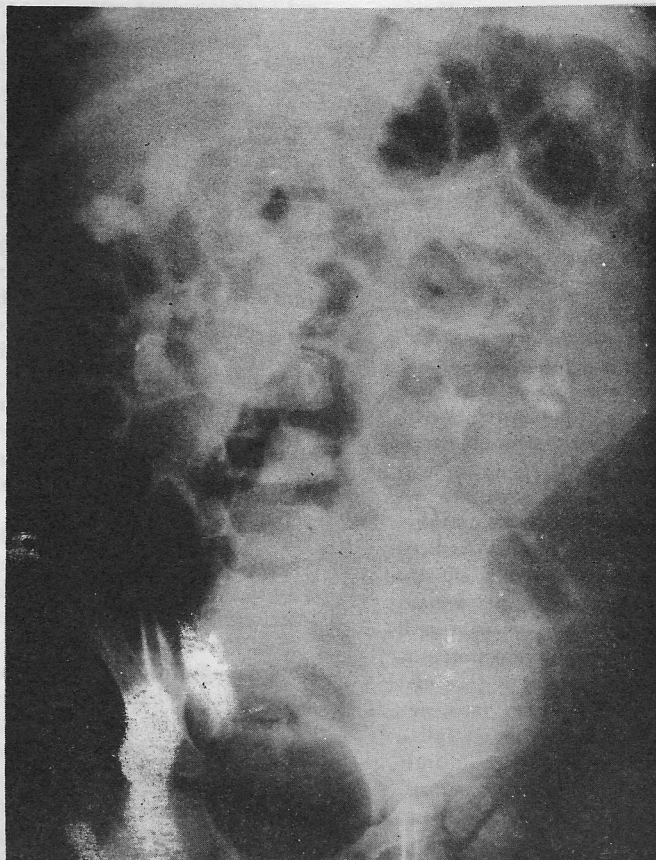


EL CASO RADIOLOGICO

Carlos Chamorro Mera, M. D.  
Profesor Asociado de Radiología  
Hospital Universitario del Valle  
Universidad del Valle, Cali



HAGA SU DIAGNOSTICO

Niña de 18 meses de edad, quien consulta por la presencia de lesión dérmica en la cara, diagnosticada posteriormente como nevus conectivo. Al examen físico se encuentran dos masas abdominales en los flancos, parecen corresponder a los riñones, son algo móviles, la derecha mide 6 cms. y la izquierda 8 cms. en sus ejes mayores, de consistencia no leñosa. El estado general de la niña es bueno, no hay evidencia de retardo mental y no se encuentran antecedentes de hematuria, fiebre o decaimiento.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Hamartomas renales múltiples
2. Tumor de Wilms bilateral
3. Riñones poliquísticos
4. Linfoma con infiltración renal

(Ver respuesta página 70).

