

Ectopía Renal Cruzada

Dra. Paola Lee*Dr. Pablo Hernández**Dr. Roberto Zuchini***

* Medicina Interna, Hospital Centro Médico

** Radiología, Hospital Centro Médico

*** Medicina Interna, Gastroenterología y Hepatología, Hospital Centro Médicos

Paciente femenina de 36 años de edad, quien consulta por leve dolor en fosa iliaca derecha de 19 horas de evolución. Refería la paciente que la noche anterior se encontraba en una reunión de trabajo cuando al levantarse de una silla tuvo un dolor súbito en fosa iliaca derecha de leve intensidad, el cual no se alivió durante la noche a pesar de automedicarse con antiinflamatorios no esteroideos y antiespasmódicos. Por continuar el dolor con la misma intensidad al día siguiente, decide consultar. La paciente no presentaba fiebre, náusea, vómitos, diarrea, estreñimiento ni otra sintomatología.

No refería antecedentes médicos de importancia y su único antecedente quirúrgico era una cirugía de rodilla hacía 5 años.

Al examen físico, signos vitales normales, afebril, buenas condiciones generales, a la palpación abdominal presentaba leve dolor en fosa iliaca derecha con signo de rebote insinuado. Resto de signos clínicos de apendicitis negativos.

Se realiza hematología que evidencia 18,300 glóbulos blancos a expensas de segmentados en 89%, creatinina 0.7 mg/dl, BUN de 5 mg/dl y examen de orina normal. Debido a la sospecha de apendicitis aguda versus quiste ovárico roto y no tener una clara presentación clínica, se decide realizar una tomografía abdominal.

La tomografía abdominal confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda observándose sobre distensión del apéndice en 15 mm de diámetro con engrosamiento de paredes, marcada inflamación de la grasa periapendicular y escasa cantidad de líquido regional.

Como hallazgo incidental se encontró en la tomografía la presencia de ambos riñones en la fosa renal derecha (Figura 1), con fosa renal izquierda vacía, glándula suprarrenal presente y asas intestinales ocupando situación del riñón. Alteración de la morfología renal derecha con aspecto de doble riñón fusionado, notando aporte vascular hacia el riñón superior de arteria renal que emerge de un tronco común con la arteria mesentérica superior. Estos hallazgos son sugestivos de una presentación poco

común de ectopía renal izquierda con drenaje de ambos sistemas colectores a un uréter único (Figura 2).



Imagen 1. Corte tomográfico coronal en donde se observan los dos riñones en fosa iliaca derecha con doble sistema colector y excreción a un uréter único.

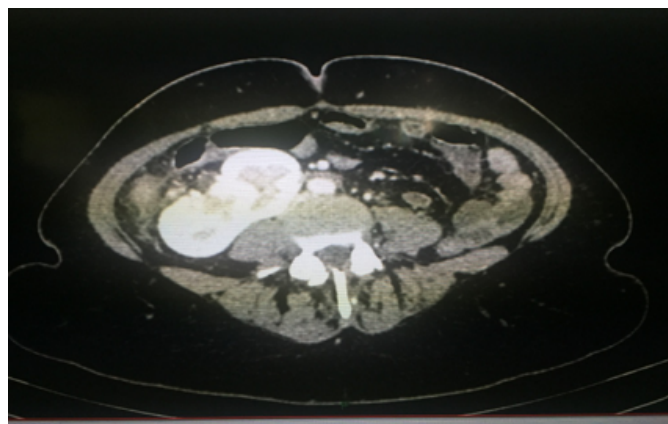


Imagen 2. Corte tomográfico axial que evidencia los dos riñones con medio de contraste en fosa renal derecha, sin estructuras renales en fosa izquierda.

A la paciente se le realizó apendicectomía por vía videolaparoscópica y fue dada de alta a las 24 horas sin complicaciones. El informe de patología reportó apendicitis aguda supurativa.

Algunos apuntes interesantes de Ectopía Renal Cruzada

Se define como el cruce a través de la línea media de uno de los riñones y su uréter hacia el lado opuesto del meato ureteral correspondiente.

Puede presentarse con o sin fusión al riñón contralateral. Se presenta por una disrupción en la migración embriológica de los riñones que le impide a uno o ambos riñones migrar hacia su respectiva fosa renal en el retroperitoneo.

La incidencia reportada ha sido de entre 1 en 2000 a 5000 nacidos vivos, más frecuente en hombres (2:1) y más frecuente la variedad fusionada (85-90%) en relación a la no fusionada (10-15%). Generalmente su diagnóstico es incidental al realizar estudios de imagen. La mayoría de pacientes no necesitan ningún tratamiento, excepto por complicaciones como litiasis renal, infecciones renales, compresiones externas por vasos aberrantes, etc.

La ectopía renal puede estar asociada con otras anomalías no renales y ser parte de síndromes como el síndrome de CHARGE (coloboma, enfermedad cardíaca, atresia de coanas, retardo del crecimiento, hipoplasia genital y anomalías de los oídos) y el síndrome de VACTERL (anormalidades vertebrales, anales, cardíacas, traqueales, esofágicas, renales y de extremidades). Cabe mencionar que la paciente presentada en éste caso no presentaba ninguna otra anomalía.

En el caso presentado, debido a que la paciente estaba asintomática del punto de vista urinario, presentaba creatinina normal y no tenía hidronefrosis, no estaba indicado realizarle más estudios por este hallazgo.