

QUISTE RENAL COMPLEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. ALAPONT ALACREU, A. ANDREU GARCÍA, E. HERRERO POLO,
E. SCHIEFENBUSCH MUNNE, R. BOTELLA ALMODÓVAR, J.L. BROTONS MÁRQUEZ,
G. LLAMAZARES CACHÁ

Servicio de Urología. Hospital General de Elda. Elda. Alicante

Actas Urol Esp. 28 (8): 610-613, 2004

RESUMEN

QUISTE RENAL COMPLEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Aproximadamente un 15% de los carcinomas renales presentan un aspecto quístico en las exploraciones radiológicas y estudio anatomopatológico. En ocasiones estos tumores son difíciles de diferenciar de los quistes renales multiloculados u otras lesiones benignas como quistes hemorrágicos. Presentamos un caso de quiste renal complejo en el que la RNM mostró un patrón de quiste simple. El diagnóstico y manejo de estas lesiones debe ser muy cuidadoso y si persisten las imágenes sospechosas está justificada la exploración quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma renal. Quiste renal complejo.

ABSTRACT

COMPLEX RENAL CYST. A NEW CASE

Approximately 15% of cases of renal cell carcinoma present cystic configuration on radiologic and pathologic examination. These lesions are often difficult to differentiate from the multiloculated renal cyst or other benign cystic lesions such as hemorrhagic cyst and so on. We report a case of multilocular cyst of the right kidney complicated with clear cell type renal cell carcinoma in which MRI suggested benign cyst. The diagnosis of complicated benign cyst must be proposed very cautiously and the persistence of doubtful images justifies surgical exploration.

KEY WORDS: Renal carcinoma. Complex renal cyst.

En los últimos años ha habido un importante incremento en el diagnóstico incidental de masas renales mediante ecografía y tomografía computerizada (TC). La mayoría de estas lesiones son quistes simples (hallazgo incidental en el 25-33% de los pacientes mayores de 50 años que se realizan TC^{1,2}), pero el número de pacientes con masas renales complejas es considerable. El porcentaje de carcinoma de células renales con apariencia unilocular o multilocular es del 15 %³.

La diferenciación entre quistes renales simples y aquellos que requieren exploración quirúrgica resulta difícil en algunos casos pese a la precisión diagnóstica de las técnicas de imagen actuales.

Presentamos un caso de quiste renal complejo grado III de la clasificación de Bosniak con aspecto benigno en la resonancia nuclear magnética (RNM). Revisamos además la actitud a seguir ante este tipo de lesiones.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 61 años remitido a nuestra consulta por hallazgo ecográfico casual de masa renal tras estudio de epigastralgia.

Entre los antecedentes personales destacan coledoclitiasis e hidrocelectomía derecha. En la anamnesis el paciente no refiere dolor en fosas renales, hematuria, episodios de infección urina-

ria ni astenia, anorexia o pérdida de peso. La exploración física no objetiva masas abdominales ni megalias.

La ecografía (Fig. 1) muestra un nódulo exofítico de 4 x 2 cm de diámetro mayor a nivel del polo superior del riñón derecho que presenta áreas sólidas y quísticas, con zonas vascularizadas (Eco-doppler). Ante el diagnóstico de masa renal compleja se solicita una TC abdomino-pélvica (Fig. 2) que objetiva la lesión quística compleja a nivel renal, siendo imposible determinar de forma definitiva su naturaleza benigna. Realizamos una RNM abdominal (Fig. 3) que identifica la masa de 4,2 x 3,3 x 3 cm, hipointensa en las secuencias T₁ y marcadamente hiperintensa en las T₂, con varios septos lineales en su interior, realce lineal de las paredes del quiste y

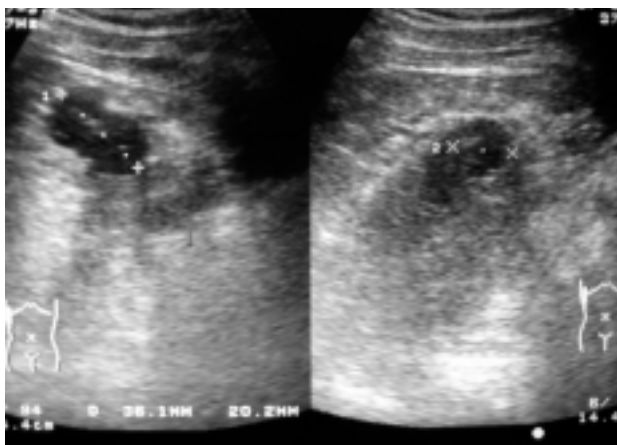


FIGURA 1. Ecografía renal: nódulo hipocogénico en polo superior de riñón derecho.

