



Revisión de quistes renales en la consulta externa de urología del Hospital Juárez de México

Dr. Carlos Viveros Contreras,** Dr. Martiniano Mijangos Parada,*
Dra. Alma Delia Gaona Reyes,* Dr. Juan Antonio Lugo García,**
Dr. Lauro Palomares Suárez*

RESUMEN

Se ha sugerido que la frecuencia de los quistes renales aumenta con la edad, el tamaño varía de menos de 1cm hasta más de 10 cm. El ultrasonido es un método no invasivo y de primera elección por su especificidad y sensibilidad para su diagnóstico. Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional en la consulta externa del Servicio de Urología del Hospital Juárez de México. Se revisaron los ultrasonidos de 100 pacientes, encontrando que el 16% tenían quistes y de éstos el 63% se encontraron en pacientes mayores de 70 años, corroborando la correlación que hay entre la edad y aparición de quistes.

Palabras clave: Quistes renales, ultrasonido.

ABSTRACT

The frequency of renal cysts is greater in older people, size varies from less than 1 cm up to 10 cm. Ultrasound is a noninvasive method and the first hand study due to its specificity and sensitivity for the diagnosis.

We present a clinical study in which we reviewed 100 ultrasounds finding a frequency of 16% for renal cysts of which 63% presented in patients older than 70 years, a finding that confirms the observation between age and presentation of this entity.

Key words: Renal cystic, ultrasound.

INTRODUCCIÓN

Un quiste renal es un segmento de una nefrona o un túbulito colector dilatados y llenos de líquido. La frecuencia de los quistes renales varía, pero algunos estudios sugieren que tienen una correlación directamente proporcional con la edad.¹ Los quistes renales se observan con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, generalmente son asintomáticos y no es raro en-

contrarlos en pacientes que se realizan estudios de gabinete (ultrasonido, TAC abdominal, urografía excretora) por otra patología urológica, abdominal o de la pelvis.² Cuando se diagnostica un quiste renal simple puede condicionar angustia para el paciente y para el médico de primer contacto, por lo que generalmente es enviado al urólogo para su valoración.

La ecografía es la técnica más precisa para establecer una diferencia entre lesión quística de la no quística,

* Residente de Urología.

** Médico adscrito al Servicio de Urología.

Cuadro I. Clasificación de las diferentes patologías que se presentan con quistes renales.

No genéticas

- Quistes simples
- Riñón multiquístico
- Riñón con quiste multiloculado
- Espongiosis medular renal
- Enfermedad renal quística adquirida
- Enfermedad renal glomeruloquística esporádica
- Divertículo calicial

Genéticas

- Poliquistosis renal autosómica recesiva
- Poliquistosis renal autosómica dominante
- Nefronoftisis juvenil
- Enfermedad quística medular (EQM)
- Complejo nefrotoftisis juvenil/EQM
- Enf. glomeruloquística hipoplásica familiar
- Síndromes de malformaciones múltiples con quistes renales

reportándose: quiste renal simple, quiste hiperdenso, tumor graso, quiste complejo. El quiste renal simple típico es reconocido en la ecografía por sus propiedades intrínsecos y por artificios asociados con la lesión, generalmente es libre de eco y posee una pared posterior regular.¹

Los quistes renales de acuerdo a sus características por ultrasonido y por TAC pueden ser simples o compuestos, de acuerdo al número: únicos, múltiples y/o

Cuadro II. Clasificación de los quistes renales de acuerdo a su aspecto radiológico.

Quistes simples	Quistes completos
Quiste simple	Nefroma quístico
Quistes múltiples	Carcinoma renal
Quiste peripélico	Quiste hemorrágico
Divertículo calicial	Metástasis
	Quiste infectado
	Linfoma
	Tuberculosis
	Quiste septado
	Aneurisma o malformación de la arteria renal
	Hidrocaliz

Cuadro III. Clasificación de los quistes de Bosniak.

