

Abdomen agudo como primer síntoma de una poliquistosis renal avanzada

Acute abdomen as a first symptom of advance renal polycystosis

La poliquistosis renal autosómica dominante es una de las enfermedades hereditarias más frecuentes, con una frecuencia estimada en la población española de 1/1.000 individuos¹.

Los síntomas iniciales son inespecíficos, pero el dolor abdominal está entre los más frecuentes y se produce en la mayoría de los pacientes en algún momento de la evolución de la enfermedad². La simulación de una enfermedad quirúrgica abdominal es sumamente infrecuente.

El presente caso tiene interés para el cirujano general porque plantea el diagnóstico diferencial de un «abdomen agudo» con el descubrimiento incidental de una enfermedad con la que habitualmente no está familiarizado.

Un varón de 28 años consultó en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal de unos 3 días de evolución, localizado en el cuadrante superior del abdomen, sordo, de carácter continuo. La anamnesis no reveló antecedentes personales de interés, el único antecedente familiar relevador era el fallecimiento de su madre como consecuencia de un proceso crónico renal de causa desconocida para el paciente.

La exploración física inicial mostró una presión arterial de 140/85 mmHg, temperatura axilar normal, dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho y signos de Murphy y Courvoisier; el resto de la exploración física fue negativa.

Se inició tratamiento analgésico sintomático, pero en las horas siguientes el paciente experimentó un empeoramiento del dolor abdominal, hipertermia de 38 °C y signos localizados de irritación peritoneal con signo de Murphy positivo.

Las únicas alteraciones analíticas fueron una discreta leucocitosis (13.500 leucocitos, 50% de neutrófilos) y una ligera elevación de la creatinina sérica¹⁻⁵.

Con el diagnóstico de sospecha de colecistitis aguda se realizó una ecografía abdominal en la que se puso de manifiesto una vesícula biliar de características normales desplazada medialmente por varios quistes renales derechos muy voluminosos; el riñón izquierdo portaba quistes similares (fig. 1). Una tomografía computarizada permitió realizar el diagnóstico definitivo de poliquistosis renal complicada, y se apreció la existencia de múltiples quistes renales bilaterales de gran tamaño, algunos de ellos abscesificados (fig. 2).

Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro; la evolución del paciente fue satisfactoria y se lo dio de alta asintomático 7 días después.

La poliquistosis renal autosómica dominante se caracteriza por la formación de múltiples quistes renales que están presentes en casi todos los pacientes afectados mayores de 30 años. Otros órganos, como el hígado y —con menor frecuencia— el páncreas, pueden experimentar la aparición de quistes similares.

Se ha asociado también a una prevalencia mayor de divertículos en el colon y a aneurismas intracraneales. La evolución temporal y la gravedad son muy variables, incluso

entre individuos de una misma familia. Se produce finalmente fallo renal terminal que precisa de diálisis o de trasplante renal en el 25% de los individuos hacia los 50 años y hasta en el 50% de los individuos afectados a la edad de 70 años^{2,6,7}.

Dos genes están vinculados a esta enfermedad, en el 85% de los casos el gen PKD1 localizado en el cromosoma 16 es el causante y produce una enfermedad de inicio más precoz y más grave, el resto corresponden al gen PKD2 localizado en el cromosoma⁴.

Como se ha mencionado, el dolor abdominal es muy frecuente y puede ser el síntoma de presentación⁴. Se cree que está relacionado con el aumento en el número y en el tamaño de los quistes, que produciría el estiramiento de la cápsula y del pedículo renal.

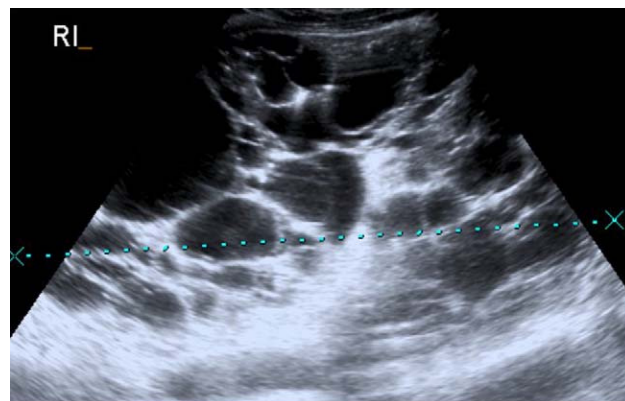


Figura 1 – Ecografía abdominal que muestra los riñones aumentados de tamaño con múltiples quistes.



Figura 2 – Vesícula biliar de características normales en íntimo contacto con los quistes del polo renal superior derecho.

