

Dolor abdominal recurrente de causa orgánica

A. Rodríguez Do Forno^a, M. Vázquez Rodríguez^b, G. Novoa Gómez^a y E. Pais Piñeiro^c

^aDepartamento de Pediatría. Unidad de Nefrología Pediátrica. ^bServicio de Radiología Pediátrica. Hospital Cristal-Piñor. Ourense. ^cServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña. España.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 3 años que, desde hacía aproximadamente 1 año, presentaba crisis de dolor abdominal y vómitos con afectación del estado general. El cuadro se inició bruscamente sin relación con otros procesos, ejercicio o ingesta. El dolor era de tipo cólico e intenso y obligaba al niño a adoptar una posición antiálgica. Los vómitos eran incoercibles, e impedían cualquier tipo de aporte oral. La duración de las crisis se limitaba a 6-12 h, tras las cuales el paciente se encontraba bien. No existía fiebre ni síntomas urinarios, con deposiciones normales. Antecedentes familiares sin interés relacionado.

El niño fue diagnosticado de dolor abdominal recurrente. Las crisis, que al inicio del cuadro eran mensuales, últimamente habían pasado a producirse con una frecuencia casi semanal. Fue enviado para estudio a la unidad de gastroenterología, tras descartar enfermedad digestiva y ante la evidencia de hidronefrosis izquierda fue remitido a nuestro servicio.

Exploraciones complementarias. Hemograma, VSG, frotis periférico y bioquímica general, normales. Cloro en sudor normal. Elemental y sedimento de orina normales con relación calcio/creatinina, 0,1. Urocultivo negativo. En la radiografía simple de abdomen no se observaron alteraciones.

Ecografía abdominal. Riñones de tamaño y ecoestructura normal. Pelvis izquierda de 29 mm de diámetro anteroposterior. No existe dilatación calicial.

Urografía intravenosa. Ligeramente retraso en la eliminación del contraste a través del sistema excretor del riñón izquierdo. Dilatación moderada de pelvis extrarrenal que al cambiar a decúbito prono muestra un vaciamiento normal (fig. 1).

Renograma MAG 3. Riñón derecho, sin alteraciones. Riñón izquierdo, retención en pelvis renal izquierda que respondía de forma adecuada a la administración de fu-

rosemida. Función diferencial 50% para cada riñón. T1/2 tras furosemida izquierdo: 30 min.

Ante la indefinición de las exploraciones de imagen se decidió volver a practicarlas durante la crisis que se produjo 3 días después de la ecografía renal.

Ecografía renal. Hidronefrosis izquierda con dilatación pielocalicial y diámetro anteroposterior de pelvis de 44 mm.

Urografía intravenosa. Retraso en la eliminación y concentración a través del riñón izquierdo con importante hidronefrosis. No se evidencia contraste en el uréter izquierdo a los 90 min (fig. 2).

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Urografía intravenosa que muestra un drenaje normal de ambos riñones, aunque el izquierdo presenta un ligero retraso en la eliminación, y dilatación de una pelvis extrarrenal.



Figura 2. Urografía intravenosa durante la crisis de dolor abdominal donde se evidencia una importante hidronefrosis.

Correspondencia: Dr. A. Rodríguez Do Forno.
Departamento de Pediatría. Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Cristal-Piñor.
Ramón Puga, 54. 32005 Ourense. España.
Correo electrónico: ardoforno@airtel.net

Recibido en diciembre de 2001.
Aceptado para su publicación en marzo de 2002.

SÍNDROME DE DIETL (OBSTRUCCIÓN INTERMITENTE DE LA UNIÓN PIELOURETERAL)

Se conoce como crisis o síndrome de Dietl al ataque súbito de nefralgia o dolor abdominal intenso, escalofríos, fiebre, náuseas y vómitos, con colapso general; se atribuye a una torsión parcial del pedículo renal¹.

Este síndrome se ha incluido siempre en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente. Por su relativa rareza es frecuente que durante un período más prolongado del conveniente, no se apliquen las exploraciones complementarias disponibles. La probabilidad de demora es mayor al tratarse de un cuadro a veces limitado a unas pocas horas. En una revisión de 9 series con un total de 1.464 pacientes con dolor abdominal recurrente se demostró causa orgánica en el 7,5% y sólo en 4 casos (0,27%) el dolor era secundario a la hidronefrosis producida por la obstrucción de la unión ureteropélvica².

La obstrucción aguda de la unión pieloureteral produce una dilatación brusca del sistema colector y dolor como consecuencia de la dilatación de la cápsula renal¹. Suele afectar a un solo lado, por lo general el izquierdo. El dolor y los vómitos constituyen el cuadro característico, aunque ocasionalmente hay fiebre, hematuria y raramente hipertensión. Con frecuencia la obstrucción está producida por una vascularización anómala. En nuestro caso se trataba de un importante vaso renal polar inferior que ocasionaba un estrechamiento del uréter proximal. Otras causas pueden ser bandas fibrosas y torsiones³.

Se describe como probable causa desencadenante de la crisis el exceso de ingesta de líquidos, que aumentaría la producción de orina, sobrepasando la capacidad excretora del segmento estenosado. Los vómitos provocarían el efecto contrario, a través de una relativa deshidratación que conllevaría a la desaparición de los síntomas.

Nuestro paciente no lo relacionaba con una mayor ingesta de líquidos.

El cuadro recurrente de dolor abdominal y vómitos con importante afectación del estado general, produce una gran incertidumbre familiar y con frecuencia numerosas visitas médicas. Se ha de valorar siempre la obstrucción intermitente de la unión pieloureteral. Una ecografía renal normal en el período intercrisis y, por lo tanto, con el paciente asintomático, no descarta el síndrome de Dietl⁴. Si persisten los síntomas es necesario realizar nuevas exploraciones de imagen en el momento de presentar la clínica, recordando que ésta suele estar limitada a unas pocas horas. Urografía o renograma isotópico según las posibilidades del centro, evidenciarán la obstrucción.

El tratamiento es quirúrgico. En este caso se realizó una pieloplastia según la técnica de Anderson-Hynes. El niño permanece asintomático 1 año después de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barry Belman A. Obstrucción de la unión ureteropélvica como causa de dolor abdominal intermitente en los niños. *Pediatrics* (ed. esp.) 1991;32:83-6.
2. Byrne WJ, Arnold WC, Stannard MW, Redman JF. Dolor abdominal recurrente como síntoma de presentación de la obstrucción de la unión ureteropélvica: diagnóstico ecográfico. *Pediatrics* (ed. esp.) 1985;20:44-7.
3. Andrés Martín A, López Barrio AM, Bellido Domínguez P, Ramos Palma ML, Martín Blázquez JL, Martínez Pérez A, et al. Estenosis Pieloureteral como causa de dolor abdominal. A propósito de cinco casos. *Rev Esp Pediatr* 1993;49,2:121-6.
4. Flotte TR. Síndrome de Dietl: Obstrucción intermitente de la unión ureteropélvica como causa de dolor abdominal episódico. *Pediatrics* (ed. esp.) 1988;26:70-2.