

Litiasis ureteral bilateral obstructiva. La importancia de la ecografía ambulatoria

Obstructive bilateral ureteral lithiasis.

The importance of the ambulatory ecography

López-Díaz José Ángel¹, Hinojosa-Fuentes Fernando¹, Luna-Pereira María¹, Ramírez-Sánchez David¹

UGC Molino de la Vega, Huelva

Resumen

En este trabajo se presenta el caso de un paciente con insuficiencia renal crónica, que refiere oligoanuria de 48 horas de evolución además de un cuadro gastrointestinal concomitante. La ecografía muestra una uropatía obstructiva bilateral, sin objetivarse la causa. Posteriormente, el TAC pone de manifiesto dos litiasis bilaterales causantes de la obstrucción, que precisa la colocación urgente de un catéter en doble J. La ecografía ambulatoria hubiese permitido ahorrar tiempo en el diagnóstico, evaluando la vía renal de forma rápida, beneficiándose el paciente de un tratamiento precoz.

Abstract

In this work we present the case of a patient with chronic renal failure, who presented oligoanuria of 48 hours of evolution in addition to a concomitant gastrointestinal symptoms. The ultrasound shows us a bilateral obstructive uropathy, without the cause being objectified. Subsequently, the CT shows two bilateral stones that cause the obstruction, which requires the urgent placement of a double-J catheter. The ambulatory ultrasound would have allowed us to save time in the diagnosis, evaluating the renal path quickly, benefiting the patient from an early treatment.

Palabras clave: litiasis, uréter, ecografía, atención primaria, uropatía obstructiva.

Keywords: lithiasis, ureter, ultrasonography, primary health care, obstructive uropathy.

INTRODUCCIÓN

La uropatía obstructiva es una afección en la cual el flujo urinario se bloquea. Esto provoca estasis y elevación de la presión en la vía urinaria, y, al no poder drenar, se acumula pudiendo provocar hidronefrosis. Puede causar insuficiencia renal aguda y crónica. Las causas más comunes son: cálculos vesicales o renales, hipertrofia benigna de próstata, distintos tipos de cáncer (vesical, ureteral, de colon, uterino...). La clínica está relacionada con el tiempo de evolución y puede evolucionar tórpidamente provocando shock séptico o fracaso irreversible de la función renal. El diagnóstico precoz es muy importante en esta patología y tiene un papel muy relevante el diagnóstico por imagen (1).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 93 años que acudió a Urgencias por oligoanuria de 2 días de evolución. El paciente era hipertenso y diabético en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina. Entre sus antecedentes destaca una enfermedad renal crónica en seguimiento por nefrología, síndrome prostático en

seguimiento por su médico de atención primaria (MAP) y en varias ocasiones retenciones agudas de orina (RAO). Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, presentaba las funciones superiores conservadas y vivía en una residencia.

El paciente acudió por oligoanuria de dos días de evolución. Durante este tiempo había presentado vómitos y diarrea. Acudió a su centro de salud el día anterior donde le pautaron suero oral para reposición hidroelectrolítica. Al día siguiente, dada la nula mejoría del cuadro, lo evaluó en su casa un equipo sanitario que le administró furosemida y realizó sondaje urinario sin objetivarse débito de orina, por lo que fue derivado a Urgencias (retirando sondaje).

A su llegada a urgencias presentaba dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha y sequedad de mucosas. Resto de la exploración normal.

Se solicitó analítica y se realizó sondaje sin observarse débito de orina. En la analítica destacaba una leucocitosis de 13240 (neutrófilos 73%), urea 120 y una creatinina de 6,8 (basal de 2 aproximadamente). Se prescribió infusión de suero fisiológico intravenoso (1500 ml), pero a pesar de ello, el paciente

continuaba en anuria por lo que se realizó ecografía abdominal no reglada donde se apreciaba un ligero aumento de tamaño de ambos riñones y vejiga vacía a pesar del líquido administrado. Dado el resultado, se pensó en una posible causa obstructiva en un tramo anatómico superior a la vejiga e inferior a los riñones, solicitando ecografía reglada que concordaba con los hallazgos descritos. Se le realizó TAC donde se objetivaron dos litiasis que obstruían completamente ambos uréteres, una en uréter derecho en la transición de superior a medial (figura 1), y otra en el uréter izquierdo en el tercio distal (figura 2). Además, presentaba quistes corticales renales bilaterales y una lesión focal de 2cms en la glándula suprarrenal derecha, en probable relación con adenoma.

