

Caso Clínico

Doctora, tengo sed

Carmen Ortega González, Raúl Sánchez González, Rocío Álvarez Nido, Blanca Ranz Bravo

Centro de Salud San Blas. Parla (Madrid)

Paciente varón de 83 años de edad que acude a la consulta por cuadro de malestar general, astenia y sensación de sed de unos días de evolución.

No presenta otra sintomatología salvo leve pérdida de apetito y ocasionalmente aparecen náuseas. Por lo demás, no cuenta cambios intestinales ni síntomas que sugieran patología respiratoria; el paciente refiere orinar bien. No se queja de disnea, de ortopnea ni de edemas y comenta que a pesar de sus molestias está durmiendo sin problemas. En todo momento se ha encontrado afebril.

Entre sus antecedentes personales destaca un carcinoma de colon operado hace más de 10 años con colectomía derecha y hepatectomía parcial por metástasis. Actualmente con controles libres de enfermedad sin que haya presentado ninguna recidiva hasta ahora. Además, fue diagnosticado de neoplasia de próstata hace 5 años, por la que recibió radioterapia, con buenos controles hasta el día de la consulta.

En la exploración encuentro molestias abdominales inespecíficas de forma generalizada, pero sin signos de irritación peritoneal en un abdomen complicado de examinar dado sus características (muy globuloso con múltiples zonas de herniación en su pared por cirugías previas).



Figura 1

Decido solicitar analítica y valoración posterior con resultados dados los signos poco concluyentes de historia clínica, exploración anodina y de sus antecedentes personales. Aparecen valores en el perfil renal alterados con una Creatina 2,3 mg/dl y un filtrado glomerular de 28 ml/min habiendo empeorado considerablemente respecto a controles anteriores.

Realizo en ese momento ecografía en mi consulta. En la imagen observo zonas anecogénicas en el seno de ambos riñones confluyentes hacia pelvis mayor. Los cálices están muy dilatados. Presenta atrofia parenquimatosa casi total con la anatomía renal modificada, observándose formaciones anecogénicas centrales separadas por septos. Vejiga con importante distensión. Todo ello es compatible con hidronefrosis grado 4 de probable origen obstructivo. (Figura 1,2 y 3).

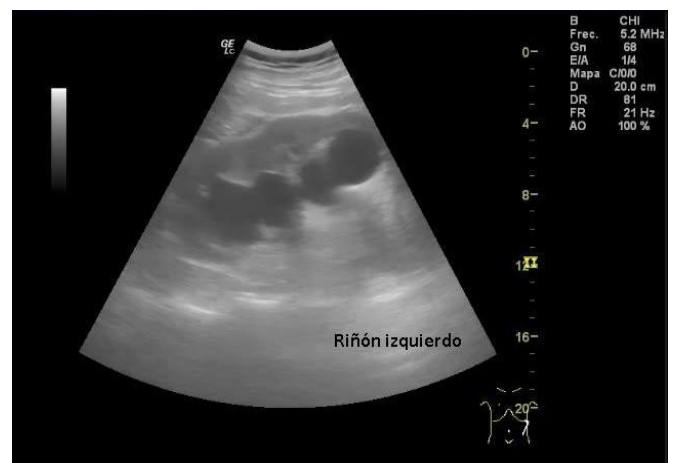


Figura 2



Figura 3

Se deriva a nivel hospitalario de forma urgente. Se le diagnostica tras realización de un escáner, de insuficiencia renal postrenal por retención de orina a consecuencia de una hipertrofia de próstata (el paciente estaba orinando por rebosamiento) decidiéndose, dadas las características del paciente, sondaje permanente. A las 48 horas el paciente había recuperado niveles de función renal similares a los previos.

COMENTARIO

La Ecografía es la primera técnica a utilizar en el paciente con insuficiencia renal aguda siendo la finalidad primordial del estudio el diagnóstico diferencial entre la insuficiencia postrenal y la renal o prerrenal. Según su etiología se podrían clasificar en:

PRERRENAL/FUNCIONAL

- Depleción de volumen
- Redistribución de volumen extracelular
- Descenso de gasto cardíaco
- Toxicidad por AINEs

RENAL/INTRÍNSECO

- Necrosis tubular aguda
- Afectación intersticial
- Afectación glomerular
- Vascular

POSTRENAL/OBSTRUCTIVO

INTRARRENAL:

- (intratubular) depósitos de cristales, depósitos de proteínas

EXTRARRENAL

- Uretero-pélvica (obstrucción intrínseca, obstrucción extrínseca)
- Vejiga (próstata, causa ginecológica)
- Uretral.

Unos riñones de características ecográficas normales indican que probablemente nos encontremos ante una patología de etiología prerrenal, parenquimatosa o vascular. La necrosis tubular aguda, por lo general, cuenta con una ecografía renal dentro de los límites de la normalidad. Sin embargo, aunque así es en la mayoría de los casos, suele observarse un incremento de la ecogenicidad parenquimatosa en la necrosis tubular aguda de origen nefrotóxico, mientras que en la de origen isquémico ésta suele estar normal o aumentada. Si nos encontramos con unos riñones de tamaño disminuido, que han perdido su arquitectura original con el parénquima adelgazado, nos hará pensar en una patología más crónica.¹

La ecografía es una prueba con una muy alta sensibilidad para el diagnóstico precoz de hidronefrosis (como es el caso que nos ocupa), lo que nos orientará hacia un fracaso renal de características obstructivas unilaterales o bilateral. Definiremos no solo el grado de obstrucción, sino que también podremos aproximarnos al tiempo que lleva el cuadro instaurado, ya que el adelgazamiento del

parénquima renal nos hará pensar en una obstrucción de cierto tiempo de evolución. Podremos determinar la causa de la obstrucción si vemos a través de la ecografía litiasis, globo vesical, patología ginecológica o prostática.¹ Ecográficamente veremos zonas anecogénicas en el seno, confluyentes hacia la pelvis mayor². Se ha propuesto una clasificación según su grado de obstrucción:

CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA:

Grado 0: Riñón normal sin hidronefrosis.

Grado 1: Pelvis renal ligeramente dilatada sin ectasia calicial.

Grado 2: Pelvis renal moderadamente dilatada con ectasia calicial leve.

Grado 3: Pelvis renal grande, cálices dilatados y parénquima normal.

Grado 4: Pelvis renal muy grande, cálices grandes y dilatados y adelgazamiento del parénquima renal.³

CONCLUSIONES

En el diagnóstico diferencial de insuficiencia renal aguda postrenal un método tan accesible e inocuo como es la ecografía nos proporciona una rápida identificación de un problema que de otra manera tendría un peor pronóstico.

La disponibilidad actual desde nuestras consultas de Atención Primaria a esta herramienta hace que, algo que inicialmente activa una alarma ante una patología con sospecha de malignidad, se convierta en un proceso banal con sencilla resolución.

Todo esto, junto con el grado de satisfacción alcanzado por el paciente ante la efectividad en la resolución del problema, convierte esta prueba diagnóstica en imprescindible en nuestras consultas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rivera M, Quereda C. La ecografía realizada el nefrólogo: nuestra experiencia. *Nefroplus 2009*; 2:9-16.
2. Segura A, Herzog R, Días N, Segura JM. Ecografía del aparato urinario. *Semergen 2016*; 42:388-94.
3. Resel LE. Clasificación y clínica de la hidronefrosis primaria. *Clínica Urológica de la Complutense 2002*; 9:55-66.