

## HIDRONEFROSIS GIGANTE A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON DISTINTAS ETIOLOGÍAS

\*Sergio Villegas \*Guillermo Llaque \*Adriana Rivas \*Marcial Daza

### RESUMEN

La hidronefrosis gigante se considera una entidad rara, caracterizada por la presencia de al menos 1 litro de líquido dentro del sistema pielocalicial, más frecuente en pacientes masculinos, generalmente asintomático. Se presenta el caso de una paciente femenina de 85 años de edad quien refiere desde hace 6 años dolor lumbar izquierdo y aumento de la circunferencia abdominal; en la TAC abdomino-pélvica contrastada se evidencia bolsa hidronefrótica izquierda gigante con corteza renal adelgazada que no concentra ni elimina el contraste. Se presenta el caso de paciente masculino de 85 años de edad quien refiere desde hace 5 años aumento de la circunferencia abdominal y la TAC abdomino-pélvica contrastada muestra importante dilatación del riñón y sistema colector derecho secundario a litiasis ureteral. A ambos pacientes se les practicó nefrectomía simple. Con respecto a la hidronefrosis gigante, la etiología más frecuente es la estenosis de la unión ureteropélvica seguido por la patología litiasica y tumoral; es importante considerar esta entidad como diagnóstico diferencial en caso de masas quísticas abdominales.

**Palabras clave:** hidronefrosis gigante, etiología, TAC, unión ureteropélvica, nefrectomía

## GIANT HYDRONEPHROSIS TWO CLINICAL CASES WITH DIFFERENT ETHIOLOGIES

### ABSTRACT

Giant hydronephrosis is considered a rare entity, characterized by the presence of at least 1 liter of fluid within the pielocalicial system; is more frequent in males and often asymptomatic. We present an 85-year-old female patient who has a 6-year complain of left lumbar pain associated with increase in abdominal circumference. On CT scan, a giant left hydronephrotic pouch is evidenced, with a thinned renal wall that does not concentrate or eliminate contrast. We present a 61 year-old male who refers a 5-year asymptomatic increase in abdominal circumference. The CT scan reveals significant dilatation of the kidney and right collecting system secondary to ureteral lithiasis. Both patients undergo simple nephrectomy. The most frequent etiology of giant hydronephrosis is ureteropelvic junction stenosis followed by lithiasic and tumor pathology. It is important to consider this entity as a differential diagnosis in the case of abdominal cystic masses.

**Keywords:** giant hydronephrosis, etiology, CT scan, ureteropelvic junction, nephrectomy

\*Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, Venezuela. correo electrónico: marcialdaza@hotmail.com.

Recibido: 01/06/2020  
Aceptado: 01/07/2020



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

## INTRODUCCIÓN

La hidronefrosis es definida como la dilatación del sistema pielo-calicial como consecuencia de una obstrucción y estasis del flujo de orina, mientras que la hidronefrosis gigante es definida por Stirling como la presencia de 1.000 ml en el sistema pielo-calicial o bien si este contenido representa el 1.6% de su peso corporal; otras definiciones incluyen que la dilatación comprenda el tamaño correspondiente a 5 vertebras. En la literatura actual se describen pocos casos de esta patología; en la mayoría de los casos se presenta en pacientes pediátricos mientras que en la población adulta su diagnóstico es poco frecuente<sup>(1)</sup>.

Comúnmente los pacientes que presentan esta condición refieren como síntoma cardinal dolor y como consecuencia del diagnóstico tardío puede causar a los pacientes afectados complicaciones que afectan en gran medida la calidad de vida, entre las cuales destaca las infecciones recurrentes, falla renal e hipertensión, sin embargo no existe un patrón claramente definido en la evolución natural de la enfermedad por lo cual generalmente el diagnóstico se retrasa<sup>(2)</sup>.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO No. 1

Se trata de paciente femenina de 85 años de edad, procedente de zona rural, con enfermedad actual de aproximadamente 6 años, caracterizada por dolor en región lumbar izquierda de moderada a fuerte intensidad tipo cólico, que atenúa con el uso de AINEs, los cuales son recurrentes; se asocia aumento de volumen abdominal desde hipocondrio izquierdo, que aumenta progresivamente hasta involucrar flanco, fosa iliaca izquierda y epigastrio, posteriormente se asocia trastornos del hábito evacuatorio, disnea, pérdida de peso, por lo cual la paciente acude al Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. La paciente niega antecedentes de importancia; al examen físico se evidencia masa abdominal que ocupa desde hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo, fosa iliaca izquierda y epigastrio, la cual no es dolorosa a la palpación ni adherida a planos profundos (figura 1).



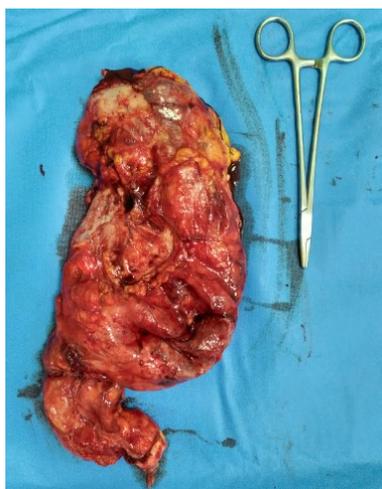
**Figura 1.** Masa abdominal que ocupa hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo, fosa iliaca izquierda y epigastrio.

