

AGENESIA RENAL BILATERAL CONGÉNITA

Mateos Laguna M., León Molina M., Gambacorti Passerini Z.M., Martí Edo M., Bayoumi Delis B.S., Calero Espino A., Anaya Baz M. A., Sánchez Hipólito L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción

La agenesia renal bilateral es una anomalía congénita mortal rara.

La incidencia varía entre 1:1000-4000 casos.

La causa embriológica del mismo es la ausencia del desarrollo renal o la regresión completa de un riñón displásico.

Clínicamente, desarrollan lo que se conoce como secuencia de Potter tipo clásica, que involucra anuria, oligoamnios e hipoplasia pulmonar secundaria

Material y métodos

Se presenta un caso clínico de una mujer de 32 años primigesta de 21+ 4 semanas de gestación.

Entre sus antecedentes personales, la paciente no presenta alergia a medicamentos, nunca ha sido intervenida y no presenta enfermedades de interés.

Como antecedentes ginecológicos refiere menstruaciones irregulares y síndrome de ovario poliquístico.

No presenta antecedentes familiares relevantes.

Refiere que la gestación actual no había sido planificada y ha sido controlada desde la semana 14 en consulta privada.

Acude a consulta de diagnóstico prenatal para realizar la ecografía morfológica.

En la exploración nos encontramos con feto con una discrepancia en el crecimiento de una semana menor que amenorrea, acorde a 20+ 4 semanas de gestación.

Presenta un oligoamnios severo con una columna máxima de líquido amniótico menor de 1 cm.

En la exploración del sistema nervioso central nos encontramos con una ventriculomegalia lateral derecha de 10,1 mm.

Al explorar ambas fosas renales no se observan riñones, solo una imagen anecoica simple en fosa renal izquierda de 14mm.

Presenta una arteria umbilical única derecha.

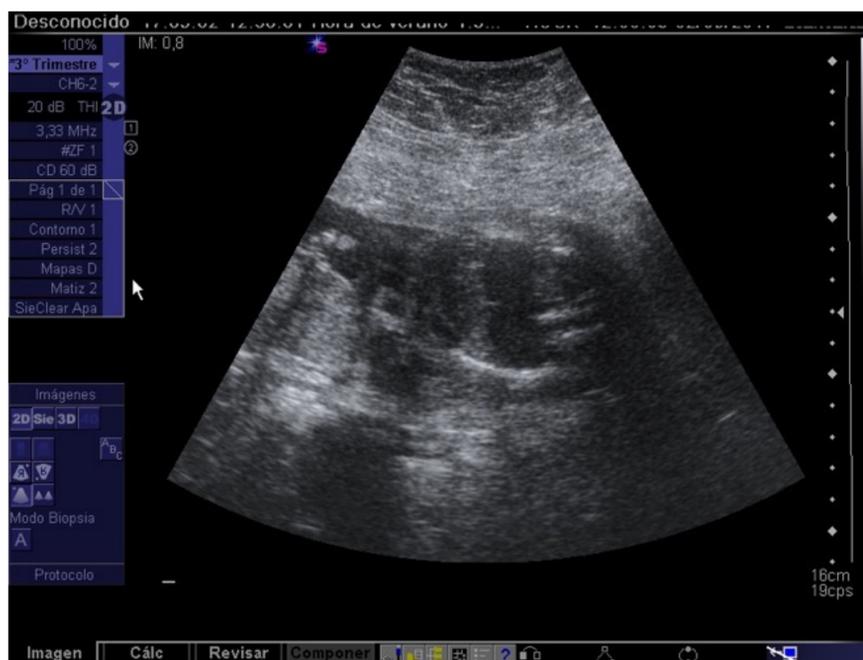
La paciente no refiere sensación de pérdida de líquido amniótico en ningún momento.

Se completa la exploración ecográfica mediante estudio transvaginal.

Se explican los hallazgos a la pareja y el pronóstico.

La escasa cantidad de líquido amniótico no permite realizar amniocentesis.

Se decide realizar una interrupción legal del embarazo dada la incompatibilidad con la vida extrauterina.



Los riñones fetales y las glándulas adrenales puede ser visualizadas por la ecografía transabdominal entre las 12-15 semanas de gestación. La médula y el cortex pueden diferenciarse bien desde las semanas 20-25 de gestación.

La identificación de los riñones fetales requiere criterios estrictos mas allá de la presencia de tejido o masa en el área de la fosa renal.

La presencia renal debe ser basada en la visualización de una masa reniforme que contiene unas pirámides medulares hipoecoicas con la apariencia de círculos concéntricos sonoluscentes bajo el tejido cortical renal.

La ausencia de líquido amniótico disminuye la habilidad del explorador para examinar la presencia renal en el feto a estudio.

Una estrategia sistemática en la evaluación del tracto genitourinario es de suma importancia para realizar el diagnóstico correcto.

Se debe de estudiar: el volumen de líquido amniótico, la vejiga fetal, los riñones fetales, las glándulas adrenales fetales, la vascularización renal y valorar la necesidad de una amniocentesis o realización de una resonancia magnética nuclear.

Conclusiones

El diagnóstico de agenesia renal bilateral basada en la no visualización de riñones, ureteres y vejiga fetal, acompañada de oligoamnios es frecuentemente diagnosticada después de las 16 semanas de gestación.

La agenesia renal se asocia con un incremento del riesgo de anomalías estructurales y cromosómicas.

Las parejas que optan por la interrupción del embarazo deben de ser alentadas a solicitar la autopsia fetal para el diagnóstico definitivo.

La mayoría de los casos de agenesia renal bilateral son esporádicos. El riesgo de recurrencia es del 3-6%.