

**INCIDENCIA:** 1.4% de los fetos, persistiendo postnatalmente en el 0,7%.

**DEFINICIÓN:** Dilatación de alguna porción del sistema colector renal, cálices y/o pelvis renal. También denominada ectasia renal o pielocaliectasia.

Hidronefrosis y obstrucción no son sinónimas, ya que un riñón dilatado puede no tener una obstrucción patológica.

**Obstrucción:** restricción al flujo de orina. Cuando es completa origina daño renal y si es incompleta puede ser fisiológica, que no afecta a la función renal o patológica que origina lesión renal.

**ETIOLOGÍA:** Dentro de las causas de obstrucción, la más frecuente es la "OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN URETEROPÉLVICA O ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL (EPU)", constituyendo el 67% del 0,7% de las hidronefrosis. La obstrucción se produce por una anomalía anatómica (que puede ser intrínseca a causa de un segmento estrecho con discontinuidad muscular o extrínseca por vasos polares, ensortijamiento de la unión, inserción alta del uréter, pólipos o más raramente válvulas mucosas) o por una alteración de la conducción de la peristalsis.

**CLÍNICA:** Actualmente la mayoría diagnóstico prenatal.

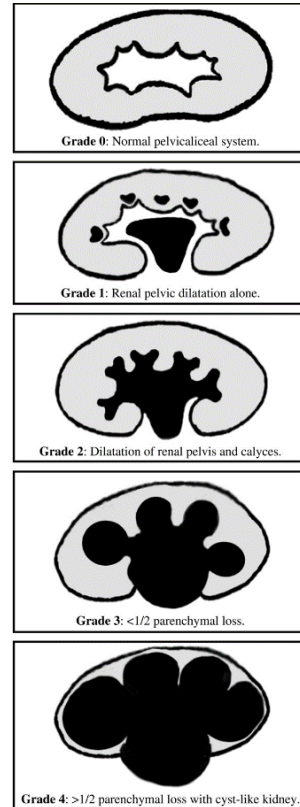
**NEONATOS:** masa abdominal, hematuria, infección del tracto urinario (ITU) o alteraciones gastrointestinales.

**NIÑOS:** ITU, dolor abdominal en flanco (crisis de Dietls), hematuria, náuseas crónicas... Algunas veces hallazgo casual al estudiar otras patologías como traumatismos, tumores, etc.

**ANOMALÍAS ASOCIADAS:** Malformación Ano-Rectal (MAR), riñón multiquistico contralateral, malf. cardiacas.

**DIAGNÓSTICO:**

- ECOGRAFÍA:** primera prueba para detección o confirmación. Clasifica la dilatación (Más utilizada la de la Sociedad de Urología Fetal) en IV grados (Foto).
- RENOGRAMA ISOTÓPICO DIURÉTICO (MAG-3 Tc 99m).** Analiza tres parámetros:
  - Curvas de eliminación (I- Normal, II -Obstruictiva, IIIa – Dilatación no obstructiva y IIIb dilatación con eliminación dudosa).
  - Tiempo medio de lavado (T1/2) – (< 10' no obstruido, 10-20' obstrucción dudosa, >20' - obstrucción)
  - Función renal diferencial (FR) – (>40% buena, 20 -40% regular y < 20% mala).
- CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA (CUMS):** Descarta reflujo vésico ureteral (RVU) que se asocia en <10%. Hay grupos que la realizan siempre y otros sólo en dilataciones bilaterales y cuando se visualiza uréter en la ECO. En dilataciones grado III y IV hay grupos que la efectúan.
- URO-RNM DIURÉTICO:** casos dudosos o de discordancia entre ECO y Renograma. Analiza la anatomía renal y la eliminación de contraste generando curvas de eliminación.



**EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO:**

- Dilataciones grado I - Control por pediatría y si clínica de ITU valorar de nuevo
  - Dilataciones grado II – Control con ECO a 3, 6 meses y 1 año. Si no hay aumento de dilatación y asintomático, control por su pediatra.
  - Dilataciones grados III y IV realizar MAG-3 diurético:
    1. Curva no obstructiva, seguimiento con ECO.
    2. Curva dudosa y FR buena, repetir renograma en 3 meses o realizar variante renográficas F-15
    3. Función renal alterada, aumento de dilatación en ECO o pérdida de FR > 10%: plantear cirugía.
    4. Curva obstructiva: cirugía.
    5. Si clínica de dolor cólico con dilatación III o IV: plantear cirugía independientemente de renograma.
- \*En las dilataciones I y II no necesaria profilaxis antibiótica. Controversia en III y IV.



**Pieloplastia desmembrada Anderson-Hynes**

**CIRUGÍA:** "GOLD ESTÁNDAR" PIELOPLASTIA TIPO ANDERSON-HYNES, vía abierta (lumbotomía posterior, postero-lateral o subcostal), laparoscopia o robótica. Éxito entre 90 – 96%. Complicación más importante es la reestenosis ( 4-6%)

