

Nueva clasificación de la Dilatación del Tracto Urinario: Lo que el Radiólogo debe saber

Tipo: Comunicación Oral

Autores: **Heidy Sáenz Acuña**, David Albillo Labarra, Almudena Blazquez Saez, Carolina Cuellar Marquez, María Teresa Garzón Guteira

Objetivos

- Dar a conocer el nuevo sistema de clasificación de la dilatación del Tracto Urinario (TU) a la comunidad radiológica para que hablemos en la misma terminología.
- Informar sobre los algoritmos diagnósticos a tener en cuenta en esta patología, así como la importancia del papel del radiológico en su manejo.

Material y métodos

Se tuvo en cuenta el consenso realizado en Maryland USA en el 2014, donde participaron radiólogos, pediatras y urólogos, quienes en base al análisis de la literatura actual y de la opinión de expertos, propusieron tanto terminología unificada sobre la descripción de la dilatación del tracto urinario, así como un sistema de clasificación y gravedad del mismo. También incluyeron un esquema de seguimiento según esta clasificación. Al realizar las ecografías abdominales, la radióloga pediátrica de nuestro hospital (Dra. Maite Garzón), tiene en cuenta esta clasificación y recomienda el seguimiento según el diagnóstico, apoyando la valoración pediátrica integral. Se realiza revisión del consenso y se muestran imágenes obtenidas en el servicio de radiología pediátrica de nuestro hospital.

Resultados

El diagnóstico prenatal de la Dilatación del Tracto Urinario (DTU) ocurre en 1-2% de todos los embarazos. Su etiología abarca desde lo más común, un proceso fisiológico que sucede al nacer por lo tanto es transitorio, hasta las patologías urológicas más severas. Si un paciente presenta una uropatía que no fue tratada a tiempo entra en el grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica y por lo tanto a tener pobre pronóstico y mala calidad de vida.

Es por eso que se da tanta importancia a la detección temprana de la DTU y así a su seguimiento para localizar estos pacientes y poder hacer un manejo pronto y adecuado sin llegar a un estadio terminal.

En el 2014 se han reunido en Maryland USA, 8 sociedades médicas que incluía pediatras, radiólogos, nefrólogos y urólogos, quienes revisaron la literatura actualizada en su momento del tema, contaron con la experticia de los integrantes del comité y en base a esto realizaron el consenso actual.

La imagen de la DTU prenatal generalmente no se encuentra disponible para aquellos quienes realizan el estudio postnatal, por lo que se requiere de una terminología de referencia así como también de que los datos ecográficos sean los mismos que se tengan en cuenta en ambas exploraciones.

Está bien reconocido que la primera ecografía postnatal, se debe realizar más allá de las primeras 48 horas luego del nacimiento, ya que si se hace dentro de los primeros dos días, se tiende a infraestimar el grado de DTU, en parte por la deshidratación y sólo será permitido en pacientes con oligohidramnios, obstrucción uretral y un grado severo de DTU bilateral.

Las metas principales del consenso fueron:

1. Proponer una descripción unificada de la DTU que pueda aplicarse tanto prenatal como postnatal con terminología consistente.
2. Proponer un esquema estandarizado de la evaluación perinatal de estos pacientes basado en un criterio sonográfico.

No se aplicará a pacientes con riñón displásico multiquístico u otras enfermedades renales quísticas.

Con respecto a la terminología, el consenso recomienda evitar palabras diferentes a DT como hidronefrosis, pielectasias, pelviectasias, etc., ya que generan confusión no sólo a los mismos médicos sino a los padres.

El consenso basado en la literatura actual (2014) y en un panel de expertos, propone un sistema de clasificación del TU basado en 6 características ecográficas:

1. Diámetro pélvico renal anteroposterior (DPAP).
2. Dilatación calicial.
3. Grosor parenquimatoso renal.
4. Apariencia del parénquima renal.
5. Anormalidades de la vejiga urinaria.
6. Anormalidades ureterales.

Recordar que el valor normal del DPAP postnatal es menor de 10 mm y al referirse a ella se hará con una P significativa de postnatal. Recomiendan una estratificación del riesgo en 3 grupos: bajo riesgo (P1), riesgo moderado (P2) y alto riesgo (P3), cada uno con características específicas. (Figura 1)

P1 : DPAP 10 a 15 mm, sin otra alteración en el grosor cortical renal, o en otro aspecto. También entrar aquellas dilataciones caliciales centrales que tienen un DPAP normal (>10 mm).

P2: DPAP >15 mm asociado a dilatación calicial o del ureter, sin otros hallazgos adicionales. Si hay dilatación calicial periférica con un DPAP normal entra en esta categoría.

P3: Cualquier DPAP acompañado de alteración del parénquima y grosor cortical renal, con vejiga anormal.

El esquema propuesto para el seguimiento es el siguiente: (Figura 2)

P1: Control en 1 a 6 meses.

P2: Control en 1 a 3 meses.

P3: Control en 1 mes. Además se recomienda realizar la cistouretrografía miccional y el manejo profiláctico con antibióticos.

Si la afectación renal es asimétrica, se indica la DTU del lado más afectado. Tener en cuenta que si durante el seguimiento ecográfico hay empeoramiento de los hallazgos, es decir se sube en la categoría, es indicativo de un alto riesgo de patología genitourinaria.

También recomiendan que en el reporte radiológico, se haga una descripción de las 6 características antes mencionadas, así como la categoría específica (Normal, P1, P2, P3) y el esquema de seguimiento recomendado.