El dolor agudo se relaciona con complicaciones como hemorragia o infección intraquística.

Para el dolor crónico se han propuesto técnicas percutáneas, como la aspiración, o quirúrgicas, como la fenestración laparoscópica o mediante laparotomía, que se reservan para aquellos pacientes con función renal preservada y dolor incapacitante. La aspiración proporciona solo un alivio transitorio, hay pocos datos relativos a la fenestración laparoscópica y la fenestración mediante laparotomía puede aliviar los síntomas hasta en dos tercios de los pacientes durante 24 meses².

En el diagnóstico diferencial de la colecistitis aguda, diagnóstico de sospecha en el paciente que nos ocupa, se enumeran habitualmente enfermedades como el cólico biliar, la pancreatitis aguda, la úlcera péptica perforada o penetrante, la colangitis, la apendicitis aguda y la hepatitis viral o alcohólica. La consideración de procesos que afectan a órganos retroperitoneales no suele estar en la mente del médico. Si bien la gammagrafía con derivados del ácido iminodiacético se ha propuesto como el estudio diagnóstico más sensible y específico para confirmar o excluir una colecistitis aguda, en la práctica es la ecografía abdominal el estudio más empleado para confirmar el diagnóstico. En el presente caso, la ecografía abdominal excluyó el diagnóstico inicial y virtualmente permitió hacer el de poliquistosis renal como causa de los síntomas del paciente.

En resumen, el interés para el cirujano general del conocimiento de la poliquistosis renal se centra en su potencial para producir síntomas abdominales crónicos que finalmente conducen al diagnóstico de la enfermedad antes de que se produzca un deterioro significativo de la función renal. Muy raramente, como en el presente caso, algún paciente se presenta en el servicio de urgencias con síntomas que imitan a los de una enfermedad abdominal que precisaría de un tratamiento quirúrgico urgente. La ecografía abdominal como procedimiento de imagen inicial permite un diagnóstico rápido de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parfrey PS, Bear JC, Morgan J. The diagnosis and prognosis of autosomal dominant polycystic kidney disease. *N Engl J Med*. 1990;323:1.085-90.
2. Berner K, Nates JL. Autosomal dominant polycystic kidney disease: Etiology, diagnosis, renal and extrarenal complications. *The Internet Journal of Academic Physician Assistants*. 2000;2:2.
3. Belibi FA, Edelstein CL. Unified ultrasonographic diagnostic criteria for polycystic kidney disease. *J Am Soc Nephrol*. 2009;20:6-8.
4. Vall-Llovera J, Bosch A, Gil E, Pons L, Barba S, Palau M, et al. Poliquistosis hepática del adulto abscesificada. *Cir Esp*. 2002;72:113-5.
5. Gabow PA. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *N Engl J Med*. 1993;329:32.
6. Ishikawa I. Uremic acquired renal quistic disease: Natural history and complications. *Nephron*. 1991;58:257-67.
7. Bakir AA, Hasnain Young S, Dunea G. Dialysis-associated renal cystic disease resembling autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am J Nephrol*. 1999;19:519-22.

Daniel Gambí Pisonero^{a,*}, Fernando Garrido Menéndez^a, Pablo Menéndez Sánchez^b y Eloy Sancho Calatrava^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: daniel.gambi@gmail.com

(D. Gambí Pisonero).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.03.028](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.03.028)

Obstrucción completa tras gastrectomía vertical laparoscópica

Total obstruction after vertical laparoscopic gastrectomy

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), conocida también como manga gástrica o tubulización gástrica, es una nueva herramienta quirúrgica en el tratamiento de la obesidad mórbida. Se trata de una técnica restrictiva cuya eficacia se basa en 2 mecanismos: en primer lugar, al tratarse de una técnica puramente restrictiva, produce saciedad temprana y, en segundo lugar, reduce los niveles de ghrelina, hormona estimuladora del apetito^{1,2}.

El hecho de que esta técnica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Podría parecer que en comparación con el *by-pass* gástrico y las

derivaciones biliopancreáticas es una cirugía más asumible desde el punto de vista laparoscópico, pero debemos saber que sus complicaciones pueden incluso ser más serias que las de otras técnicas. Nos referimos principalmente a la aparición de fistulas gástricas, dehiscencias de la línea de sutura o estenosis de la tubulización. Se trata de complicaciones que aunque aparecen en un bajo porcentaje, aumentan la morbilidad, la estancia hospitalaria y ponen en peligro la vida del paciente.

Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante esta técnica, que sufrió una complicación postoperatoria que obligó a su reintervención.