



HALLAZGOS TOMOGRAFICOS EN UROPATIA OBSTRUCTIVA: LO QUE EL RESIDENTE DEBE SABER.

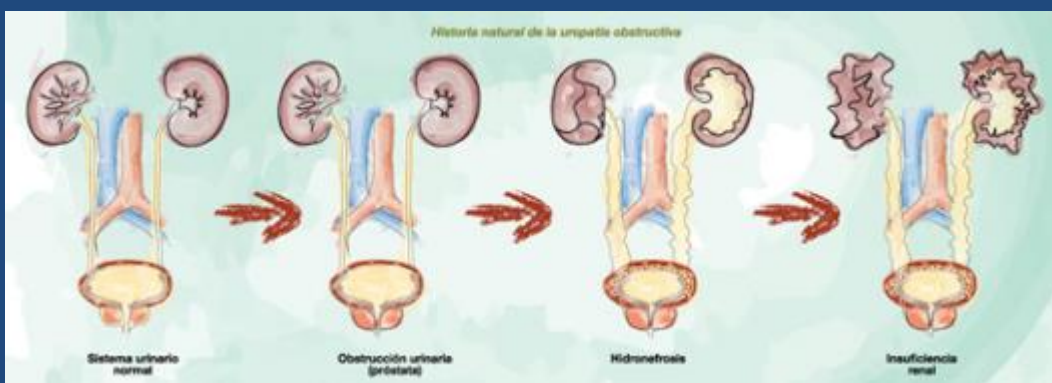


Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Malvinas Argentinas.

Autores: Ramírez R.; Narváez Y.; Crosta J.; Borrino L.

OBJETIVOS:

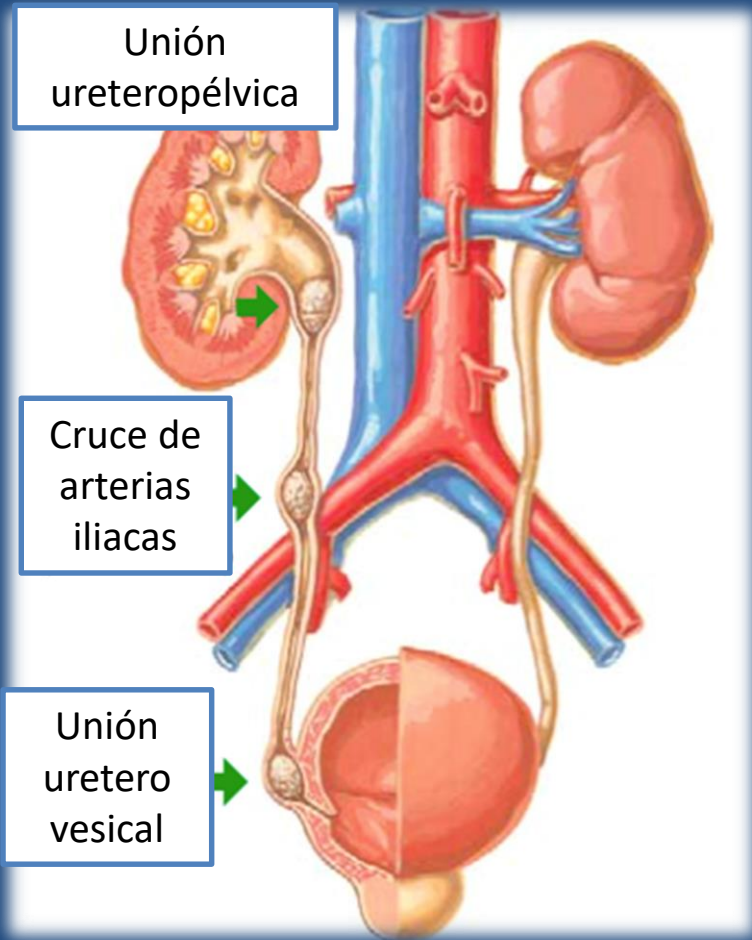
- ✓ Revisar las distintas patologías que causan obstrucción de la vía urinaria y sus hallazgos en TC.
- ✓ Exponer la epidemiología, etiología y manifestaciones clínicas de la uropatía obstructiva.
- ✓ Puntualizar y ejemplificar los hallazgos más representativos de dicha patología.



EPIDEMIOLOGÍA:

La obstrucción es mucho más frecuente en los varones (en general, debido a HPB), pero las estenosis de la uretra congénitas o adquiridas y la estenosis del meato aparecen tanto en varones como en mujeres. En éstas, la obstrucción de la uretra puede ser secundaria a un tumor primario o metastásico, o el resultado de la formación de una constricción después de una radioterapia, cirugía o instrumentación quirúrgica.