Imágenes en esta sección:

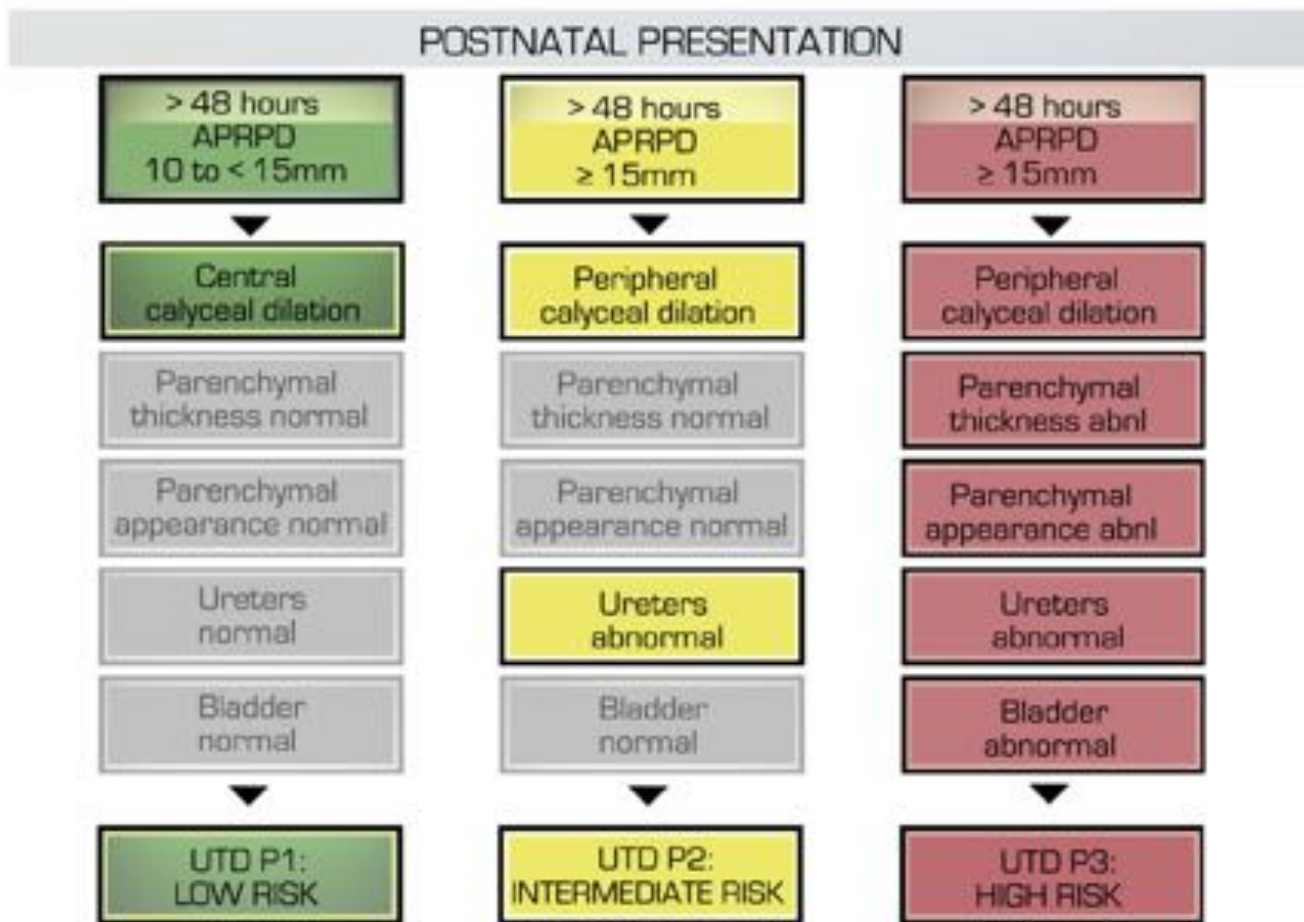


Fig. 1: Características de la clasificación de la DTU postnatal.

