



*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Súper nota caso clínico infección de vías urinarias vs cólico renoureteral.***

*Parcial: **2°***

*Nombre de la Materia: **Imagenología***

*Nombre del profeso: **Dr. Cristóbal Eduardo Porras Ramos***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **4°***

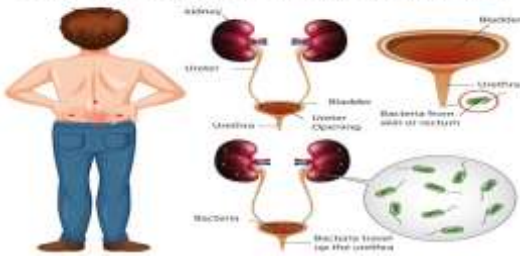
San Cristóbal de las Casas, Chis, 25 de Abril de 2023.

CASO CLÍNICO DEL TEMA: INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS VS CÓLICO RENOURETERAL.

Masculino de 57 años, el cual se descubrió de manera incidental la presencia de la anomalía anatómica. Se presenta en el servicio de urgencias con diagnóstico de infección de vías urinarias vs cólico renoureteral.

Antecedentes: Diabético de 19 años de evolución en tratamiento medio con glibenclamida/metformina 2-1-2, vidagliptina 50 mg 1 cada 12 horas. Toxicológicos positivo para tabaquismo desde los 17 años hasta la actualidad a razón de 15 cigarrillos día. Índice tabáquico de 30.

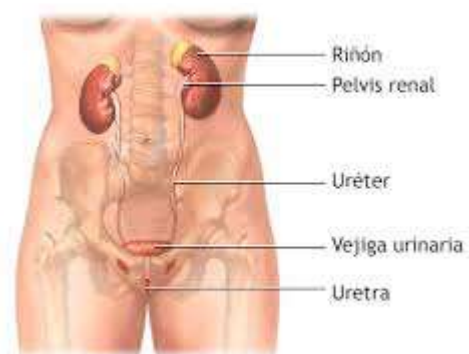
Urinary tract infections



Etilismo de inicio a los 17 años, suspendido a los 34 años de manera semanal hasta llegar a la embriaguez. Alergias a penicilina y sulfas.

Padecimiento actual por haber presentado dolor en flanco derecho intenso, con irradiación a ingle y muslo ipsilateral infecciones de vías urinarias de repetición, disuria, escalofríos, además de astenia, adinamia y ataque al estado general, curso a su ingreso con signos vitales TA 140/80, FC 145, FR 24, DxTx 471 cetonas capilares 0.5.

Consciente, cooperador, mucosas deshidratadas, a la auscultación únicamente taquicárdico, abdominalmente presencia de dolor a la palpación profunda en flanco derecho, puntos ureterales bilaterales positivos, Giordano derecho positivo, sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin alteraciones aparentes.



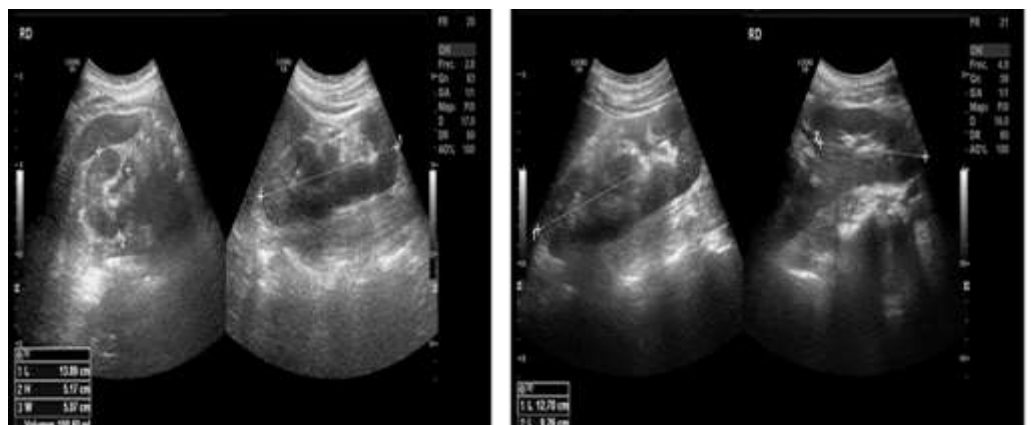
ADAM

Biometría hemática (Bh): leucocitos 31.6 k/ul, neutrófilos 94%, hemoglobina: 10.8 g/dl, hematocrito: 32.5%, plaquetas: 282 k/ul,