## RESULTADO DEL CASO RADIOLOGICO

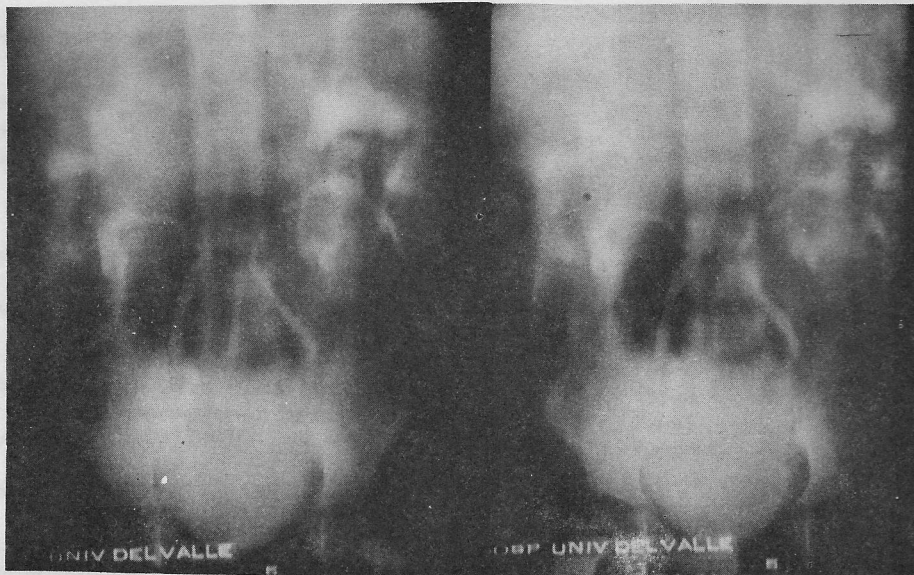


Figura 2. Nefrotomografía del caso presentado. Obsérvese la distorsión de los sistemas pielocaliceales semejando patas de araña, el agrandamiento de ambos riñones en forma más o menos simétrica.

## DESCRIPCION RADIOLOGICA

En la urografía ambos riñones aparecen aumentados en forma uniforme de tamaño, sus contornos son ligeramente ondulados, eliminan el medio de contraste en forma satisfactoria. El riñón derecho presenta dilatación moderada de los cálices superiores y en los dos riñones se observa la presencia de masas de 2-3 cms., redondeadas, circunscritas por los cálices y los infundíbulos los que están alargados y deformados en forma suave, recuerda el aspecto de las "patas de araña", no captan el medio de contraste. No hay signos que indiquen invasión de las estructuras pielocaliciales ni de ureteres.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. El hamartoma renal es un tumor raro en niños, se presenta con mayor frecuencia en los recién nacidos y en estos se puede confundir radiológica y macroscópicamente con el tumor de Wilms, se cree que muchos de estos tumores operados y diagnosticados como tumor de Wilms, han evolucionado en forma muy favorable con supervivencia excelente, en realidad corresponden al hamartoma, tumor benigno de muy buen pronóstico y que puede presentarse en forma múltiple y bilateralmente; si además se hallan adenomas sebáceos, convulsiones y retardo mental el diagnóstico es tuberoesclerosis o enfermedad de Bourneville. Al hamartoma renal algunos lo llaman también angiomiolipoma, es un tumor muy vascularizado, otra diferencia con tumores avasculares y con quistes. El diagnóstico basado únicamente en la urografía simple es difícil y puede asemejarse a la enfermedad poliquística<sup>1</sup>, se dice que cuando los hamartomas tienen un alto contenido graso es factible hacer el

diagnóstico en la placa simple y en el nefrograma de 1 minuto por la densidad lucente de la grasa.

2. El tumor de Wilms puede ser bilateral en un 5-10%, en estos casos los sistemas pielocaliciales se hallan muy distorsionados y aún invadidos, el ureter puede participar de este compromiso y posteriormente aparece una hidronefrosis secundaria. Con la simple urografía a veces es difícil diferenciar el tumor de Wilms bilateral con los riñones poliquísticos, pero por lo general el aspecto es diferente pues no se delimitan los quistes y la distorsión del sistema pielocalicial es más notoria y bizarra. A veces para hacer tal diferenciación es necesario recurrir a la angiografía y a la nefrotomografía así como también al ultrasonido.<sup>2</sup>

3. La enfermedad poliquística puede ser de tipo infantil y de tipo adulto<sup>3,4</sup>, pero ambas difieren clínicamente, radiológicamente y patológicamente. La forma adulta se diagnostica generalmente hacia la quinta década de la vida cuando comienza a presentar síntomas la enfermedad poliquística, genéticamente es autosómica dominante, afecta ambos riñones y en una tercera parte se hallan además quistes en el hígado. Radiológicamente se caracteriza por la presencia de elongación de los infundíbulos y de los cálices, lo cual da la imagen de "patas de araña" como las presenta este niño, debe recordarse que esta enfermedad es congénita y que por lo tanto el diagnóstico se puede hacer en forma precoz y en la niñez y más aún si existe el antecedente familiar. Los portadores de esta enfermedad tienen un promedio de vida de 45 años, mueren por hipertensión arterial, hemorragia subaracnoidea, ICC, uremia.