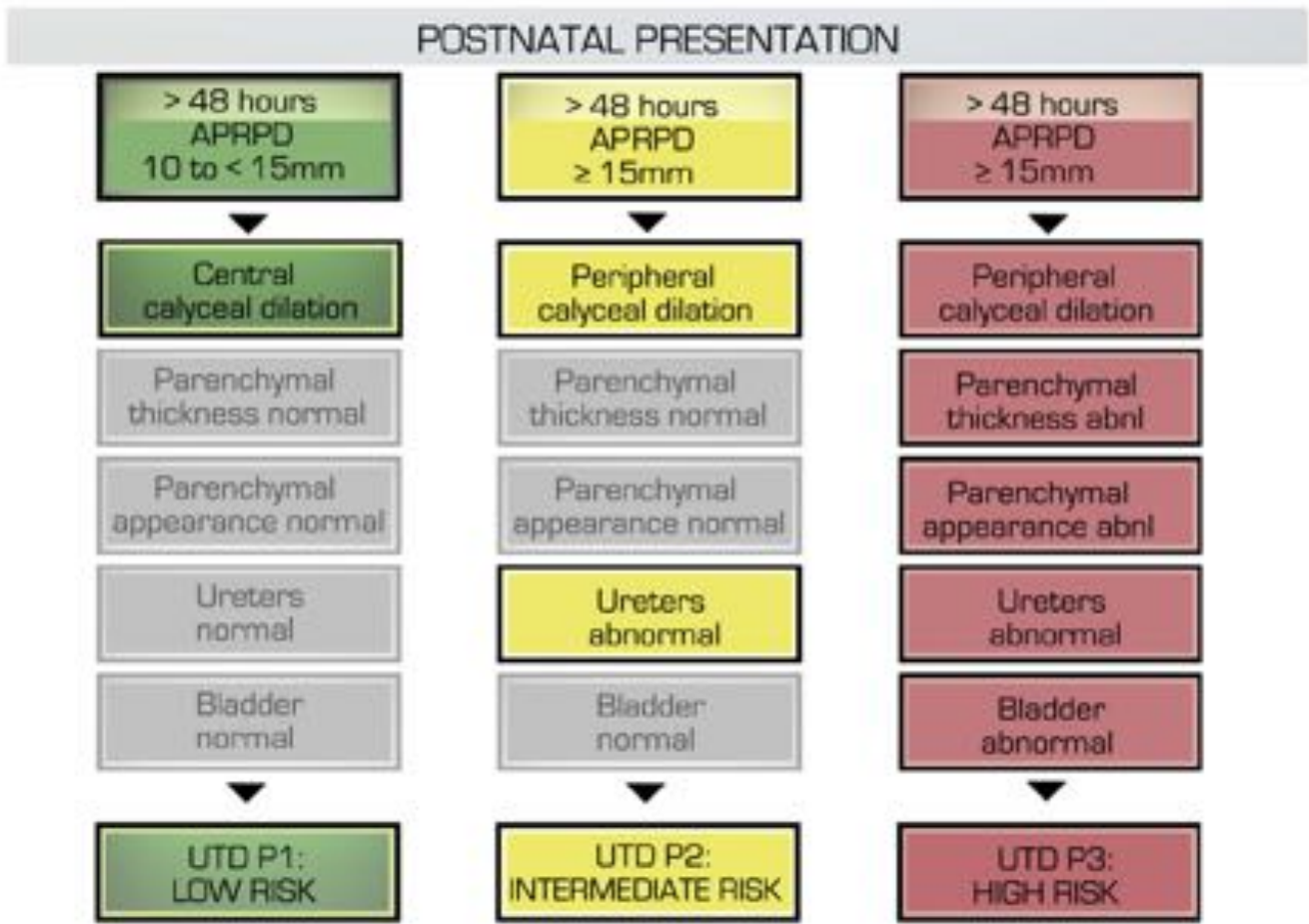


Fig. 2: Esquema recomendado de seguimiento en la DTU.



Fig. 3: DTU P1. Dilatación de cálices centrales, sin dilatación anormal de la pelvis (esto ultimo no mostrado en las imágenes).



Fig. 4: P1. Dilatación de cálices centrales sin dilatación de la pelvis (ver siguiente imagen).

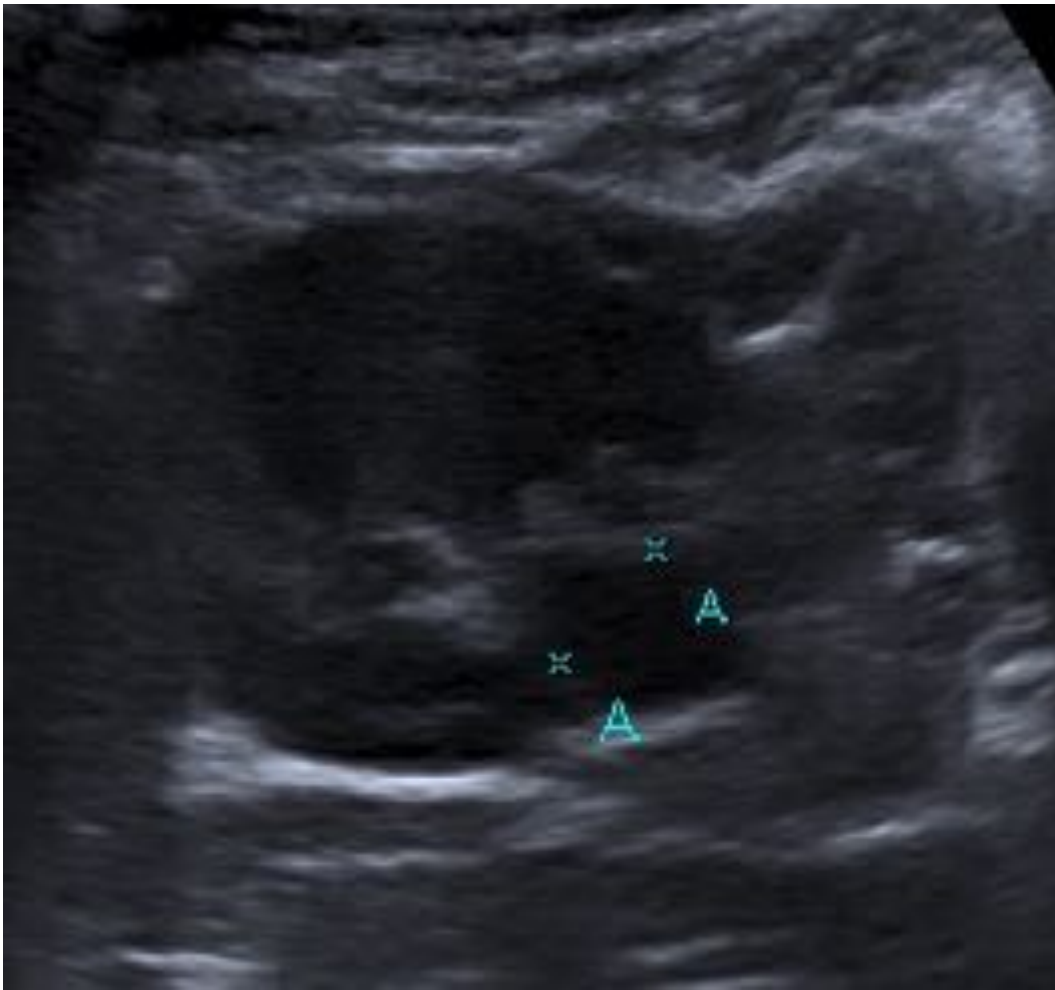


Fig. 5: DPAP de 7 mm, normal. Imagen sacada del mismo paciente de la figura anterior.