Química Sanguínea (Qs): glucosa: 76.5 mg/dl, balance ureico nitrogenado 59 mg/dL, urea: 126.26mg/dl, creatinina: 3.9mg/dl, sodio 133.3 mEq/L , potasio 3.89 mEq/L.

Pruebas de función hepática (Pfh): Bilirrubinas totales (Bt): 0.8mg/dl, bilirrubinas directas (Bd) 0.3mg/dl, bilirrubinas indirectas (Bi) 0.5mg/dl, transaminasa glutámico oxalacética (tgo) 27 mg/dl, alanina-aminotransferasa (tgp) 6mg/dl, gamma glutamil transpeptidasa (ggt) 223 mg/dl.

Recibiendo manejo médico con base en soluciones cristaloides, solución salina 0.9% con un total de ingresos de 3890cc presentando uresis de 950cc en 24 horas, manejo antibiótico con levofloxacino 750 mg, doble analgésico con paracetamol y ketorolaco. Se realizan los siguientes estudios de imagen.



Se realiza ultrasonido renal (Imágenes 1 y 2) donde se mostró riñón derecho en situación habitual, con alteración de su morfología, con dimensiones aproximadas de 219x51x50mm de bordes discretamente lobulados, pérdida de la relación corticomedular, parénquima heterogéneo a expensas de áreas de mayor y menor ecogenicidad, sin lesiones sólidas o quísticas, debido a los cambios de morfología renal, el sistema pielocalicial no es valorable, vascularidad discretamente disminuida a la aplicación de *Power Doppler*. No se observa la presencia de riñón izquierdo, en fosa correspondiente.

Se realizan estudios de control: Estudios de laboratorio de control. Leucocitos 24.6 k/ul, neutrófilos 87.8 %, hemoglobina 12.9 g/dl, plaquetas 60 k/ul TP 17.7 seg, TTP sin coagulación en 120 seg, INR 1.44, % protombina 74.9 %, glucosa 186 mg/dl , BUN 42.3 mg /dl , urea 90.5mg/dl, creatinina 2.7 mg /dl, Sodio 129 meq/l, Potasio 3.34 meq /l, Cloro 92.5 meq/l



En la tomografía abdominal (Imágenes 3 y 4) mostraba riñón derecho, en situación habitual, con pérdida de su morfología, con dimensiones aumentadas en relación con fusión de riñón izquierdo, parénquima homogéneo, con aparente presencia de múltiples sistemas colectores, con diámetros aproximados de 210x76x46mm, se observa aumento de la densidad de la grasa perirrenal.

Tomografía en corte coronal que muestra aparente fusión renal+ etopia renal cruzada con mal rotación

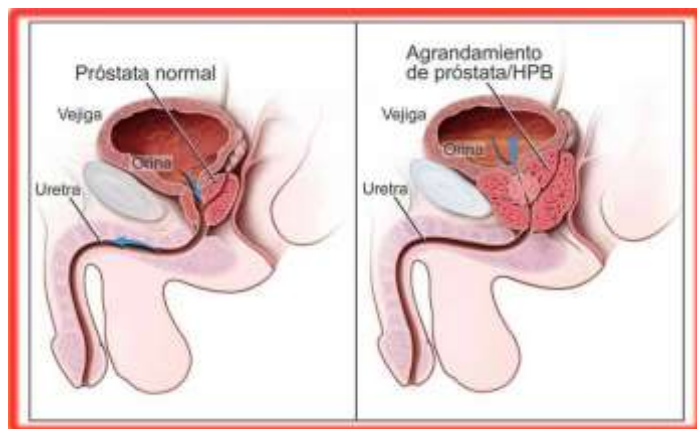
Fosa renal izquierda vacía, observándose en fosa renal derecha ectopia renal cruzada con mal rotación, observándose, fusión en L de riñón lateral, el riñón lateral esta malrotado con doble sistema colector, desembocando en uretero único y se fusiona con riñón medial también malrotado el cual se observa con doble sistema colector, terminando en uretero único.



