

El caso radiológico**Carlos Chamorro-Mera, M.D.*****HAGA SU DIAGNÓSTICO**

Hombre de 57 años de edad que consulta para una revisión médica y examen de próstata. El médico lo remite a estudio ecográfico de la pelvis por masa en la fosa ilíaca derecha. Los exámenes de orina, cuadro hemático y leucograma son normales. El antígeno prostático de 1.4 ng/ml es normal.

POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

1. Masa dependiente del sigmoide
2. Masa sólida prostática
3. Riñón ectópico

DESCRIPCIÓN DE LAS IMÁGENES

La ecografía de la pelvis practicada con la vejiga llena y por vía transabdominal, muestra una imagen ovalada de 8.9 cm en el eje mayor y 4.2 cm en el diámetro transversal, con centro hiperecoico (blanco) y la parte periférica hipoeicoica (negra). Se sitúa por detrás de la vejiga, siendo ésta de paredes normales y distiende en forma satisfactoria. No se observan otras anormalidades; por esta vía la próstata no se visualizó aumentada de tamaño.

DISCUSIÓN

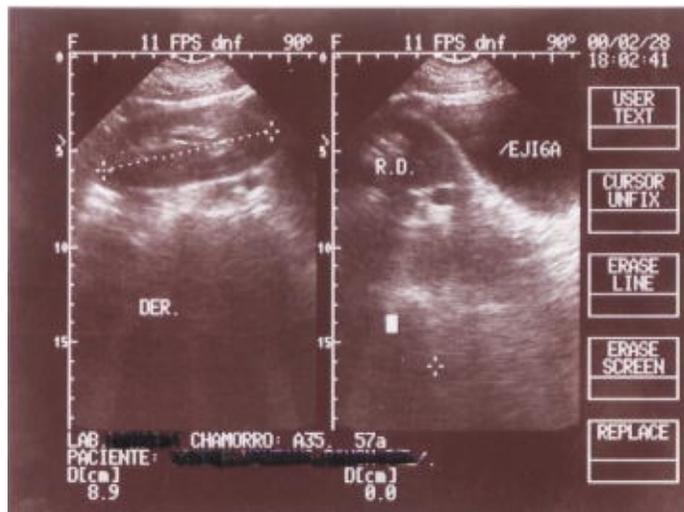
1. Las masas dependientes del sigmoides son en su mayoría de tipo cáncer y sus síntomas se relacionan con cambios en el hábito intestinal, sobre todo estreñimiento que puede, de acuerdo con el grado de estenosis del sigmoides, llegar a la obstrucción total del

colon sigmoide. Las deposiciones pueden ser acintadas, con moco y sangre, por esto muchos de estos casos se tratan como si fueran parásitos, sobre todo amibiasis. El médico siempre debe tener en mente la posibilidad de una neoplasia del colon en presencia de un cuadro clínico como el descrito antes. Como se puede deducir el paciente no tiene ninguno de estos síntomas. Cuando el cáncer del sigmoide ocupa un gran volumen puede ser palpable por vía abdominal. El diagnóstico se hace con el colon por enema o mediante la colonoscopia, examen que tiene la ventaja de tomar biopsia durante la exploración y hacer estudio patológico de la neoplasia. Para valorar el estadio de la lesión se recurre a la tomografía para buscar metástasis hepáticas o extensión a los ganglios vecinos.

2. Las masas derivadas de la próstata rara vez ocupan la fosa ilíaca derecha, por lo general se localizan en la parte inferior de la vejiga y causan

compresión del piso de la vejiga y si son muy grandes pueden simular que su origen es vesical; crecen hacia la luz de la vejiga, causan compresión de la uretra y pueden llegar a la obstrucción de la misma con retención de la orina y es necesario practicar sondeo de la vejiga o una talla vesical cuando el sondeo es imposible de realizarse. El cuadro clínico del prostatismo se caracteriza por urgencia en orinar, disminución en la fuerza del chorro, el paciente se moja los zapatos y los pantalones, nocturia, infección urinaria concomitante y obstrucción de la uretra. El prostatismo obedece a la denominada hipertrofia prostática benigna y en segundo término al cáncer de la próstata; en este último caso el antígeno prostático se eleva por encima de 20 ng/ml. El diagnóstico se complementa mediante la ecografía de la próstata por vía endorrectal y si es del caso biopsia por la misma vía con el estudio patológico de la muestra obtenida.

3. Durante la vida embrionaria, en la quinta semana de gestación aparece el

**Foto 1**

* Profesor Titular (r), Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali.

metanefros o riñón definitivo que se relaciona inicialmente con las arterias ilíacas comunes, los riñones ascienden hacia la región lumbar, también a esto contribuye el crecimiento caudal del embrión. El riñón ectópico se conoce también como síndrome de Fraley; su fisiopatología se debe a que en algunas ocasiones el riñón no se mueve y se queda en la pelvis ósea y muy relacionado con la arteria ilíaca común, de la cual nace la o las arterias renales. Existió el caso en una mujer con riñón pélvico único palpable que presentaba además malformaciones en la vagina. En estos casos y antes de extirpar la «masa» se deben hacer exámenes con ecografía, urografía excretora o si es del caso una tomografía abdominopélvica y angiografía, con el fin de excluir la posibilidad de un riñón pélvico ectópico pues se puede cometer el error de extirpar un riñón pélvico con consecuencias muy desagradables para el médico y el paciente¹.

El riñón en donde quiera que se sitúe tiene las características de lo observado en la ecografía (Foto 1), ovalado, con centro hiperecoico correspondiente al seno renal (pelvis, cálices, grasa peripélvica). La parte periférica corresponde a la cortical. Los riñones ectópicos como parte de su morfología pueden mostrar dilatación pelvicalicial sin infección. Los riñones ectópicos son susceptibles de sufrir infección, formación de cálculos y estenosis produciendo obstrucción, reflujo vesicoureteral o renal^{2,3}.

El ecografista debe sospechar la presencia de un riñón ectópico cuando este órgano no se encuentra en la fosa renal, en este caso se busca en la pelvis. Se han descrito también casos de ectopia renal intratorácica⁴. En casos de ectopia renal cruzada, el riñón ectópico cruza la línea media y puede acomodarse debajo del riñón situado normalmente. Si la ectopia es izquierda este riñón se sitúa debajo del riñón derecho el cual

ocupa una posición normal y no están fusionados, como se observa en los riñones en herradura, aunque hay exclusiones a este regla⁵.

DIAGNÓSTICO FINAL

Riñón ectópico.

REFERENCIAS

1. Barbari C ZL. *Radiología del aparato genitourinario*. 2ª ed. Madrid: Editorial Marban; 1995. p. 75-79.
2. Nakajima N, Kunimatsu S, Kashtwagi T, Asakawa M. A rare case of the lumbar ectopic kidney in Japanese adult. *J Nippon Med Sch* 2002; 69: 557-582.
3. Cuekin DS, Wheeler JJr, Karasis M, et al. Treatment of renal calculus in inferior crossed renal ectopia. *Urology* 1988; 32: 424-426.
4. Angulo JC, López JI, Vilanova JR, Flóres N. Intra thoracic kidney and vertebral fusion a model of combine development. *J Urol* 1992; 147: 1351-1353.
5. Goodman JD, Norton KL, Carr L, et al. Crossed grossed fused renal ectopia: Sonographic diagnosis. *Urol Radiol* 1986; 8: 13-16.