ETIOLOGÍA



La obstrucción puede producirse a cualquier nivel, desde los túbulos renales (cilindros, cristales) hasta el meato urinario externo. Cerca de la obstrucción, los efectos pueden ser el aumento de la presión intraluminal, la estasis urinaria, las infecciones o la formación de litos.

ETIOPATOGENESIS

Las causas más comunes difieren con la edad del paciente.

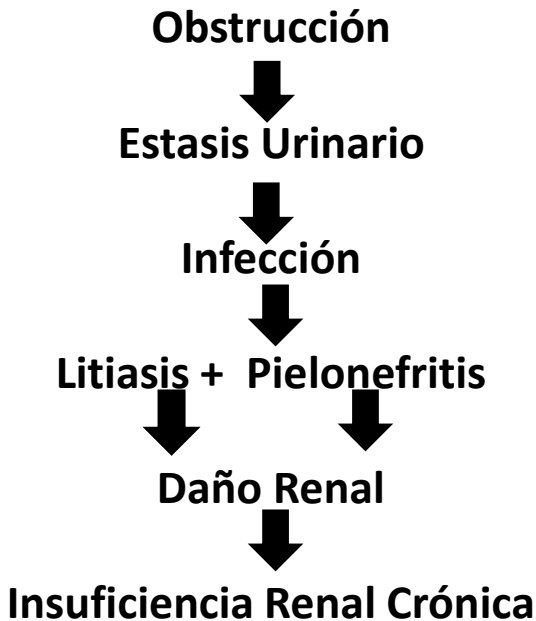
Niños:
Anomalías
anatómicas
(válvulas
uretrales
posteriores o
estenosis de la
unión
ureterovesical
o
pieloureteral).

Adultos
jóvenes: Litos.

Adultos mayores:
HPB o cáncer de
próstata, tumores
retroperitoneales
o pélvicos, y litos.

ETIOPATOGENÉISIS

- Los hallazgos patológicos son la dilatación de los conductos colectores y los túbulos distales y la atrofia tubular crónica con poco daño glomerular.
- La dilatación tarda en aparecer unos 3 días desde que se establece la uropatía obstructiva; antes de ese momento, el sistema de recolección es relativamente poco distensible y es poco probable que se dilate.
- Puede producirse también una uropatía obstructiva sin dilatación cuando una fibrosis o un tumor retroperitoneal rodean y comprimen los sistemas colectores.



MANIFESTACIONES CLINICAS

- Disminución del calibre y la fuerza del chorro.
- Micción con esfuerzo.
- Micción retardada.
- Goteo terminal.
- Interrupción brusca del chorro.
- Ardor miccional.
- Tenesmo vesical.
- Pujos.
- Polaquiuria.
- Nocturia.
- Incontinencia por rebosamiento (paradójica).
- Dolor o malestar hipogástrico.