Cada uno con uréter propio que se unen, continuándose como uréter único, adyacente hacia medial se observan tercer y cuarto riñón aparentemente sin fusión, cada uno con sistema colector propio, uniéndose en tercio proximal para desembocar en uretero único, ambos ureteres con calibre conservado, terminando su trayecto en unión uretero vesical de cada lado (derecho e izquierdo) (Imágenes 5 y 6). Resto de hallazgos ya descritos en tomografía previa, los cuales se observan sin cambios respecto a esta.

Reconstrucción tridimensional en la que se muestra ectopia renal cruzada fusionada, con presencia de múltiples sistemas colectores, con cambios de tipo inflamatorio

Recibiendo manejo medico soluciones cristaloides, solución salina 0.9% con un total de ingresos de 3890 cc presentando uresis de 950 en 24 horas, manejo antibiótico con levofloxacino 750 mg, doble analgésico con paracetamol y ketorolaco, cursando con hospitalización durante 7 días, con estudios de laboratorio de control.



Bh: leucocitos 12.9 k/ul, neutrófilos 77%, hemoglobina: 9.3 g/dl, hematocrito: 28.4%, plaquetas: 435 k/ul.

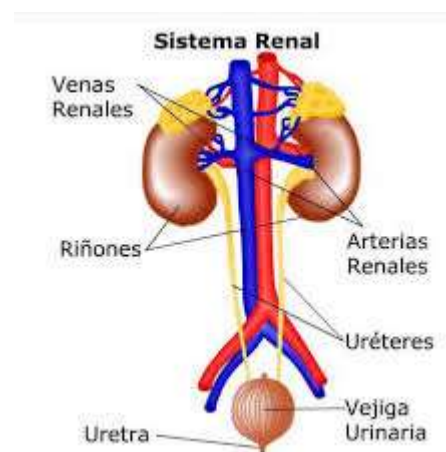
Qs: glucosa: 163.5 mg/dl, bun 19, urea: 40.66mg/dl, creatinina: 1.4mg/dl, Na 142.2 meq/l, k 4 meq/l.

Pfh: bt: 0.4 mg/dl, bd 0.1mg/dl, bi 0.3mg/dl, tgo 43mg/dl, tgp 10mg/dl, ggt 595 mg/dl.

Hemocultivo negativo, urocultivo negativo.

Presentando mejoría clínica se decide egreso del servicio con seguimiento en la consulta del servicio de urología.

Siendo una malformación anatómica con incidencia menor al 0.2%, en esta presentación de caso siendo incidental, en un paciente estudiado y valorado al ser ingresado por patología de sepsis urinaria, encontrándose por medio de estudios de imagen ectopia renal cruzada en hemiabdomen derecho, ambos riñones funcionales cada uno con uretero propio que se unen, continuándose como uretero único, fosa renal izquierda vacía.



BIBLIOGRAFÍA:

1 Mancilla-Mazariegos S, González-Vergara C, Mancilla-Mazariegos S, González-Vergara C. Ectopia renal cruzada y fusionada. Acta médica Grupo Ángeles. 2016 Sep;14(3):162-4.

2 Ratola A, Almiro MM, Lacerda Vidal R, Neves N, Bicho A, Figueiredo S. Crossed Renal Ectopia without Fusion: An Uncommon Cause of Abdominal Mass. Case Reports in Nephrology. 2015 Jul 28;2015:e679342. doi: <https://doi.org/10.1155/2015/679342>