008.

Lourdes Santana Sarrhy. Hospital «Joaquín Albarrán». Avenida 26 e Independencia, Puentes Grandes, Playa. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: lsantana@infomed.sld.cu