

Anuria por obstrucción en un riñón único congénito

Yudit Sánchez Arévalo, especialista en Urología, HCQ Lucía Iñiguez, Holguín, Cuba. 0009-0000-7325-1554. yudit.sa73@gmail.com
 Rolando Antonio Pupo González, especialista en MGI e imagenología, HCQ Lucía Iñiguez, Holguín, Cuba.
 Tahimí Díaz Pérez, especialista en Urología, Hospital Hnos Almeijeiras, La Habana, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La anuria obstructiva representa el 10% de todas las anurias y consiste en la disminución en la eliminación de la orina debido a un impedimento estructural al flujo urinario en cualquier sitio a lo largo de las vías. Las etiologías son múltiples y las neoplasias representan una de las principales causas. Los estudios por imagen nos permiten realizar procedimientos mínimamente invasivos con exactitud. Se presenta una forma infrecuente de anuria por coágulos debido a un tumor de vías urinarias superiores en un riñón solitario congénito. Existe limitada evidencia en la literatura sobre casos similares.



Fig.1. Asimetría abdominal por masa en flanco derecho.

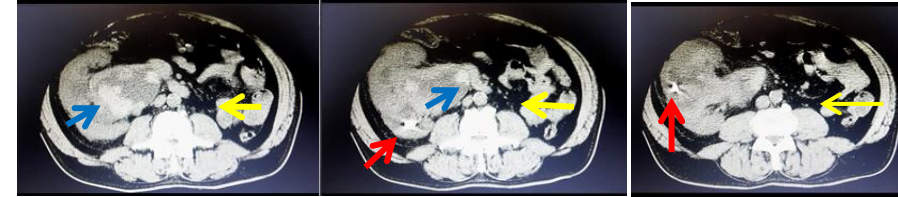


Fig.2. Agnesia renal izquierda (flecha amarilla). Riñón derecho aumentado de tamaño, con marcada dilatación de cálices y pelvis, con masa hiperdensa e irregular en su interior (flecha azul). Imágenes de densidad cálcica en grupo calicial medio e inferior (flecha roja).

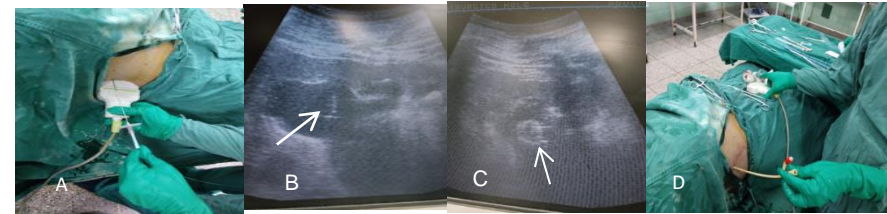


Fig.3. Nefrostomía percutánea derecha ecoguiada. A: Transductor convexo 5MHz. B: aguja de punción a través del grupo calicial superior hasta la pelvis renal. C: Balón de sonda de Foley 16ch en pelvis renal. D: Sonda colocada por vía percutánea.

PRESENTACIÓN DE CASO

Masculino, 71 años, APP: Hipertensión Arterial, Hiperuricemia y ex fumador
 Acudió al cuerpo de guardia por orina hematórica de 100 ml hace 24 horas, dolor punzante y profundo en flanco derecho. Refirió haber presentado 3 episodios de hematuria hace un mes relacionado con los esfuerzos físicos. Durante el examen se percibió postura antálgica, mucosas hipocoloreadas, abdomen, asimétrico (fig.1), se palpó masa dura, no peloteable y dolorosa en flanco derecho
 Los exámenes de laboratorio evidenciaron Hb 10g/dl, Creatinina: 430mmol/L, BE:-6.8mmol/L y HCO3: 17.mmol/L; el resto de los estudios fueron normales.
 Se realizó tomografía computarizada no contrastada donde se observó agnesia renal izquierda y masa hiperdensa en pelvis renal (fig.2). Este mismo día se realizó una nefrostomía percutánea ecoguiada (fig.3) evacuando coágulos de sangre. A las 24 horas se realizó pielografía anterógrada y cistografía convencional y por tomografía computarizada (fig. 4). El alta fue a las 48 horas con cifras de creatinina próximas a la normalidad.

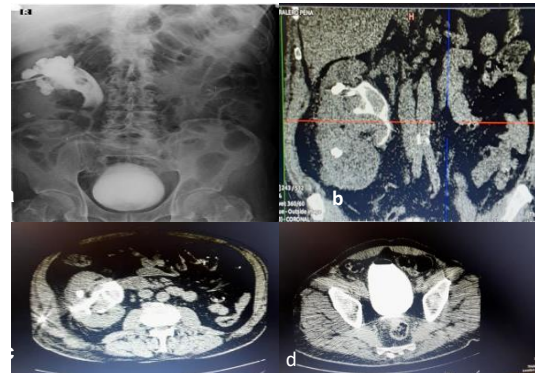


Fig.4: a: Pielografía anterógrada y cistografía convencional: entrada de sonda por grupo calicial superior, con buen llenado de contraste. Vejiga sin defecto de repleción. b, c y d vistas tomográficas.

DISCUSIÓN

La nefroureterectomía radical con escisión del manguito vesical, es el tratamiento estándar para el tumor de vías excretoras. Nuestro caso tiene la especificidad de tener un riñón solitario congénito donde la cirugía conservadora de nefronas es imperativa, a pesar de un mayor riesgo de progresión después de la extirpación. La colocación de un catéter, que sería la primera opción de derivación, se excluyó debido a la elevada posibilidad de siembra neoplásica en uréter y vejiga, siendo la nefrostomía percutánea el método ideal a través del grupo calicial superior por presentar menos masa tumoral.

CONCLUSIONES

La tomografía permite el diagnóstico de anomalías urinarias como afecciones congénitas del tracto urinario, renal y lesiones tumorales, al mismo tiempo precisa la etiología de la anuria, su empleo permitió tomar decisiones acertadas en el caso presentado. El uso de la ecografía favoreció el procedimiento de la nefrostomía percutánea minimizando posibles complicaciones y reduciendo la exposición a las radiaciones.