Se contactó con Servicio de Urología que realizó intervención, colocando catéter doble J bilateral bajo control endoscópico. El paciente presentó una adecuada evolución clínica, aunque persistía la creatinina elevada, por lo que fue ingresado en Urología para tratamiento y control evolutivo, siendo dado de alta días después.



Figura 1. Imagen de TAC donde se muestra la litiasis en uréter derecho en la zona de transición de superior a medial

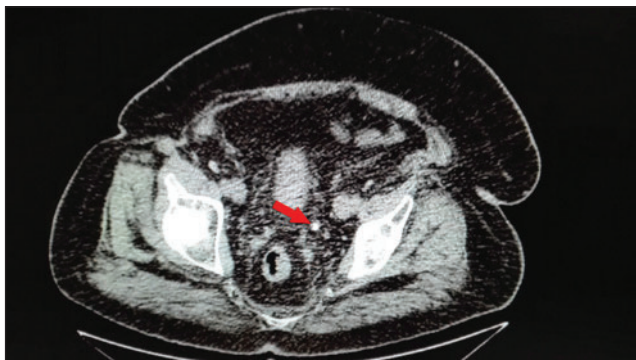


Figura 2. Imagen de TAC donde se muestra la litiasis en uréter izquierdo en el tercio distal

DISCUSIÓN

La litiasis renal se caracteriza por la aparición de cálculos en el aparato urinario. Tras las infecciones y la patología prostática, es la patología urológica más frecuente. La prevalencia en España es del 5,06% (en Europa es del 10% y en EEUU del 8,8%) (2). Es más prevalente en hombres que en mujeres (ratio 1,6/1), aunque el riesgo se está igualando.

La litiasis ureteral bilateral obstructiva es una entidad muy poco frecuente (3) y supone una urgencia médica.

En el caso descrito, debido a los antecedentes de RAO del paciente se decidió sonarlo sin observarse débito de orina. Se pensó como diagnóstico diferencial (figura 3) en IRA de causa pre-renal dado los vómitos que había presentado en días previos, por lo que se inició sueroterapia intensiva. Después de

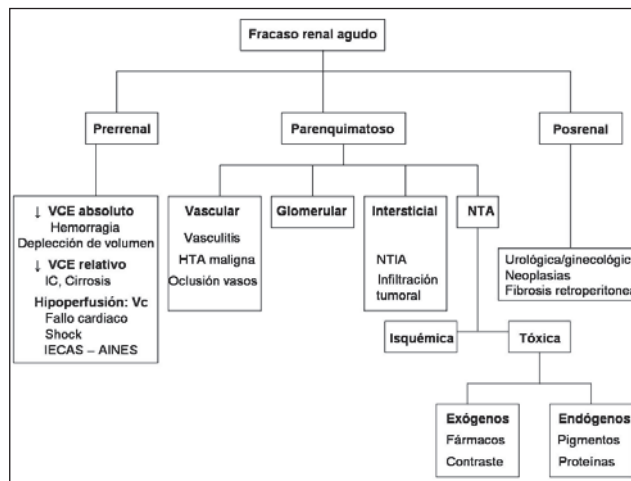


Figura 3. Diagnóstico diferencial de IRA

infundirle 1500 ml de suero y no observar débito de orina se decidió realizar ecografía, donde se atisbó la vejiga vacía, por lo que se pensó en alguna causa obstructiva por encima de ésta y por debajo de los riñones. Finalmente se solicitó TAC de riñones y vía urinaria.