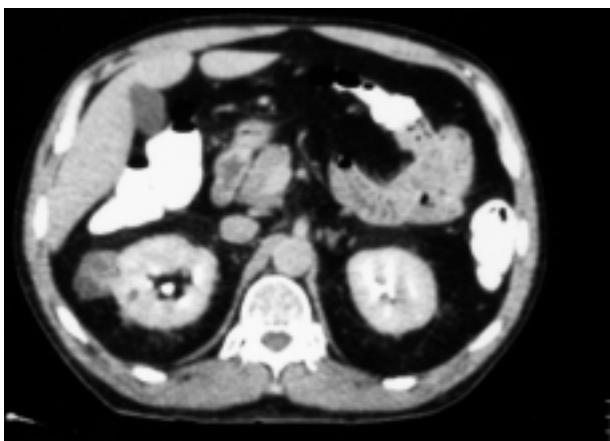


FIGURA 2. TC masa exofítica heterogénea a nivel del riñón derecho.



FIGURA 3. RNM: nódulo de aspecto quístico en riñón derecho.

de los septos internos tras administrar gadolinio, por lo que es diagnóstica de masa quística mínimamente complicada.

Ante la duda diagnóstica de la TC y los hallazgos ecográficos (quiste renal grado III de Bosniak) decidimos realizar exploración quirúrgica y mediante incisión en el flanco practicamos tumorrectomía.

La evolución posterior fue satisfactoria y el estudio histológico confirmó la presencia de un carcinoma de células claras renales, quístico multilocular, grado I de Fuhrman, con márgenes de resección negativos.

En la TC (Fig. 4) de control a los 6 meses de la intervención podemos observar los cambios postquirúrgicos a nivel de la cortical renal y de la grasa adyacente, sin evidencia de recidiva local. El paciente actualmente está asintomático, siendo revisado cada 6 meses con ecografía y anualmente con TC.

DISCUSIÓN

El 41% de los quistes renales complejos asintomáticos son carcinomas⁴. Con las técnicas de imagen actuales podemos diferenciar la mayoría de tumores malignos de los quistes simples. Ecográficamente los últimos tienen forma esférica, paredes lisas y finas, contenido anecoico y claro refuerzo posterior. Cuando existen ecos intraquísticos, irregularidades o calcificaciones parietales, estamos ante un quiste complejo

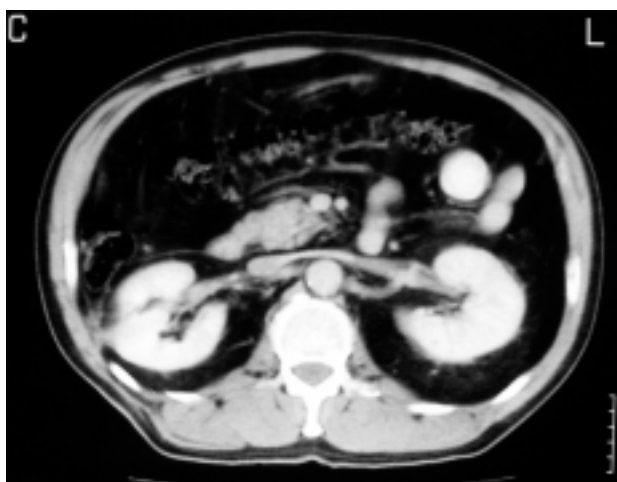


FIGURA 4. TC 6 meses post-tumorectomía.

(hemorragia intraquística, infección del quiste, hipernefoma quístico o coexistencia de quiste con un adenocarcinoma renal), que requiere la realización de una TC, técnica prínceps para el estudio de las masas renales. Los quistes simples en la TC presentan paredes finas, márgenes internos lisos, sin reptaciones y sin calcificación, ausencia de refuerzo tras la administración de contraste y valores de atenuación como el agua (-10 a +10 unidades Hounsfield). Los errores de la TC suelen darse en quistes menores o iguales a 3 cm o en aquellos que son intrarrenales⁴. La TC helicoidal presenta como ventajas respecto a la convencional el tener menos artefactos y presentar la posibilidad de reconstruir las imágenes de forma retrospectiva a cualquier nivel.