Fig. 6: P2. Dilatación de cálices centrales y periféricos.

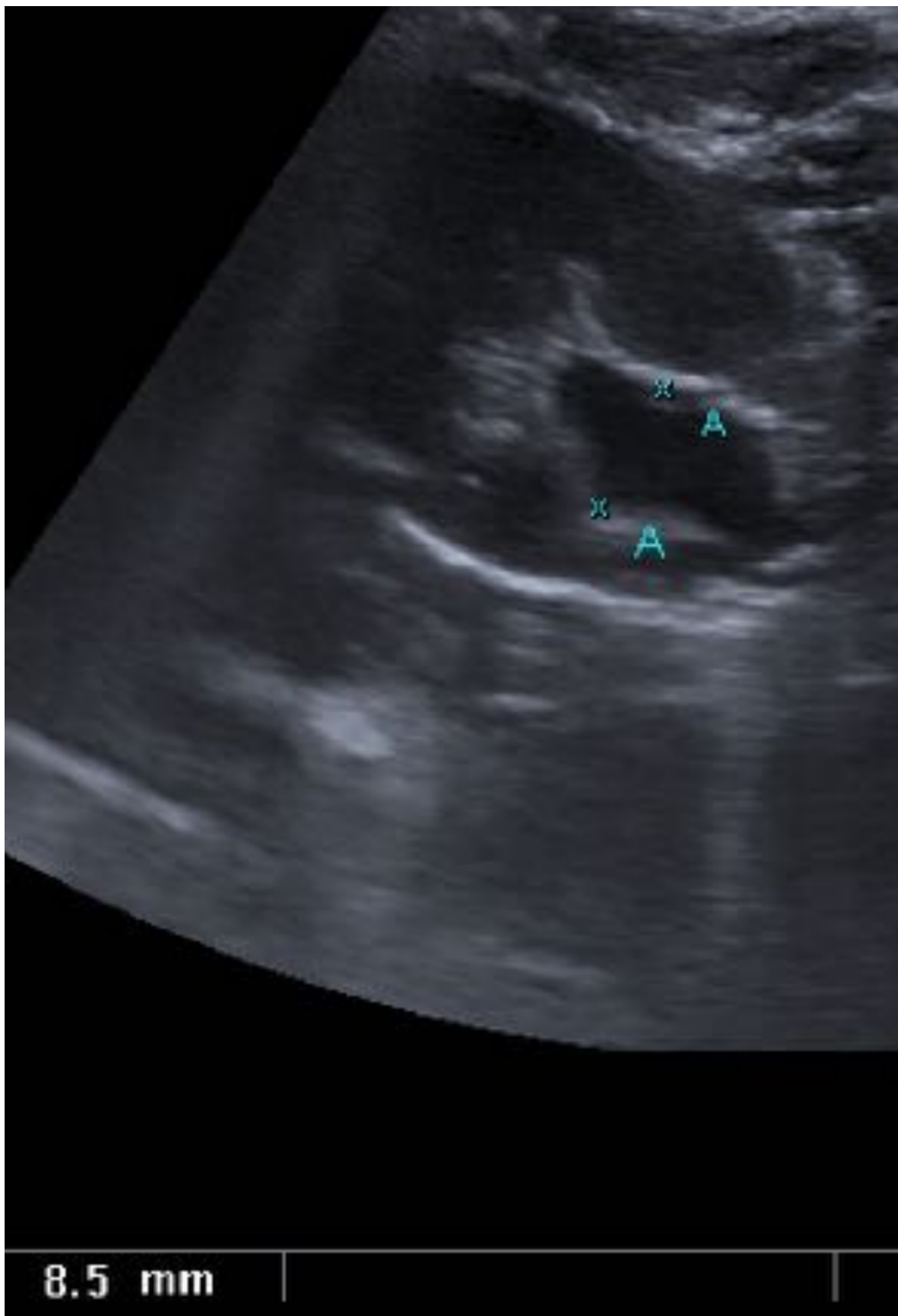


Fig. 7: DPAP de 8 mm, normal. Imagen sacada del paciente anterior.

