

Urografía intravenosa

M.A. Camacho Pastor, J.J. Dones Carvajal* y M. Metola Gómez

Centro de Salud María Montessori. Leganés. Área 9. Madrid.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ciudad de Jaén. Jaén.



Caso clínico

Se trata de una mujer de 39 años de edad, sin alergias conocidas a medicamentos ni hábitos tóxicos. Presenta antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), hernia discal en L5-S1, colecistectomía laparoscópica por colelitiasis hace un año y hallazgo ecográfico de litiasis renal izquierda asintomática.

Acudió a nuestra consulta refiriendo dolor en la fosa renal izquierda, de pocas horas de evolución, tipo cólico, irradiado al flanco izquierdo, sin síndrome miccional asociado ni fiebre. A la exploración abdominal presentaba dolor a la palpación profunda en el flanco y la fosa ilíaca izquierdos y puñopercusión renal izquierda positiva. El sedimento urinario demostró piuria y hematuria. La radiografía simple de abdomen puso de manifiesto una imagen de densidad cálctica en el trayecto ureteral izquierdo y una escoliosis lumbar de convexi-

dad izquierda. Se recogió un urocultivo previo al inicio de tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico, prescribiéndose además analgésicos y antiinflamatorios, con lo que se produjo una mejoría del cuadro clínico. El urocultivo indicó infección del tracto urinario por *E. coli* sensible al tratamiento pautado, resultando negativo el cultivo de control. Reinterrogada la paciente, refirió cuadro similar 9 años antes, coincidente con gestación, por lo que no se completó el estudio radiológico. Se solicitó una urografía intravenosa que confirmó la presencia de litiasis ureteral izquierda y duplicidad bilateral incompleta del sistema pielocalicial (figs. 1 y 2). La paciente fue remitida al servicio de urología para valorar la indicación de litotricia.

Comentario

La duplicación del uréter es una de las malformaciones más comunes del tracto urinario superior. Afecta apro-

ximadamente al 1% de la población y el 20% de los casos son bilaterales. Son más frecuentes en el sexo femenino y su significación patológica es muy variada. En determinados pacientes no constituye un problema real, siendo asintomáticos hasta el 80% de los casos (hallazgo casual con motivo de otros estudios, cirugía o autopsia), se considera incluso como una variante anatómica de la normalidad. Pero en un pequeño grupo de anomalías ureterales se afecta muy gravemente la función del riñón y llegan a destruirlo funcional y morfológicamente.

La duplicación incompleta o bifidez ureteral es casi siempre bien tolerada y provoca menos complicaciones que la duplicación completa. Existen dos uréteres que se unen antes de llegar a la vejiga, formando uno solo con orificio único de desembocadura en la misma. La explicación embrionaria es sencilla y viene determinada por la división prematura del mamelón ureteral previa a originar las dos ramas que darán lugar a los cálices renales.

El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen y la endoscopia. La urografía intravenosa constituye la exploración fundamental y suficiente en la duplicación no complicada. La ecografía presenta mayor sensibilidad diagnóstica en aquellos casos que cursan con complicaciones derivadas de la malformación, pudiéndose diagnosticar algunos casos antenatalmente. En el caso que nos ocupa, la ecografía previa no permitió el diagnóstico de la malformación ureteral dada la ausencia de complicaciones derivadas de la misma. La exploración endoscópica de la vejiga y las técnicas de contraste para exploración retrógrada complementan el diagnóstico en determinados casos.

En los sistemas bífidos la bifurcación puede ocurrir a cualquier nivel ureteral; así, nuestra paciente presentaba una bifurcación más proximal en el sistema derecho (L3) que en el sistema izquierdo (L5) (fig. 2). Las complicaciones de la bifidez ureteral derivan de la estenosis en la unión de las dos ramas ureterales o de la incoordinación peristáltica entre ellas, pudiendo ser origen de un reflujo ureteroureteral (efecto yo-yo), equivalente a una obstrucción funcional de la unión. En otros casos puede originarse reflujo vesicoureteral. Los problemas pueden estar presentes en el sistema duplicado superior o inferior e incluso en el sistema contralateral.

El tratamiento de la duplicación completa o incompleta del uréter sólo está justificado si aparecen complicaciones obstructivas y/o infecciosas. Nuestra paciente ha recibido tratamiento con litotricia, que provocó la expulsión de litiasis cálctica, y permanece actualmente asintomática.

Bibliografía general

- Borrego Hernando J, Galbis F, Téllez M, Galmes I, Rodríguez R, Rivas JA et al. Uréter bífido ciego asociado a duplicidad y reflujo vesicoureteral contralateral. Arch Esp Urol 1994; 47: 625-627.
- Cimadevila Covelo A. Anomalías congénitas ureterales. En: JR Prous, editor. Tratado de urología. Barcelona: JR Prous S.A. 1993; 1435-1445.
- Miguélez Lago C, Azcárate López J, López Ruiz P, García González I, Galiano Duro E, Sánchez Díaz F et al. Duplicidades pielouretrales. Diferentes formas patológicas y anatómicas en la infancia. Arch Esp Urol 1981; 34: 49-66.
- Rodríguez Cuartero A, Silio Vallecillo A. Duplicidades pielouretrales. Rev Clin Esp 1976; 142: 527.
- Tundidor Bermúdez AM. Uréter bífido con una rama ciega. Arch Esp Urol 1999; 52: 790-792.