Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro

Cartas científico-clínicas

Hematuria como forma de presentación de un aneurisma intrarenal

Haematuria as a sign presentation of intrarenal aneurism

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente varón de 61 años de edad, que ingresó procedente del servicio de urgencias en junio del 2007 por hematuria macroscópica anemizante y dolor lumbar dcho tipo cólico de 48 h de evolución.

Como antecedentes personales destaca, casado, con 3 hijos y natural de Uruguay. Colectectomía laparoscópica hacía 7 años. Hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con alfa-bloqueantes. En una ecografía abdominal rutinaria hacía 15 años, se le diagnosticó de calcificación renal derecha, a la que no se le dio más importancia.

No antecedentes de hipertensión arterial ni de insuficiencia cardíaca congestiva.

La exploración física fue anodina.

Se realizó urografía intravenosa en la que destacaba en la radiografía simple de abdomen calcificación en tercio medio de riñón derecho y anulación funcional de dicho riñón.

Posteriormente se realizó tomografía axial computerizada en la que destacó una imagen anular adyacente al pielón inferior del riñón derecho, en fase arterial relleno de dicha cavidad con pared calcificada así como otra imagen diverticular adyacente a la misma, ureterohidronefrosis grado II-III con probable contenido hemorrágico en el interior del uréter (fig. 1). Resto normal. Posteriormente se realizó arteriografía renal observando la presencia de un vaso ectásico, dilatado y tortuoso, que se dirige al polo inferior del riñón derecho, con relleno retrasado de 3 cavidades aneurismáticas de 3 centímetros, aproximadamente. La cateterización selectiva de esta rama demostró que perfundía a la mayor parte del parénquima, con un marcado retraso en la eliminación a través de venas colaterales. En un segundo tiempo, se cateterizó la rama arterial renal superior comprobando que de dicha rama, se rellenan las cavidades aneurismáticas y el vaso aberrante ectásico, anteriormente mencionado (figs. 2 y 3).

Figura 1 – TAC con contraste: se objetiva la presencia de 2 lesiones saculares, dependientes de la arteria renal segmentaria superior.

Figura 2 – Arteriografía renal observando la presencia de un vaso ectásico, dilatado y tortuoso, que se dirige al polo inferior del riñón derecho.

Figura 3 – Arteriografía renal con cateterización selectiva de la rama arterial renal superior comprobando que de dicha rama, se rellenan las cavidades aneurismáticas y el vaso aberrante ectásico.

Se realizó nefrectomía radical abierta, por vía anterior. Cursando con un postoperatorio sin complicaciones y actualmente el paciente se encuentra asintomático y con una función renal, dentro de los límites de la normalidad.

La anatomía patológica final fue informada como dilatación aneurismática arterial en forma de 2 lesiones de contenido hemorrágico que miden 3 centímetros de dimensión mayor cada una de ellas y se hallan localizadas en la región renal medial y en el polo inferior derecho. La arteria renal presenta cambios ateroscleróticos y aunque se halla dilatada en la porción inferior de su trayecto intrarrenal no se identifica microscópicamente clara conexión con las dilataciones aneurismáticas ni con las estructuras venosas. El resto del parénquima renal presenta múltiples focos de hemorragia intratubular e intraparenquimatosa con signos de sangrado antiguo. Nefroangiosclerosis. Uréter y pelvis se hallan dilatados y ocupados por material hemático.

En el estudio habitual de masas renales calcificadas, no hallamos descritos los aneurismas intrarrenales. Hasta el momento, se han descrito pseudoaneurismas, microaneurismas,

fístulas arteriovenosas y aneurismas de las arterias renales y sus segmentarias. Hasta la actualidad, y bajo nuestro conocimiento, no hemos encontrado descritas los aneurismas de arterias distales. Generalmente, las alteraciones vasculares, están acompañadas de clínica de hipertensión arterial¹⁻⁴. En el caso que nos ocupa el único síntoma fue la hematuria macroscópica y el dolor lumbar de 48 h de evolución, probablemente la evolución fue mucho mayor, pues el paciente no relata que 15 años antes le diagnosticaron de calcificación renal derecha. Para un correcto abordaje de esta patología, es imprescindible una correcta valoración, y entre las pruebas que debemos incluir, la arteriografía renal, que será la prueba complementaria gold estándar. Respecto al abordaje quirúrgico, debemos tener un buen control de los grandes vasos y quizás la vía anterior sea una buena opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porcaro AB, Migliorini F, Pianon R, Antonioli SZ, Furlan F, De Biase V, et al. Intraparenchymal renal artery aneurysms. Case report with review and update of the literature. *Int Urol Nephrol.* 2004;36:409-16. Review.
2. Akpolat T, Akkoyunlu M, Akpolat I, Dilek M, Odabas AR, Ozen S. Renal Behcet's disease: a cumulative analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2002;31:317-37. Review.
3. Jennette JC, Falk RJ. The pathology of vasculitis involving the kidney. *Am J Kidney Dis.* 1994;24:130-41. Review.
4. Dillon MJ. Renovascular hypertension. *J Hum Hypertens.* 1994;8:367-9. Review.

P. Navarro Medina^{a,*}, J.L. Artilles Hernández^a, C. Camacho García^b, A. Blanco Díez^a, C. Jiménez García^a y N. Chesa Ponce^a

^aServicio de Urología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricionm@terra.es (P. Navarro Medina).

doi:10.1016/j.acuro.2010.03.041

Nevus azul prostático. Un diagnóstico histológico poco frecuente

Prostatic blue nevus. An infrequent histologic diagnosis

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente varón de 68 años, sin antecedentes de interés, con síndrome prostático de varios

años de evolución, portador de sonda urinaria desde hacía 3 meses por episodio de retención aguda de orina, con exploración física normal y con tacto rectal con próstata lisa, elástica y sin nódulos duros. La analítica resultó normal, con