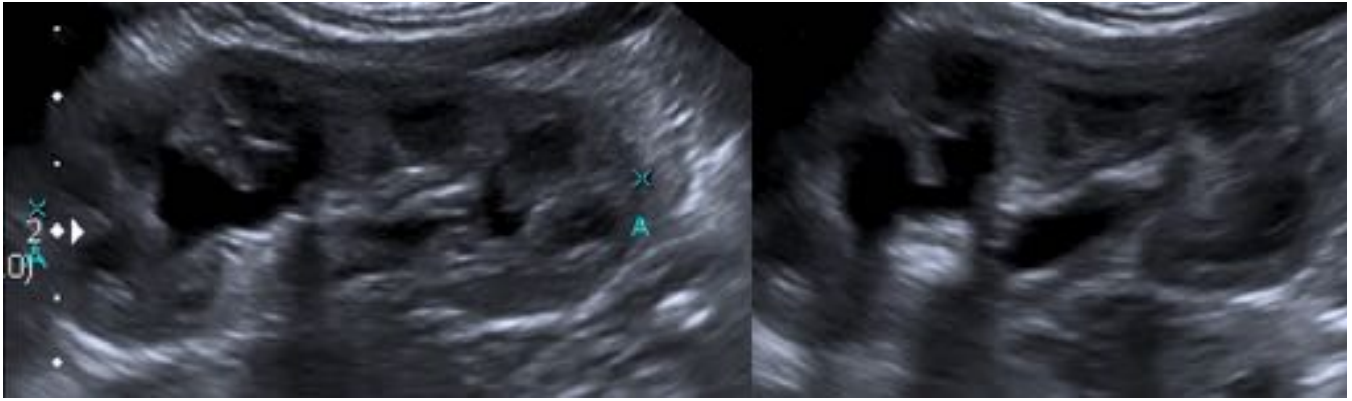


Fig. 8: P2. Dilatación de cálices centrales y periféricos.



Fig. 9: P2 con DPAP de 4 mm normal. Imagen del mismo paciente anterior.

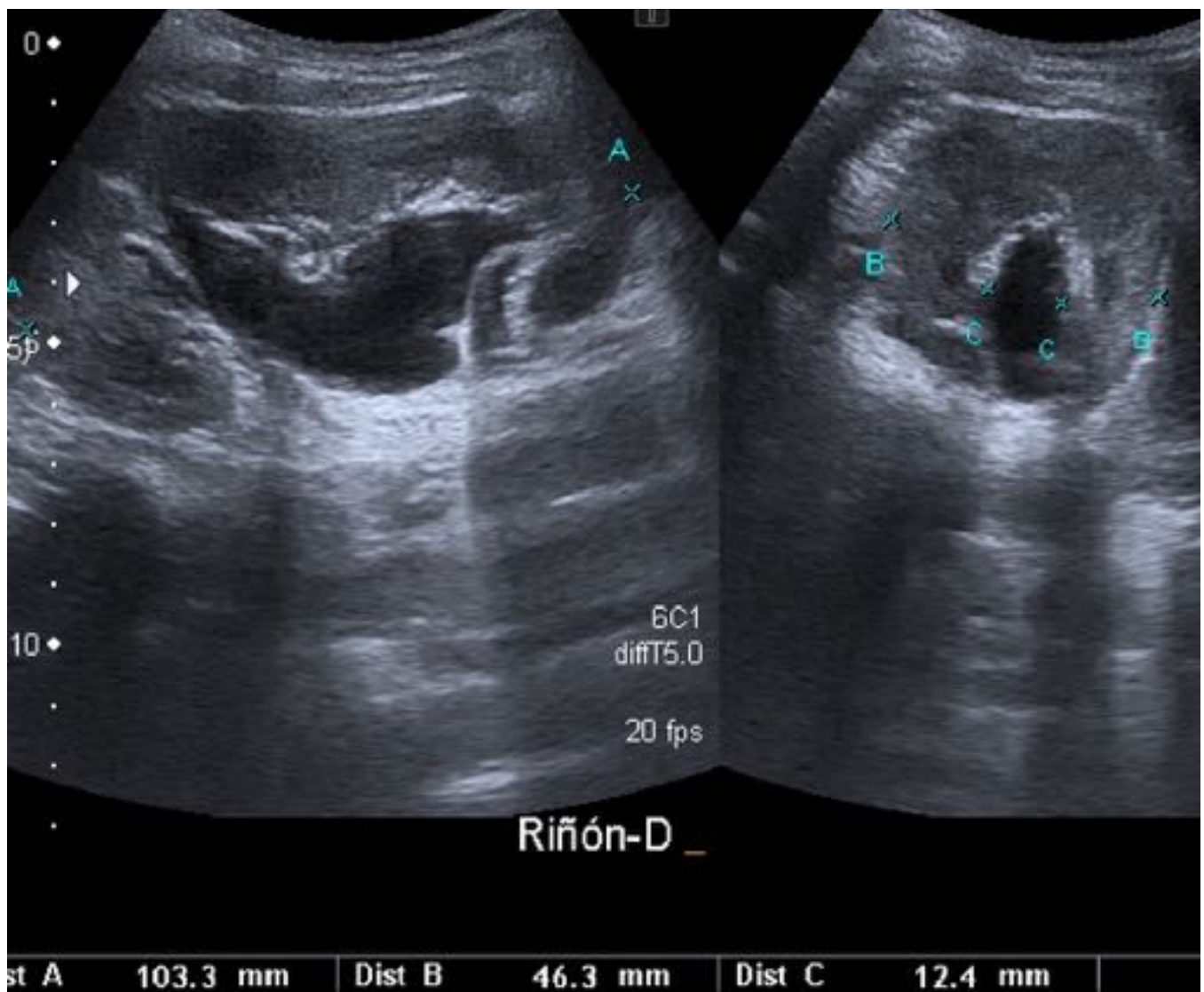


Fig. 10: P2. Dilatación de cálices centrales y periféricos con DPAP de 12 mm.

