

Hidronefrosis aguda e insuficiencia renal obstructiva en adolescente sano

Sr. editor:

Los adolescentes son un grupo de la población pediátrica en los que la patología funcional y psicósomática desempeña un papel importante, y en ocasiones es difícil distinguir si un síntoma tiene un origen orgánico o funcional^{1,2}. Un síntoma aparentemente banal puede ser la manifestación de una patología importante, por lo que el diagnóstico de funcionalidad no se debe realizar hasta haber descartado patología orgánica.

Presentamos el caso de un varón de 13 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por dolor lumbar de 20 días de evolución, sin otros síntomas asociados. No refería dolor abdominal, fiebre ni síntomas miccionales. Había sido tratado con cefixima 20 días antes por una cistitis, y el urocultivo practicado había sido negativo.

A la exploración su buen estado general y coloración de piel y mucosas eran buenos. Tenía sobrepeso, y el abdomen blando, depresible y sin masas palpables. Refería dolor a la palpación superficial en zona lumbar, con puñopercusión renal negativa. Se realizaron hemograma, bioquímica sanguínea con iones, urea y creatinina y sedimento de orina, que fueron normales. El urocultivo dio negativo. La radiografía de columna mostró un aumento de la cifosis dorsal, y la ecografía abdominal no mostró alteraciones. Se trató con ibuprofeno como un dolor de características musculares.

A los 5 días volvió a consultar por persistir las molestias lumbares. La exploración no difería de la inicial salvo por la palpación de globo vesical.

La analítica de orina seguía siendo normal, y en la sanguínea destacaban un aumento de urea (83 mg/dl), de creatinina (4,2 mg/dl) y anemia (Hb 11,9 mg/dl). La ecografía renal mostró una ureterohidronefrosis bilateral moderada-grave, con dilatación pielocalicial de 14 mm, y vejiga enormemente distendida.

Con el diagnóstico de insuficiencia renal obstructiva se intentó sondaje vesical descompresivo, sin éxito debido a estenosis impor-

tante del meato uretral, por lo que fue preciso realizar cistostomía de descarga urgente y circuncisión. El postoperatorio fue satisfactorio, con normalización progresiva de la función renal.

Tras varios días con sonda suprapúbica de descarga realizó diuresis a través de uretra peneana, lo que permitió la retirada de la sonda, sin incidencias. Se completó estudio con cistouretrografía miccional retrógrada y urografía, que fueron normales. No ha vuelto a presentar problemas miccionales ni dolor.

La uropatía obstructiva es una causa importante de fallo renal crónico, que comporta aproximadamente el 16,5% de los trasplantes renales pediátricos³, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz son imperativos.

Las causas de uropatía obstructiva en la infancia habitualmente son congénitas (estenosis pieloureteral, válvulas de uretra posterior, etc.). En la edad adulta las causas suelen deberse a litiasis ureteral o tumores^{4,6}. En la literatura médica hay muy pocos casos descritos de insuficiencia renal secundarios a fimosis⁷⁻⁹.

No se debe minimizar la importancia de las dorsolumbalgias en los niños, especialmente si son recidivantes, ya que, aunque suelen ser consecuencia de problemas musculares, pueden ser la primera manifestación de patologías graves por dolor irradiado (nefropatías, conectivopatías, tumoraciones)¹⁰.

Para concluir, una anamnesis detallada y una exhaustiva exploración física deben seguir siendo los pilares básicos del diagnóstico en pediatría^{1,2}.

L. Olivares Sánchez y J. Pareja Grande

Servicio de Pediatría. Hospital Santa Bárbara.
Puertollano. Ciudad Real. España.

Correspondencia: Dras. L. Olivares Sánchez y J. Pareja Grande.
Hospital Santa Bárbara. Servicio de Pediatría.
Malagón, s/n. Puertollano 13500. Ciudad Real. España.
Correo electrónico: leticiaolivares1@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Galdó G, Botet F. Principales problemas de pediatría social. En: Cruz M, editor. Tratado de Pediatría II. Madrid: Ergón; 2001. p. 1918.
2. Finney JW, Weist MD. Valoración de la conducta de niños y adolescentes. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. México: McGraw-Hill Interamericana, 1992;3:365-7.
3. Benganem Gharbi M, et al. Acute obstructive renal failure. Analysis of 28 cases. J Urol (Paris). 1996;102:220-4.
4. Pedrero Vera J. Diagnóstico por la imagen en nefrología pediátrica. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Tomo 3. Nefrología-Urología. p. 29-32.
5. Muley Alonso R. Fracaso renal agudo. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Tomo 3. Nefrología-Urología. p. 91-1028.
6. Roth KS, et al. Obstructive uropathy: An important cause of chronic renal failure in children. Clin Pediatr (Phila). 2002;41:309-14.
7. Vaughan ED Jr, et al. Obstructive uropathy secondary to phimosis and balanoposthitis. Am J Dis Child. 1970;120:72-3.
8. Rosenberg JW. Phimosis: A cause of renal failure. J Med Soc N J. 1983;80:845-6.
9. Tomita K, et al. A case of true phimosis with bilateral hydronephrosis and bilateral vesicoureteral reflux. Hinyokika Kyo. 1991;37:283-5.
10. Neinstein LS. Dolores de espalda. En: Salud del adolescente. Barcelona: Prous; 1991. p. 223-6.