La forma poliquística infantil es autosómica recesiva,

compromete ambos riñones y se puede acompañar de quistes en otros órganos como el hígado, páncreas y pulmón. Los quistes son pequeños y radiológicamente hay muy poca distorsión del sistema pielocalicial, los riñones eliminan mal el medio de contraste y las estructuras pielocaliciales no se pueden visualizar en forma satisfactoria. Los riñones son grandes pero los contornos son más o menos lisos. El medio de contraste en los riñones tarda en eliminarse y aún hasta 15 días más tarde después de la urografía se puede ver medio de contraste en los riñones, la forma infantil se asocia a la estasis; pueden verse zonas densas y radiolúcidas alternantes y alineadas de afuera hacia adentro. Los portadores de esta enfermedad mueren semanas o meses después del nacimiento, se han reportado raros casos de pocos años de evolución. Muchos creen que se trate de la misma enfermedad e incluso se ha descrito una forma intermedia.<sup>5</sup>

4. La infiltración por linfomas o leucemias se caracteriza por el agrandamiento bilateral y simétrico de los riñones pero no hay formación múltiple de nódulos que distor-

sionan en la forma como lo hacen los quistes o los tumores sólidos. La presencia de otras masas, ganglios agrandados y esplenomegalia ayudan a diferenciar el linfoma de los otros tumores.

#### DIAGNOSTICO FINAL: RIÑONES POLIQUISTICOS TIPO ADULTO.

#### REFERENCIAS

1. Gwinn, J. L. y Landing, B. H.: Cystic diseases of the kidneys in infants and children. *Radiol Clin North Amer* 6: 191-204, 1968.
2. Teele, R. L.: Ultrasonography of the genitourinary tract in children. *Radiol Clin N Amer* 15: 109-128, 1977.
3. Grossman, H., Winchester, P. H. y Chisari, F. V.: Roentgenographic classification of renal cystic disease. *Amer J Roentgen* 104: 319-331, 1968.
4. Gleason, D. C., McAllister, W. H. y Kissane, J.: Cystic disease of the kidneys in children. *Amer J Roentgen* 100: 135-146, 1967.
5. Alton, D. J. y McDonald, P.: Urinary obstruction in the neonatal infant. *Radiol Clin North Amer* 13: 343-358, 1975.

---

### CURSO INTERNACIONAL SOBRE INFECCIONES Y NUTRICIONES

COLEGIO COLOMBIANO DE CIRUJANOS  
CAPITULO DEL VALLE DEL CAUCA

26 AL 29 DE JULIO DE 1978  
HOTEL INTER-CONTINENTAL CALI  
CALI, COLOMBIA

#### CONFERENCISTAS INVITADOS:

DR. J. WESLEY ALEXANDER, M. D.

Professor of Surgery  
Director, Transplantation Division  
Department of Surgery  
University of Cincinnati Medical  
Center, Cincinnati, Ohio.

DR. PETER CRUSE, M. B., F.R.C.S. (C), F.A.C.S.

Professor of Surgery  
University of Calgary  
Foothills Hospital  
Calgary, Alberta, Canadá

DR. STANLEY J. DUDRICK, M.D., F.A.C.S.

Professor of Surgery  
University of Texas  
Medical School at Houston  
Houston, Texas, U.S.A.

DR. CHARLES THOMAS FITTS, M.D.

Professor of Surgery  
Medical University of South Carolina  
Charleston, South Carolina, USA.

DR. HARLAN STONE, M.D.

Professor of Surgery  
Emory University  
Atlanta, Georgia

#### INSCRIPCIONES E INFORMACION:

COLEGIO COLOMBIANO DE CIRUJANOS. Capítulo del Valle del Cauca.  
Calle 20 Norte No. 6A-33 - Apartado Aéreo 265  
Teléfonos: 611416 - 661746 - Cali, Colombia