



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

216/14 - Malformaciones congénitas renales. A propósito de 3 casos en una consulta de Ate

A. Morán Escudero^a, A. González Romero^a e I. Salcedo Joven^b

^aMédico de Familia. CS Juncal. Torrejón de Ardoz. Madrid. ^bMédico de Familia. CS Estrecho de Corea. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Caso 1: mujer de 52 años, acude por mareo inespecífico, dolor HCD, náuseas y vómitos. Sin antecedentes personales. Caso 2: mujer 52 años con dolor abdominal difuso desde hace 1 año, más intenso en flanco derecho. No otra sintomatología. Sin antecedentes personales de interés. Caso 3: mujer de 37 años. Habiendo terminado curso de ecografía, solicito realizar ecografía para practicar.

Exploración y pruebas complementarias: 1. Auscultación cardíaca, pulmonar, abdominal y neurológica normal. Aún con Murphy(-), se realiza ecografía: Hígado, vesícula, páncreas, bazo y riñón izquierdo (RI) normal. Riñón derecho (RD); imágenes anecoicas con importante atrofia cortical y dilatación pielocalicial. Analítica con función renal normal. Se deriva a urólogo, donde sugiere la posibilidad de una estenosis de la unión pieloureteral (EUPU). TAC; EUPU derecha con importante dilatación pielocalicial con atrofia cortical renal y retraso en la excreción. Dilatación de pelvis renal izquierda sin repercusión calicial. Urografía: captación renal RD del 40% y RI 60%. Se realiza corrección de la unión ureteropielica. 2. Exploración; dolor abdominal difuso, no signos de irritación peritoneal. Combustor normal. Ecografía: hígado explorado por vía intercostal; abundante meteorismo, de morfología normal, vesícula, páncreas y grandes vasos no valorables por interposición de gas, bazo y RI sin alteraciones, ausencia de RD, que se visualiza en pelvis derecha + posible doble sistema pielocalicial. 3. Ausencia de RI: imagen hipoecoica en su teórica localización, RD de forma, y situación dentro de límites normales, diámetro longitudinal de 13,46 cm. TAC: RI minúsculo con pérdida diferenciación córtico-medular en relación con atrofia renal. Hipertrofia compensadora del RD sin dilatación de vías excretoras.

Juicio clínico: 1. Síndrome EUPU bilateral + hidronefrosis. 2. Riñón ectópico + doble sistema pielocalicial. 3. Atrofia renal + hipertrofia compensadora del riñón contralateral.

Diagnóstico diferencial: 1. La EUPU congénita se presenta en varones/mujeres 2:1, más frecuente en RI. Bilateral 10-30%. Cuando el diagnóstico se hace en la edad adulta, se quejan de dolor en flanco o espalda. Puede aparecer; náuseas, vómitos, hematuria autolimitada o HTA (más infrecuente). Se trata a pacientes sintomáticos (ITU, cálculos renales o deterioro de la función renal). Ecográficamente se aprecia pelvicaliectasia y si la obstrucción es de larga duración atrofia parenquimatosa. En nuestra paciente la atrofia hidronefrótica se ocasionó ya que la uropatía obstructiva era unilateral crónica y parcial, si no hubiese alterado también la función renal. 2: Los riñones pélvicos se producen en el desarrollo embrionario ante la ausencia de ascenso del riñón. Suelen ser pequeños y con malrotaciones asociadas. Además presentaba un doble sistema pielocalicial (dos senos hiperecogénicos separados de una banda de parénquima renal), malformación congénita renal más frecuente. Incidencia de 0.5-10%. 3: La hipoplasia renal es anomalía del parénquima renal, existiendo número escaso de nefronas. La función renal suele ser normal porque el riñón

contralateral está sano y con hipertrofia compensadora como en nuestra paciente.

Comentario final: La ecografía es una prueba accesible y ayuda al diagnóstico de patologías de pacientes que se encuentran asintomáticas, muchas de ellas congénitas como en los tres pacientes presentados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Diagnóstico por ecografía, 3ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby, 2006.
2. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Ecografía. Madrid: Marban, 2007.