



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-489 - SÍNDROME DE LA UNIÓN PIELOURETERAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UNA MASA INTRAABDOMINAL

Tovar Pérez, Rodrigo

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: A pesar de su baja incidencia, las hernias laterales primarias de pared abdominal deben considerarse como posibilidad diagnóstica ante una masa con dolor paroxístico en dicha localización. El diagnóstico diferencial incluye tumoraciones intraabdominales, apendicitis, absceso apendicular, tumores de pared abdominal, hematoma de los músculos rectos, o incluso diverticulitis aguda. Nuestro objetivo es presentar un caso de tumoración lateral abdominal dolorosa y paroxística sugestiva de patología herniaria con episodios de incarceration que finalmente se correspondía con un síndrome de la unión pieloureteral.

Caso clínico: Varón de 23 años sin antecedentes de interés ni intervenciones quirúrgicas previas, remitido a nuestra consulta por su médico de atención primaria por sospecha de patología herniaria al referir el paciente un cuadro de dolor abdominal intenso, paroxístico, de 6 meses de evolución, que se asocia a esfuerzos físicos y mejora con el reposo. El dolor se asociado a una tumoración abdominal lateral que aparece durante los episodios de dolor. Durante la valoración no se palpa lesión alguna espontánea ni con maniobras de Valsalva ni tampoco un orificio herniario franco por lo que se solicita una ecografía. No obstante, se indica al paciente que acuda a Urgencias para valoración durante uno de los episodios. Así, antes de realizarse la prueba el paciente acude por un episodio similar a los previos, palpándose en esta ocasión una tumoración en flanco derecho sobre la línea semilunar, de consistencia blanda pero no reductible. Analíticamente destaca leve leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Se solicita una ecografía urgente y se completa el estudio con tomografía computarizada (TC) en la que se constata una marcada dilatación pielocalicial derecha (pelvis de 8,7 cm), sin dilatación ureteral, que impronta en la pared abdominal, sin identificar litiasis ni otras causas obstructivas, hallazgo que sugiere el diagnóstico de estenosis de la unión pieloureteral, sin asociar defectos la pared abdominal. En un posterior angioTC, estando el paciente asintomático, se comprueba que la estenosis es secundaria a la presencia de un cruce vascular, formado por una arteria polar inferior y una vena renal derecha doble. En esta segunda prueba se comprueba que la dilatación pielocalicial es menor (5 cm), lo que sugiere que los episodios de dolor y tumoración coinciden con aumentos agudos del tamaño de la misma. El paciente es sometido a una pieloplastia laparoscópica con anastomosis pieloureteral con resolución del cuadro.

Discusión: Los síndromes de la unión pieloureteral se suelen asociar a malformaciones vasculares que condicionan el atrapamiento del uréter. El acodamiento episódico del mismo puede condicionar fluctuaciones en el cuadro que se manifestarían como masa palpable y dolor, que podrían simular hernias laterales abdominales.