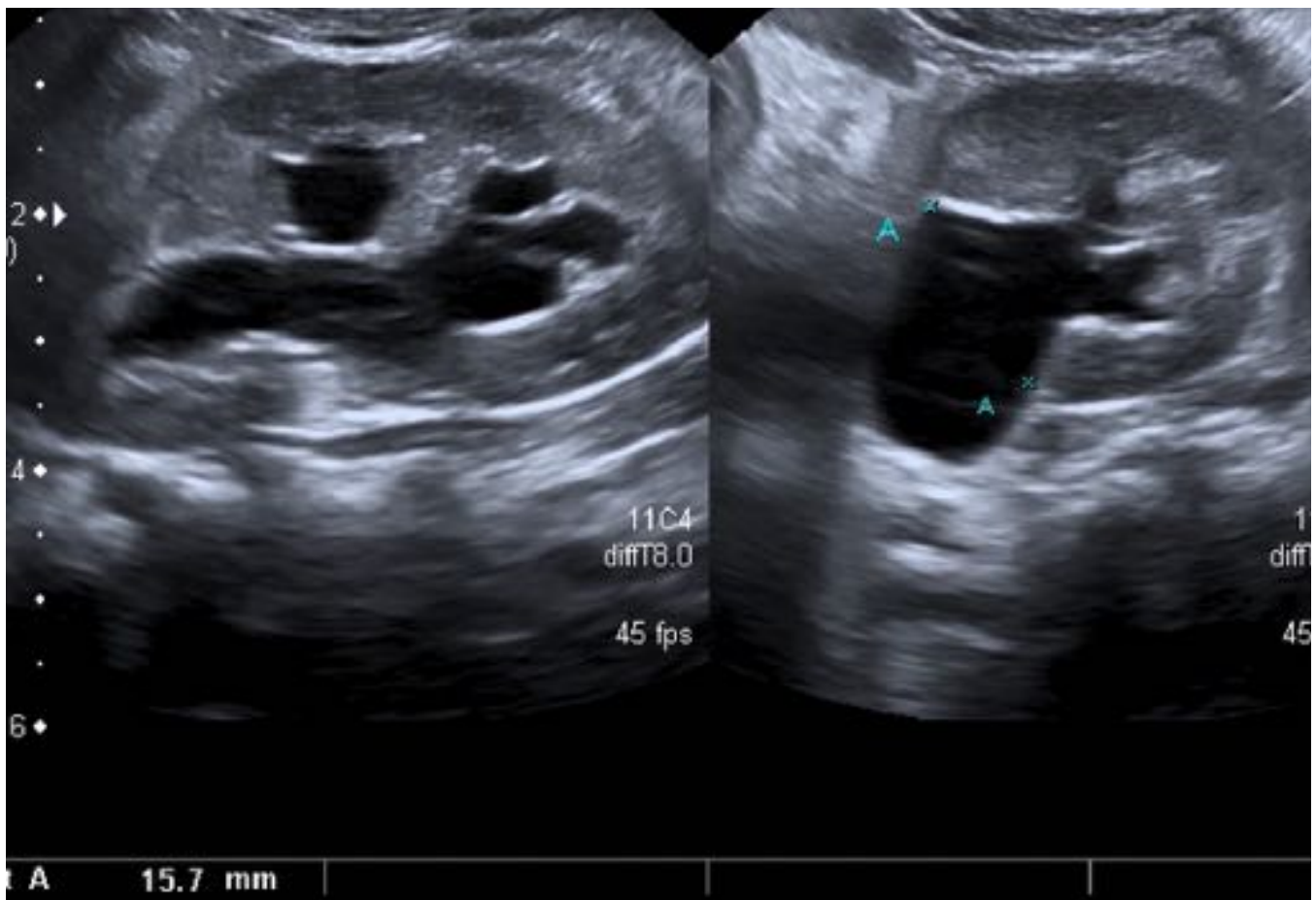


Fig. 11: P2. DPAP de 15,7 m acompañado de dilatación de cálices centrales y periféricos.

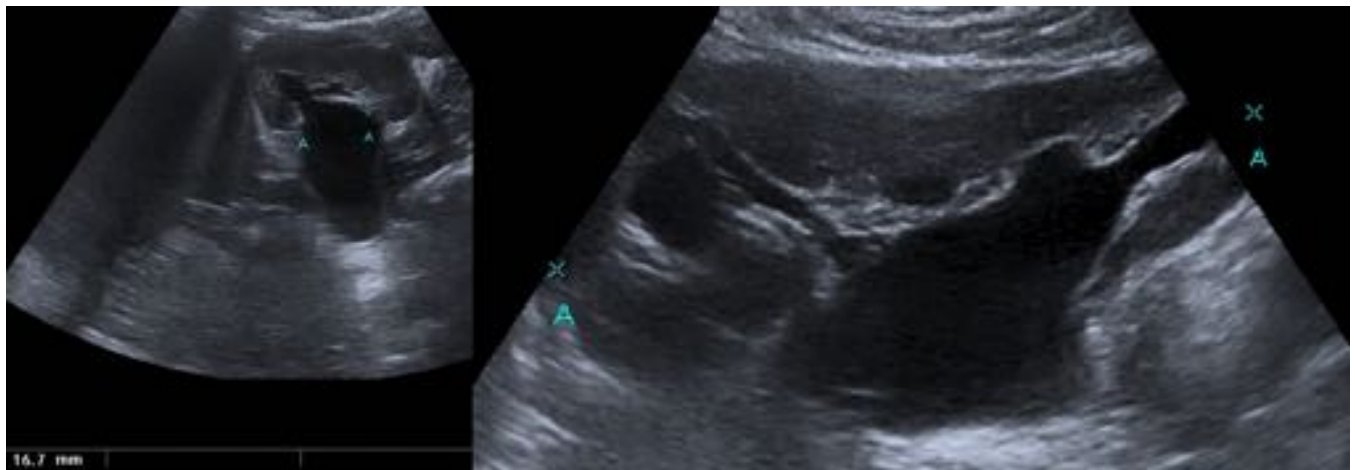


Fig. 12: P2. DPAP: 16 mm con dilatación de cálices centrales y periféricos.