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

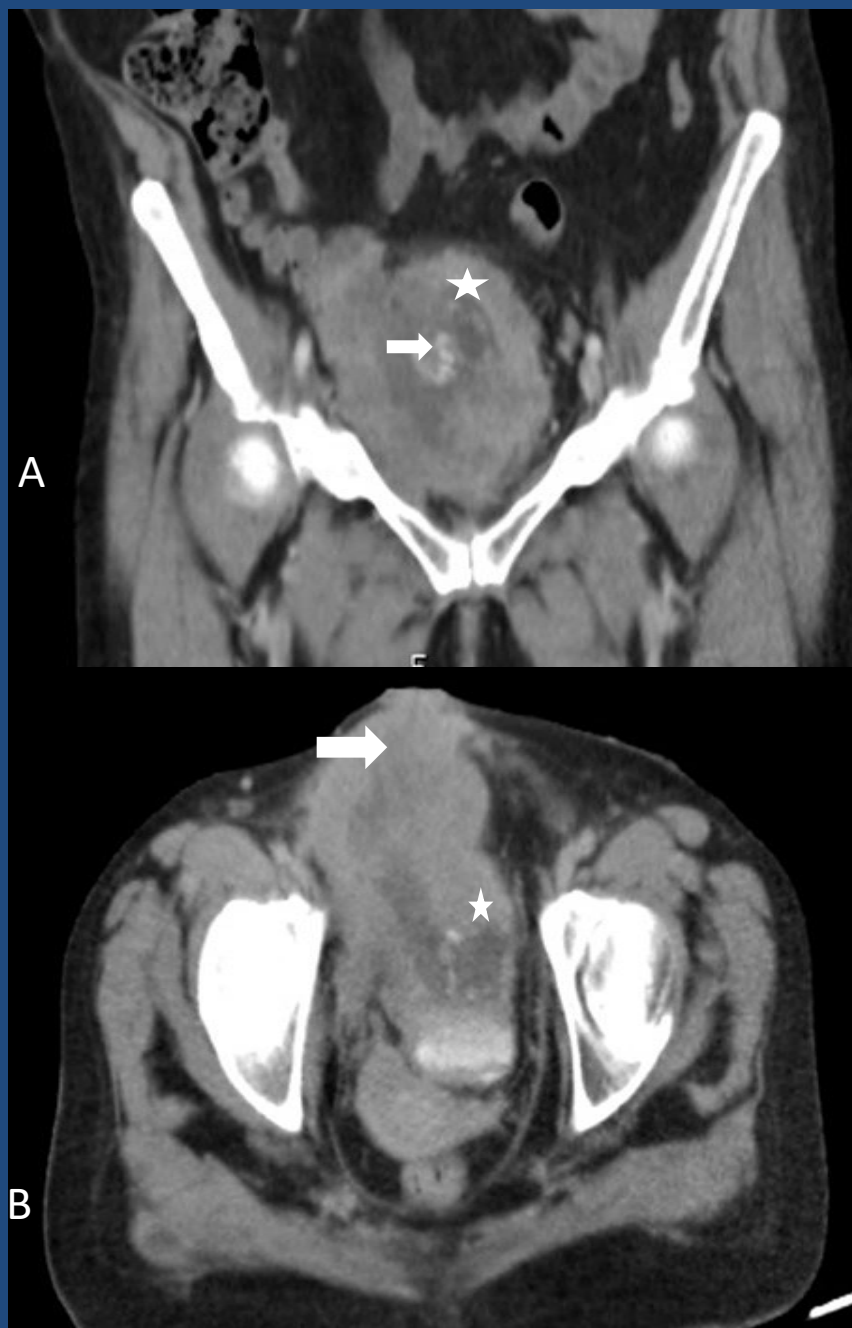


Fig. 1 (A) TC coronal de abdomen y pelvis con contraste EV, se observa engrosamiento parietal significativo irregular, heterogéneo (estrella), de apariencia infiltrativa que causa marcada reducción de la luz (flecha). (B) TC axial de pelvis, se evidencia disminución de la luz vesical (estrella) e infiltración de la pared anterior (flecha).

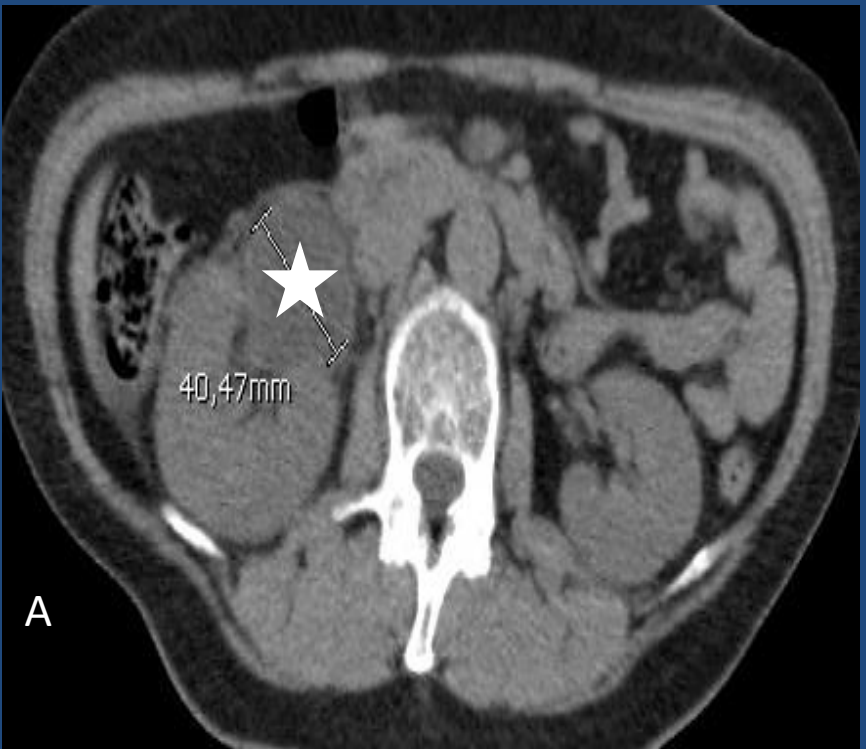


Fig. 2 (A) TC axial de abdomen sin contraste EV, en el riñón derecho se observa dilatación piélica (40 mm)(estrella). (B) TC coronal de abdomen y pelvis con contraste EV, se evidencia engrosamiento urotelial a nivel de la pelvis renal derecha (flecha).



Fig. 3 (A) TC axial de abdomen en fase excretora. En el riñón derecho se observa dilatación piélica (23 mm)(estrella). (B) TC coronal de abdomen y pelvis sin contraste EV, se observa dilatación uréteral derecha de 11 mm (estrella), la cual se extiende hacia proximal, observándose en la luz de la misma, lito de 6 mm (flecha).



