

IRENE	Nombre:
MIGUELSANZ MARTINEZ	Apellido:
Gracia Sanchez MJ, Varo M ,Rodríguez Martín JI, Diez Tascón A, Martí de Gracia M	otros autores
iremima@gmail.com	E-mail:
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ	Hospital:
MADRID	Ciudad:
Colección perirrenal: ¿Qué puede esconder?	Título:
<p>Varón de 92 años con antecedentes de carcinoma de laringe y tabaquismo, en evaluación por Urología ante cuadro de orinas oscuras de dos meses de evolución. Se solicitó ecografía abdominal, apreciándose dilatación del sistema excretor izquierdo hasta uréter distal, hiperecogenicidad grasa y moderada cantidad de líquido perirrenal heterogéneo adyacente a polo inferior. A su vez se identificaba un engrosamiento irregular de pared vesical izquierda. Ante los hallazgos se deriva a Urgencias, donde se realiza analítica (leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes) y URO-TC (fase basal, nefrográfica y excretora). En la TC se observa trabeculación de la grasa perirrenal y lengüetas de líquido loculado con septos hipercaptantes. La vía excretora presenta realce urotelial y dilatación en todo su trayecto (pelvis de 25 mm), observándose una masa en pared vesical izquierda que infiltra meato y próstata. En la fase excretora se identifica extravasación de contraste en la celda perirrenal .</p>	Presentación:
<p>Los hallazgos indican que se trata de una uropatía obstructiva izquierda con rotura de fórnix secundaria a tumor vesical izquierdo .El urinoma presenta signos de organización/ infección.</p> <p>La rotura del fórnix papilocalicial se produce por aumento de la presión en el sistema excretor, y ese extravasado de orina puede formar abscesos u ocasionar sepsis y fracaso renal.</p> <p>Las principales causas son obstructivas (litiásicas >> tumorales), traumáticas e iatrogénicas.</p> <p>La ecografía sugiere el diagnóstico (líquido subcapsular /perirrenal con/ sin obstrucción) y la TCMD la confirmación (edema renal, dilatación, alteraciones de la grasa, bandas y colecciones perinefríticas), etiología y complicaciones.</p> <p>El tratamiento inicial médico con/ sin catéter doble J suele ser suficiente, reservando la nefrostomía para infección grave y /o comorbilidades.</p>	Discusión :
<p>La rotura de fórnix debe incluirse en el diagnóstico diferencial en pacientes con abdomen agudo y colección perirrenal ó periureteral, confirmándose mediante TC con extravasado de contraste en fase excretora.</p>	Conclusión:
<p>- Kosehan D, Akin K, Topcu A, et al. Spontaneous urinary extravasation: Detection rate with 64-row multidetectorcomputed tomography in patients presenting with acute abdomen. Emerg Radiol 2013;20:273-7.</p> <p>-Cano Alonso, R., Borrueal Nacenta, S, Diez Martinez, P., Sanchez Guerrero, A., Garcia Fuentes, C. Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma1.RadioGraphics 2009; 29:2033-53.</p>	Bibliografía:
<p>(1) Ecografía con colección heterogénea adyacente a polo renal inferior izquierdo. (2) TC con contraste intravenoso en fase nefrográfica :sistema excretor dilatado con realce parietal y colección perirrenal loculada. (3) TC fase excretora: Extravasado de</p>	Pie de foto:

contraste. (4) Masa dependiente de pared vesical izquierda con atrapamiento de uréter a nivel meatal (flecha) y dilatación retrograda del mismo.	
--	--