Finalmente se contactó con el Servicio de Urología que colocó catéter doble J bilateral. En la práctica clínica (4) se indica la extracción activa de los cálculos cuando el diámetro del cálculo es igual o mayor a 7 mm, cuando no se logra aliviar suficientemente el dolor, si existe una obstrucción causada por la litiasis acompañada de infección, cuando existe riesgo de pionefrosis o sepsis urinaria, en riñones únicos con obstrucción y en la obstrucción bilateral.

La utilización de la ecografía clínica en Atención Primaria como herramienta diagnóstica, es una técnica rápida (tanto por la accesibilidad, como por la inmediatez de los resultados), fiable, precisa, y no invasiva que supone una "ventana" al interior del cuerpo, muy útil tanto para la detección y seguimiento de numerosas entidades, como para la toma de decisiones en determinados contextos patológicos.

Nos aporta mucha información en el diagnóstico de innumerables enfermedades, que, diagnosticadas en sus estadios primarios, evitarían secuelas importantes; en el caso que nos ocupa si hubiera estado implantado en las consultas, nos hubiera permitido ahorrar tiempo en el diagnóstico, evaluando la vía renal de forma rápida (5), beneficiándose el paciente de un tratamiento precoz. No obstante, la orientación del caso estaba bien ejecutada dado que el diagnóstico de presunción concordaba con la clínica y la anamnesis recogida en la historia clínica del paciente; pero de haber dispuesto de un ecógrafo se hubiera podido afinar aún más el problema, derivando al paciente directamente a urgencias hospitalarias para la colocación del catéter, previniendo un fallo renal total que pudiera haber ocasionado una pérdida irreparable de la función renal.

La importancia de la ecografía ambulatoria es cada vez mayor, y un buen conocimiento y manejo de ésta puede ayudarnos de forma significativa en nuestra práctica diaria (6).

El uso del ecógrafo no tendría como objetivo final hacer diagnósticos brillantes, sino diferenciar lo normal de lo patológico, y de adquirir paulatinamente una curva de experiencia ascendente (7), que permite al clínico ser más resolutivo en la actividad asistencial diaria.

Estamos en un momento crucial en el que la ecografía clínica debe incorporarse sin reticencias, a la formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y contemplarse como habilidad básica de los futuros médicos de familia.

Por todo ello, del mismo modo que hoy no podríamos concebir un Médico de Familia sin un fonendoscopio, en un tiempo no muy lejano no lo podremos entender sin el ecógrafo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Straub M, Strohmaier WL, Berg W, Beck B, Hoppe B, Laube N et al. Diagnosis and metaphylaxis of stone disease. Consensus concept of the National Working Committee on Stone Disease for the upcoming German Urolithiasis Guideline. *World J Urol.* 2005; 23: 309-23.
2. Thomas M, Caring for Australians with Renal Impairment (CARI). The CARI guidelines. Clinical diagnosis of kidney stones. *Nephrology (Carlton).* 2007; 12 Supl 1: 1-3.
3. Saljoghi R, Lipsker A, Caillet K, Malaterre J, Le Roux F, Pignot G et al. Encrusted Uretero-pyelitis: Case Report. *Urol Case Rep.* 2016; 7: 58-60.
4. Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, Zigeuner R, Sylvester RJ, Burger M et al. European Association of Urology Guidelines 2017. *Eur Urol.* 2018; 73: 111-22.
5. Ip IK, Silveira PC, Alper EC, Benson CB, Khorasani R. External validation of risk stratification strategy in the use of renal ultrasonography in the evaluation of acute kidney injury. *J Hosp Med.* 2016; 11: 763-7.
6. Sánchez IM, Tranche S. Razones para la pertinencia de la ecografía realizada por los médicos de familia. Editorial *semFYC. Aten Primaria.* 2015; 47: 261-3.
7. García L, Berjón A, Burón JL, Onrubia C, Núñez A. ¿Puede llegar a ser el ecógrafo una herramienta del médico de familia? Experiencia en un centro de salud rural. *Aten Primaria.* 2009; 41: 651-2.