

A. Gómez-Cedillo
J.M. Giles
M. Artal
M. Higuera
J.M. Salmeán

Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Severo Ochoa.
Leganés. Madrid.

Correspondencia:

Dra. A. Gómez-Cedillo.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Severo Ochoa.
Avda. de Orellana, s/n. 28911 Leganés. Madrid.
Correo electrónico: angomez@sego.es

Fecha de recepción: 27/3/00
Aceptado para su publicación: 31/1/01

Riñón pélvico. Tumoración pélvica en el puerperio

129

Pelvic kidney. Pelvic tumors in puerperium

A. Gómez-Cedillo, J.M. Giles, M. Artal, M. Higuera, J. Salmeán.
*Riñón pélvico. Tumoración pélvica en el puerperio. Prog Obstet
Ginecol 2001;44:129-131.*

INTRODUCCIÓN

Paciente portadora de un riñón pélvico hidronefrótico y con litiasis, diagnosticado en el curso del postoperatorio de una cesárea. Revisión bibliográfica de la ectopia renal complicando la gestación.

La ectopia renal pélvica es una anomalía congénita poco frecuente (en autopsias 1:1.000)¹. Se caracteriza por la presencia de un riñón por debajo del plano horizontal entre las crestas ilíacas, acompañado de un uréter corto, y es habitual su vascularización anómala².

Normalmente asintomático, su diagnóstico se suele realizar de forma casual en el curso de exploraciones por otra patología.

Su incidencia en el embarazo es de 1:5.000³, y la mayoría de casos descritos⁴⁻⁷ son diagnósticos realizados durante la gestación o en el curso del trabajo de parto.

Presentamos el caso de una paciente con un riñón pélvico, hidronefrótico, con litiasis, diagnosticado en los primeros días del postoperatorio de una cesárea.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años, secundigesta (interrupción voluntaria de embarazo hace 2 años). Gestación actual mal controlada; la paciente refiere de evolución normal salvo infección urinaria en la semana 19. Acude al servicio de urgencias en las 38 + 5 semanas de gestación por rotura prematura de membranas de 7 h de evolución, con líquido amniótico ligeramente sanguinolento. La ecografía descarta patología placentaria (placenta no previa, normoinsera, presentación cefálica). La exploración a su ingreso revela un feto único, situación longitudinal, presentación cefálica, cérvix con posición y consistencia media, formado y con 1 cm de dilatación. Destaca la altura de la presentación que es muy móvil y difícil de alcanzar por tacto vaginal. El registro cardiotocográfico externo presenta una frecuencia cardíaca fetal saltatoria, con múltiples pérdidas de foco que dificultan su valoración; la dinámica es escasa e irregular.

La paciente ingresa en la sala de dilatación para inducción del parto. Se administra oxitocina en



Figura 1. Imagen ecográfica. Tumoración pélvica.



Figura 2. Corte transversal de tomografía computarizada en la que se observa un riñón ectópico en posición retrouterina. V: vejiga; U: útero; R: riñón pélvico.

bomba de infusión continua sin presentarse alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Tras 9 h de inducción con dinámica adecuada, sin modificación cervical ni descenso de la presentación, se indica cesárea por fracaso de inducción. La cesárea se realiza sin incidencias, naciendo un feto vivo de 3.530 g, Apgar 9/9. No se objetivan hallazgos en el aparato genital; los anejos y el útero son normales.

El postoperatorio cursa con normalidad, hasta el tercer día, en el que presenta un pico febril de 38 °C sin foco evidente y con buen estado general. En el cuarto día aparece un nuevo pico febril sin sintomatología, apreciándose en la exploración una



Figura 3. Tomografía en la que se observa dilatación del sistema excretor y litiasis del riñón derecho localizado en la pelvis. V: vejiga; U: útero; R: riñón pélvico.

tumoración pélvica de límites poco precisos, fija, de consistencia quística, dolorosa al tacto que no depende de útero. El resto de la exploración, tanto general como ginecológica, es normal.

En la ecografía pélvica (fig. 1) se informa: útero puerperal bien involucionado, imagen intrauterina compatible con pequeño hematometra; formación retrouterina de forma irregular y límites imprecisos con zonas hiperecogénicas e hipoeicicas. No se visualizan anejos, y no se aprecia líquido libre en la pelvis.

En la analítica se objetiva una anemia leve, sin otra alteración (leucocitos 6.010 con fórmula leucocitaria normal).

Ante la presencia de una masa pélvica de características ecográficas no concluyentes se plantea diagnóstico diferencial entre tumoración anexial y hematoma o absceso pélvico. Se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro y se solicita tomografía computarizada que informa de riñón derecho ectópico con litiasis y dilatación de sistemas colectores (figs. 2 y 3).