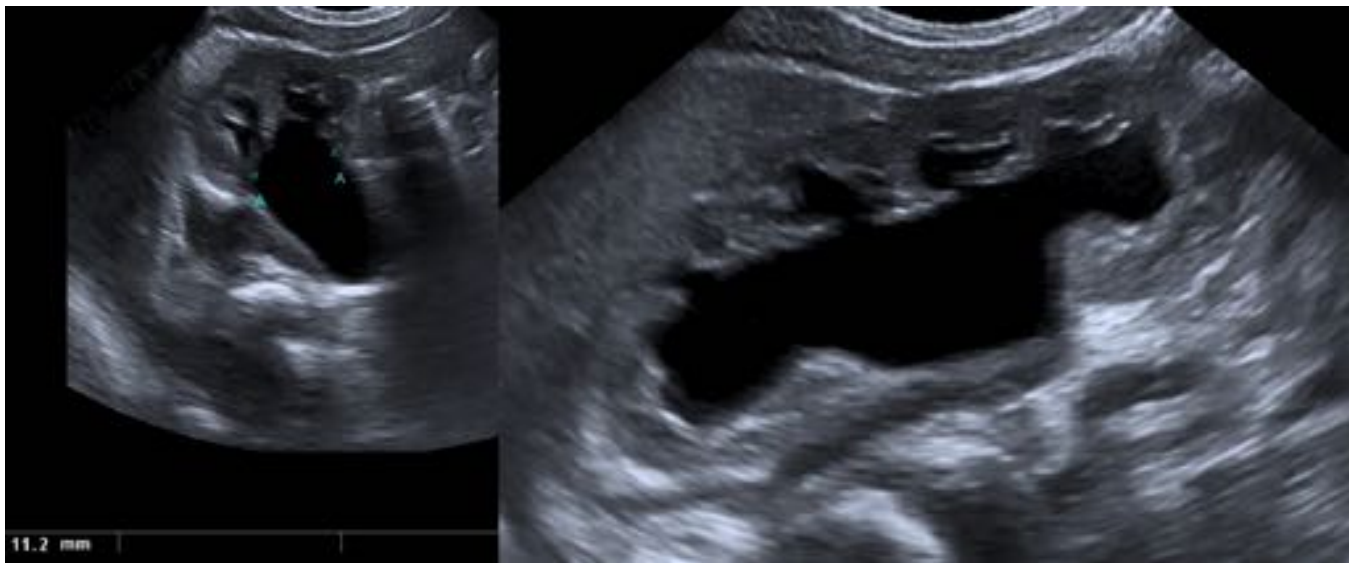


Fig. 13: P3. Disminución del grosor cortical acompañado de dilatación de cálices centrales y periféricos, DPAP de 11 mm.

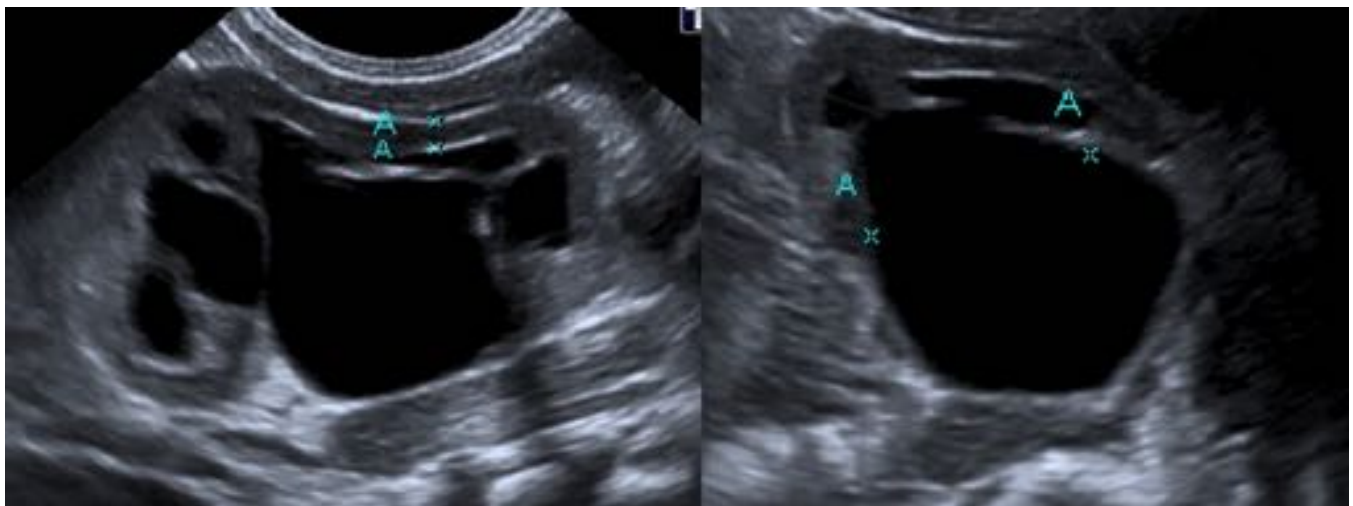


Fig. 14: P3. Notase el marcado adelgazamiento de la cortical renal asociada a dilatación calicial generalizada y de la pelvis con DPAP de 16 mm.