- I. Quiste con márgenes delimitados y nítidos en relación al parénquima renal adyacente, pared lisa y fina, contenido homogéneo, anecoico o con densidad de agua, no realza con medio de contraste.
- II. Quistes con finos tabiques 1 mm o menos, pequeñas calcificaciones en la pared o en los tabiques, conservando las características I.
- III. Quistes bien definidos, con calcificaciones groseras e irregulares, tabiques irregulares numerosos, > 1 mm.
- IV. Quistes con bordes irregulares, elementos vasculares sólidos, con grandes componentes quísticos.

bilaterales, estas características ayudan para su clasificación (*Cuadros I, II y III*).

Cuando los quistes ocasionan síntomas generalmente son por compresión renal o a órganos adyacentes, manifestando dolor lumbar, hematuria secundario a la ruptura del sistema pielocalicial e hipertensión arterial resultante de la isquemia segmentaria. Si hay una obstrucción importante y prolongada a nivel de un cáliz, pelvecilla o uretero puede condicionar daño permanente al segmento obstruido o del riñón completo.²⁻⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional, en la consulta externa del Servicio de Urología del Hospital Juárez de México, se incluyeron de forma consecutiva y aleatoria a pacientes mayores de 45 años de edad que acudieron al servicio por otra patología que no fuera quiste renal y que contaran con ultrasonido renal, se excluyeron aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica, enfermedad de Von Hippel-Lindau, patología metabólica asociada, antecedente de aneurismas, patología renal y diagnóstico de envío de quiste renal. El ultrasonido se realizó en el departamento de radiología del hospital, con transductor 3.5 MH.

Para cada paciente se anotó la edad, sexo, la presencia o no de quistes, cuando se encontró la presencia de quistes se anotó características del quiste de acuerdo a la clasificación de Bosniak, número y tamaño.

Para el proceso de los resultados se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se revisaron 100 ultrasonidos renales de pacientes con edad promedio de 60 años (rango 45-85), de los

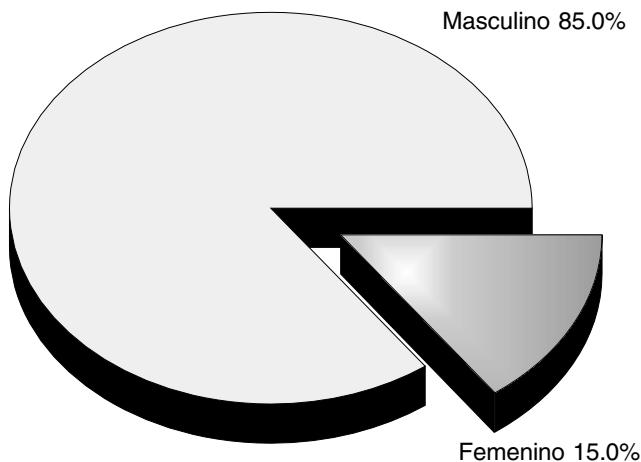


Figura 1. Distribución por sexo.

cuales 85 eran del sexo masculino y 15 del sexo femenino (*Figura 1*). En 16 pacientes se encontró quiste renal, de los cuales 8 (50%) fueron del lado derecho, 6 (38%) del lado izquierdo (12%) bilateral (*Figura 2*). Para valorar si existía esta correlación con la edad, se dividieron los pacientes por décadas, observando en la *figura 3* que 63% eran mayores de 70 años y 27% entre 50-60 años. Todos los pacientes se encontraban asintomáticos y el diagnóstico fue considerado como hallazgo, el tamaño de los quistes en promedio fue de 1cm (rango .5-2 cm), todos los quistes encontrados pertenecían a la clasificación de Bosniak I. De los pacientes con quistes renales se encontró 14 (88%) del sexo masculino y 2 (12%) del sexo femenino, sin embargo, debemos considerar que el estudio se realizó en

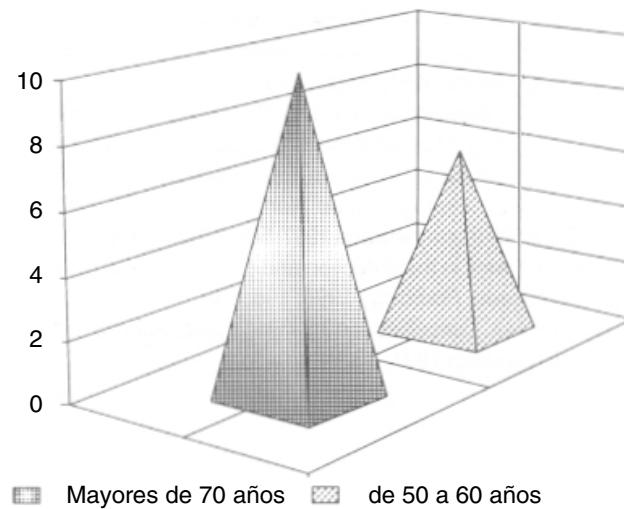


Figura 3. Distribución por edad.