Se realiza TAC abdomino-pélvica contrastada donde se evidencia dilatación masiva del sistema pielocalicial con riñón aumentado de tamaño, que ocupa el hemiabdomen izquierdo comprimiendo las vísceras abdominales hacia la derecha con adelgazamiento importante del parénquima; posterior a la administración de contraste el parénquima no capta contraste y no se elimina al sistema colector del riñón. (figuras 2 y 3).

Es llevada a mesa operatoria, donde se realiza incisión a través de abordaje lateral (12va costilla), evidenciándose riñón aumentado de tamaño con contenido de 3900 cc de piuria aproximadamente, parénquima adelgazado, importante dilatación del uréter, que ocupa el hemiabdomen izquierdo, desplazando las vísceras abdominales a la derecha. Se realiza nefrectomía izquierda simple sin complicaciones (figura 4). La paciente posterior al procedimiento quirúrgico evoluciona de manera satisfactoria siendo egresada en 48 horas. La biopsia reporta carcinoma urotelial de alto grado, siendo esta la causa de la hidronefrosis gigante.



**Figuras 2 y 3.** TAC abdomino-pélvica contrastada donde se evidencia dilatación masiva del sistema pielocalicial sin captación de contraste por el parénquima renal.



**Figura 4.** Pieza quirúrgica.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO No. 2

Se trata de paciente masculino de 61 años de edad con enfermedad actual de aproximadamente 5 años de evolución caracterizado por aumento de la circunferencia abdominal a predominio del lado derecho, posteriormente se asocia dolor lumbar derecho de moderada intensidad por lo cual acude a facultativo quien indica la realización de ecosonograma abdominal, donde se evidencia gran lesión que ocupa la fosa renal derecha sugestiva de hidronefrosis grado IV.

Se realiza TAC abdomino-pélvica contrastada donde se observa gran dilatación del sistema pielocalicial con adelgazamiento importante de la corteza renal, uréter dilatado de aspecto sigmoideo, con presencia de litiasis en uréter proximal de aproximadamente 10 mm de diámetros con 1300 UH, que condiciona dilatación proximal; se produce rechazo de las estructuras de la cavidad abdominal hacia el lado izquierdo. Posterior a la administración de contraste EV no se observa realce de contraste ni eliminación del mismo en el sistema excretor derecho (figuras 5 y 6).

El paciente es llevado a mesa operatoria donde se realiza lumbotomía derecha, observándose riñón con corteza adelgazada y dilatación del sistema pielocalicial importante, con aproximadamente 3000 cc de piuria. Se realiza nefrectomía simple derecha. El paciente deambula y tolera la vía oral y es egresado en buenas condiciones clínicas en 48 horas.

## DISCUSIÓN

La hidronefrosis gigante es una entidad poco frecuente, siendo reportado para el año 2015 y en los 15 años previos en la literatura aproximadamente 600 casos. Es más frecuente en pacientes masculinos y en especial del lado izquierdo, secundario a la mayoría de los casos a estenosis de la unión ureteropélvica congénita, seguido en frecuencia por la presencia de litiasis en el tracto de salida y por causas tumorales; además se describe como posibles causas doble sistema pielocalicial, ectopia renal, malformaciones renales, vasos polares y aberrantes<sup>(3,4)</sup>. En este caso tenemos

un paciente cuya etiología es tumoral mientras el siguiente caso es de etiología litiásica.



**Figuras 5 y 6.** TAC abdomino-pélvica contrastada.

Muchas veces se trata de una patología que no cursa con síntomas hasta estadios muy avanzados de la enfermedad o aparece con síntomas muy vagos como fatiga, dolor, náuseas, disuria o infecciones del tracto urinario recurrentes, en algunas ocasiones se puede encontrar hematuria en especial posterior a traumas; es importante establecer la sospecha diagnóstica y los diagnósticos diferenciales (ascitis, quistes de mesenterio, renal, retroperitoneal o de ovario) y establecer un plan de estudios adecuado que debe incluir ecosonograma y tomografía; una vez establecido adecuadamente el diagnóstico se debe iniciar el plan de trabajo; el tratamiento ideal es la nefrectomía simple, sin embargo en casos donde el paciente presenta

comorbilidades importantes, el drenaje percutáneo es una opción<sup>(5)</sup>.

En conclusión, en los pacientes con masas quísticas abdominales de gran tamaño se debe considerar esta patología debido a que generalmente dichas masas son asintomáticas, siendo necesario en la mayoría de los casos realizar una tomografía abdominal para establecer la etiología y lograr de esta forma establecer un plan terapéutico adecuado; siempre se debe considerar posibles causas neoplásicas como agente etiológico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hu G, Luo M, Xu Y. Giant hydronephrosis secondary to ureteropelvic junction obstruction in adults: report of a case and review of literatures. *Int J Clin Exp Med* 2015; 8(3):4715-4717
2. Molina R. Hidronefrosis terminal gigante. *Arch Esp Urol* 2010; 63 (10): 886
3. Guía R, Pacheco A, Uzcategui W, Muñio M, Araez M, Turiaf M. Hidronefrosis gigante a consecuencia de estenosis de la unión ureteropelvica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud* 2009; 13(2).
4. Kawaljit S. Giant hydronephrosis: still a reality! *Turk J Urol* 2017; 43(3): 337-44
5. Mediavilla E. About a case report of giant hydronephrosis. *Case Reports in Urology* 2013; 1(3).