La paciente evoluciona satisfactoriamente con resolución del cuadro febril y es dada de alta en el octavo día del postoperatorio. Es remitida a consulta de urología para completar estudio y tratamiento.

DISCUSIÓN

La mayoría de los riñones ectópicos son asintomáticos; sin embargo, resultan especialmente vulne-

rables a la infección, a la formación de cálculos y a los traumatismos^{2,3,8}. Durante el embarazo la sintomatología está relacionada con malpresentaciones, distocias y complicaciones urinarias, y hay que tener en cuenta la asociación de malformaciones urinarias con malformaciones uterinas³.

Los tumores pélvicos que habitualmente obstruyen el canal del parto son tumores ováricos y miomas uterinos, y un riñón pélvico es una causa de obstrucción infrecuente³⁻⁷.

En el caso que presentamos el diagnóstico de riñón pélvico pasa desapercibido a lo largo de la gestación y también durante el trabajo de parto.

No es infrecuente el error diagnóstico, confundiendo un riñón pélvico con otras afecciones, fundamentalmente con tumoraciones ováricas y miomas³.

Habitualmente, el diagnóstico definitivo se basa en la urografía intravenosa, pero la ecografía y la tomografía computarizada son métodos diagnósticos de ayuda, sobre todo en casos con sintomatología aguda y como estudios primarios^{1,2,6}.

La mayoría de las veces las características ecográficas del riñón pélvico son similares a las del riñón eutópico. En nuestro caso, la presencia de imágenes quísticas y contenido cálcico impidió un diagnóstico ecográfico concluyente.

La imagen ecográfica y la coincidencia de un pico febril nos planteó el diagnóstico diferencial con tumoración anexial y con hematoma y/o absceso pélvico. Sin embargo, la observación en la cesárea

de ovarios normales, el buen estado general de la paciente, la ausencia de dolor abdominal y los signos de irritación peritoneal, así como la analítica normal, parecían no compatibles con dichos diagnósticos.

En cuanto a la actitud obstétrica en la vía del parto cabe señalar que no hay acuerdo absoluto entre los distintos autores³⁻⁵. Aun reconociendo que el parto vaginal es posible en muchas mujeres, unos aconsejan la cesárea como método más seguro ante la posibilidad de lesión renal por traumatismo, y otros, sin embargo, realizan indicación de cesárea, dependiendo fundamentalmente de la localización del riñón, sin ser obligatoria de entrada, ya que el riñón pélvico puede no ser causa de obstrucción del canal del parto en más del 50% de los casos⁴.

Nuestra opinión es que, una vez diagnosticado el riñón ectópico, la indicación de cesárea dependerá de la localización de la masa en la pelvis y de su comportamiento como tumor previo. En ningún caso se demorará la vía abdominal ante la falta de descenso o cualquier otra anomalía en la progresión del parto. Probablemente es más segura una cesárea que realizar una prueba de parto de resultados inciertos.

Como conclusión, es importante recordar que en el diagnóstico diferencial de una masa pélvica, así como en la obstrucción mecánica del parto, siempre hay que tener en mente la posibilidad de ectopia renal pélvica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dretler SP, Obsson C, Pfister RC. The anatomic, radiologic and clinical characteristics of the pelvic kidney: an analysis of 86 cases. *J Urol* 1971; 105: 623-627.
2. Boujnah H, Abid I, Mballa N, Zmerli S. Le rein pelvien. Apropos de cinquante cas. *Ann Urol* 1989; 23: 11-16.
3. Zwertbroek W, Ter Brugge HG. Pelvic kidney: a rare cause of obstetrical obstruction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 63: 95-96.
4. Bergqvist A. Ectopic kidney as a complication of pregnancy and labour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1965; 44: 289-303.
5. Samuel N, Feldberg D, Dicker D, Goldman J. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985; 20: 325-328.
6. Shalev E, Zalel Y, Weiner E. Pelvic kidney presenting as a tumor previa during labor: Sonographic diagnosis. *J Clin Ultrasound* 1994; 22: 62-63.
7. Vitse M, Baychelier L, Boulanger JC. Problèmes posés par le rein pelvien au cours de la gravidité-puerpéralité. A propos d'un cas. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr* 1968; 20: 29-30.
8. Hermida JA, Del Corral T, Cedeiras G, Agüero J, Machado V, Paneque P. Riñón derecho ectópico hidronefrótico con litiasis de localización pélvica, presentación de un caso. *Arch Esp Urol* 1998; 51: 289-293.