La RNM parece que no aporta mayor información que la TC y por ello estaría indicada en pacientes alérgicos al contraste yodado, aumento de las cifras de creatinina séricas o para saber la naturaleza de los quistes hiperdensos. Yamazaki

et al sugieren que la RNM distingue mejor que la TC los quistes hemorrágicos o multiloculados por lo que cuando ésta indique que se trate de un quiste benigno debe tenerse en cuenta la cirugía conservadora en el preoperatorio⁵. Además la RNM aporta una evaluación morfológica excelente gracias al contraste de la imagen en los tipos de secuencia utilizados y al análisis morfológico multidireccional (plano frontal o frontal oblicuo) para planificar una cirugía parcial⁶. En el caso que aportamos la RNM fue diagnóstica de quiste simple cuando se trataba de un adenocarcinoma, sin embargo nos ayudó a planificar la cirugía parcial.

En 1986 Bosniak propuso una clasificación de las lesiones quísticas renales basándose en los hallazgos de la ecografía y TC (Tabla 1)⁷, con las distintas pautas a seguir.

La PAAF presenta un gran número de falsos negativos (más del 50%^{4,8}) debido a que muchas de estas masas son multiloculadas, con lo que el aspirado con resultado negativo de una de ellas no implica que el resto también lo sean. Además algunos cánceres renales presentan amplias zonas de necrosis colicuativa (apariencia quística en ecografía y TC) y la punción no detecta ninguna célula tumoral⁹. Por estas razones las indicaciones de la PAAF están limitadas al diagnóstico de quistes infectados o abscesos⁴.

La biopsia peroperatoria en última instancia suele confirmar el diagnóstico, aunque existen casos de falsos negativos (necrosis tumoral, área tumoral en una zona distinta a la que se biopsia), por lo que si el cirujano, tras considerar las exploraciones radiológicas, aspecto macroscópico e informe de la biopsia, todavía presenta dudas, está indicada la cirugía conservadora cuando sea posible o la radical en caso contrario.

Tabla 1

Clasificación radiológica (Ecografía-TC) de Bosniak de las masas renales quísticas

Tipo	Sin contraste	Con contraste	Recomendación
I	Contenido densidad agua homogéneo, bien delimitado, pared fina y lisa	No capta	No más exploraciones
II	Algunos septos finos, mínimas calcificaciones	No capta	No más exploraciones
II F	Moderadas calcificaciones, quistes hiperdensos	No capta	Seguimiento radiológico (TC)
III	Paredes, calcificaciones y septos irregulares y gruesos, contenido heterogéneo	No capta	Si persisten dudas exploración quirúrgica
IV	Paredes muy gruesas y no uniformes, nodular	Capta	Tratamiento quirúrgico

REFERENCIAS

1. Laucks SP, Mclachlan MS: Aging and simple cysts of the kidney. *Br J Rad* 1981;54:12-14.
2. Tada S, Yamagishi J, Kobayashi H, Hata Y, Kobari T: The incidence of simple renal cyst by computed tomography. *Clin Rad* 1983;34:437-439.
3. Hartman DS, Davis CJ, Johns T, Goldman SM: Cystic renal cell carcinoma. *Urology* 1986;28:145-153.
4. Cloix P, Martin X, Pangaud C, Marechal JM, Bouvier R, Barat D, Dubernard JM: Surgical management of complex renal cysts : a series of 32 cases. *J Urol* 1996;156:28-30.
5. 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;38:635-640.
6. Lang H, Lindnes V, Roy C, Jacqmin D. Cáncer de riñón. En *Encyclopédie Médico-chirurgicale*. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, 2003: E - 18-096-A-10.
7. Bosniak MA: the current radiological approach to renal cysts. *Radiology* 1986;158:1-10.
8. Marotti M, Hricack H, Fritzsche P, Crooks LE, Hedgcon MW, Tanagho EA: Complex and simple renal cyst: comparative evaluation with MR imaging. *Radiology* 1987;162: 679-684.
9. Bielsa O, Arango O, Cortadellas R, Castro R, Griño J, Gelabert-Mas A: Diagnóstico preoperatorio de las masas quísticas renales complejas. *Arch Esp de Urol* 1999;52:19-25.

Dr. J.M. Alapont Alacreu
Servicio de Urología. Hospital General de Elda
Elda-Sax, La Torreta, s/n
03600 Elda (Alicante)

(Trabajo recibido el 9 diciembre de 2003)