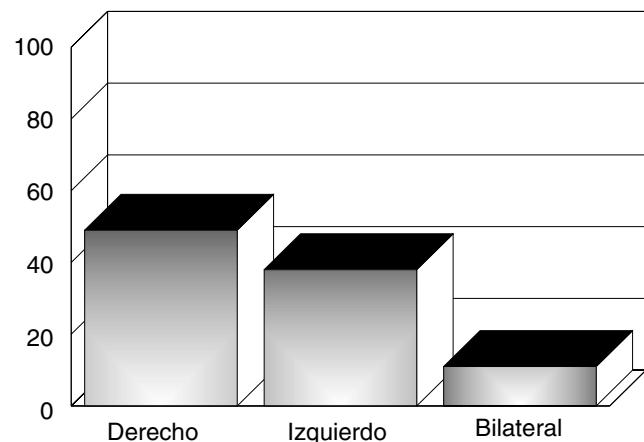


Figura 2. Localización de los quistes.

la consulta externa del servicio de urología donde la proporción de pacientes del sexo masculino es mayor.

DISCUSIÓN

La frecuencia de los quistes renales en el presente estudio tuvo un aumento en relación directa con el aumento de la edad, así como Kissane y Smith observaron que más de la mitad de las autopsias de adultos mayores de 50 años mostraban quistes renales simples y Laucks y cols. basaron su estudio en la utilización de TAC, demostraron una incidencia del 20% hacia los 40 años y 33% después de los 60 años.^{1,5,6}

Al igual que en otros estudios reportados, los quistes renales eran asintomáticos y se consideraban como un hallazgo ultrasonográfico, el manejo de estos quistes es con observación y cuando aparezcan síntomas se debe valorar tratamiento.⁷

El ultrasonido renal es de primera elección en el estudio de un quiste renal, cuando parezca un quiste complejo será necesario complementar con TAC de abdomen simple y contrastada.^{8,9}

BIBLIOGRAFÍA

- Ravine D, Gibson RN, Donlan J. An ultrasound renal cyst prevalence survey: specificity data for inherited renal cystic diseases. *Am J Kidney Dis* 1993; 22: 883-7.
- Walsh P y cols. *Campbell Urology*, VI Edición, Volumen II, Editorial Panamericana 1996: 1469-1473.



3. Levine E, Grantham JJ, Wetzel LH. Natural history of acquired renal cystic disease in dialysis patients: a prospective longitudinal CT study. *Am J Radiol* 1991; 156: 501-6.
4. Caglioti AC, Esposito C, Fuiano G. Prevalence of symptoms in patients with simple renal cysts. *Br Med J* 1993; 306: 430-1.
5. Garat MJ. *Urología Pediátrica*, Editorial Salvat 1992: 232-3.
6. Zagoria RJ. *Urology Clinic North Am*, Vol. III, Editorial McGraw-Hill-Interamericana 1997: 580-7. Bosniak MA, Rofsky NM. Problems in the detection and characterization of small renal masses. *Radiology* 1996; 198: 638.
8. Bosniak MA. Difficulties in classifying cystic lesion of the kidney. *Urol Radiol* 1991; 13: 91.
9. Dow J, Choyke PL, Jenniengs SB et al. Small (< 3 cm) renal masses: detection with CT versus US and Pathologic correlation. *Radiology* 1996; 198: 785.

Correspondencia:

Dr. Carlos Viveros Contreras
Dra. Alma Delia Gaona Reyes
Hospital Juárez de México
Servicio de Urología
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Delegación Gustavo A. Madero
D.F., México Tel: 57477560