Fig. 4 (A) En la TC axial de pelvis se observa a nivel parauterino derecho, una imagen voluminosa de aspecto quístico, (estrella). (B) TC axial de abdomen, se evidencia un efecto de masa, el cual desplaza la silueta uterina hacia la izquierda y genera dilatación retrógrada de ambos uréteres y la pelvis renal (estrellas), con mayor compromiso del lado derecho (48 mm).

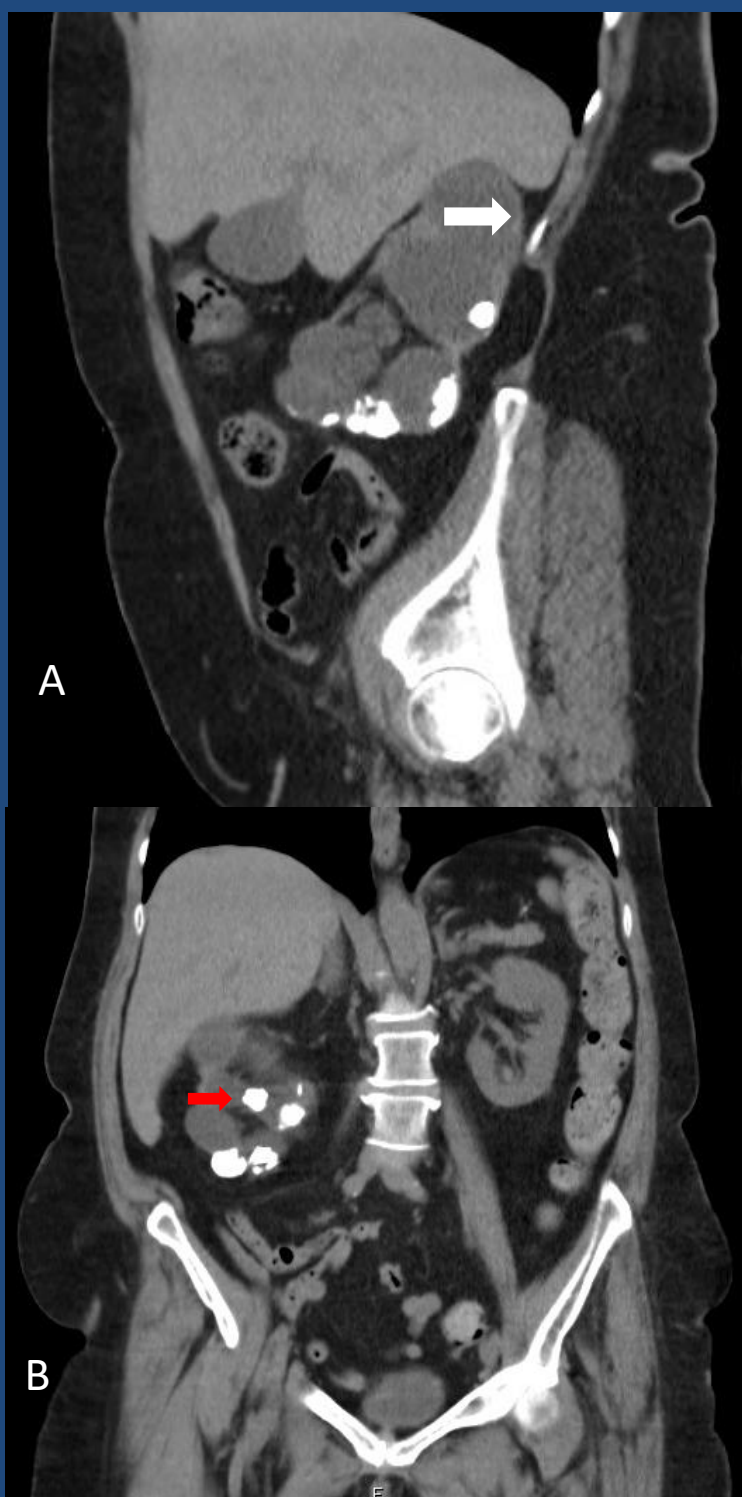


Fig. 5 TC de abdomen y pelvis, corte sagital y coronal, se evidencia pérdida de la conformación anatómica habitual del riñón derecho, observándose bolsa uronefrótica con escasa corteza renal (flecha blanca), asociado a múltiples imágenes de densidad calcica en los grupos cáliciales , compatible con litiasis renal (flecha roja) .

CONCLUSIÓN

La uropatía obstructiva es un mecanismo de insuficiencia renal, que dada su relativa simplicidad para ser resuelto, amerita ser tenido siempre en cuenta entre los diagnósticos diferenciales del fracaso renal.