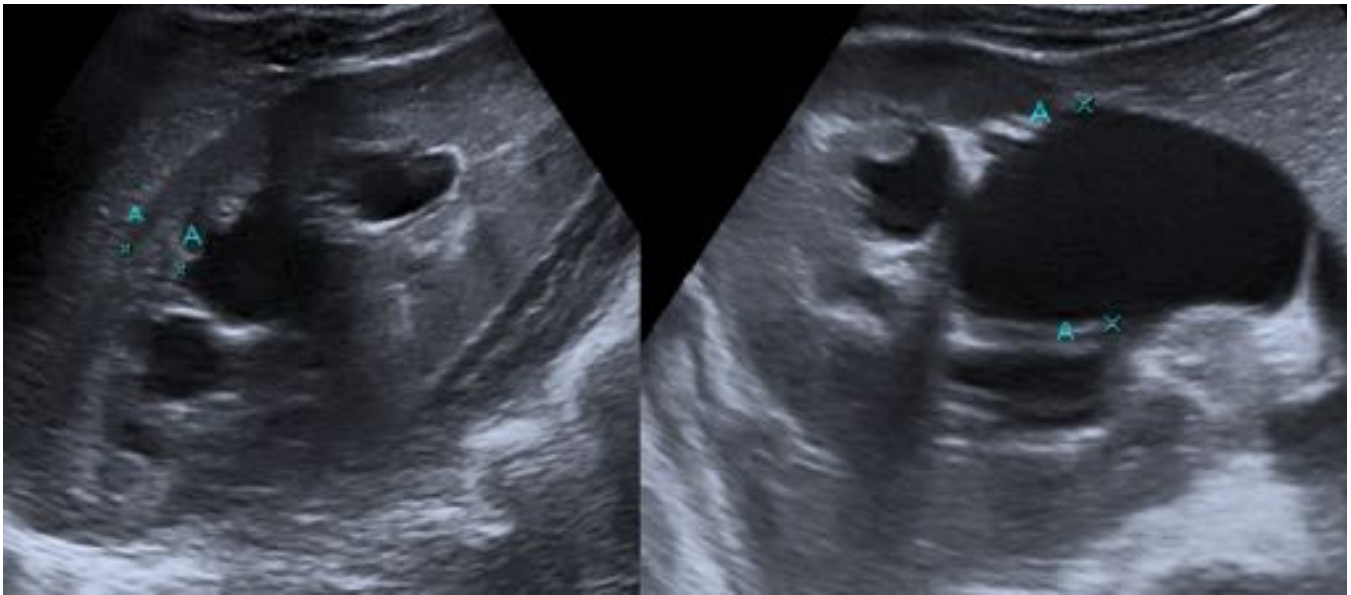


Fig. 15: P3. Disminución del grosor cortical con DPAP de 26 mm. (En un paciente con estenosis de la unión pieloureteral).

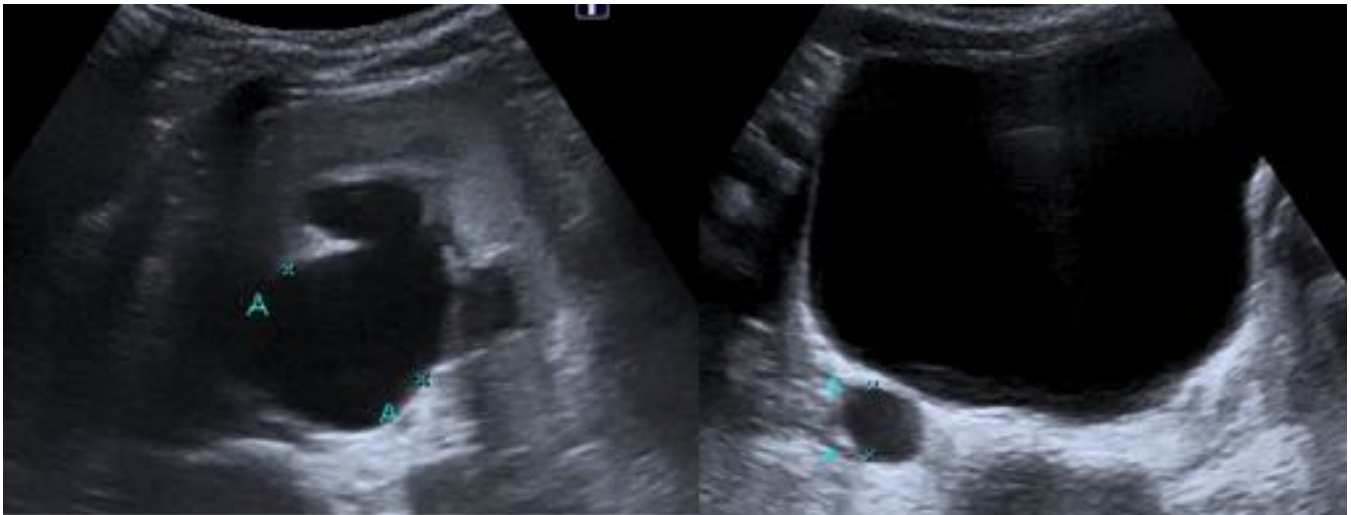


Fig. 16: P3. DPAP de 25 mm con dilatación del ureter derecho. (En paciente con patología de valvas ureterales posteriores).

Conclusiones

La clasificación propuesta por el consenso, es bastante didáctica y tiene en cuenta varios datos ecográficos, pero como ellos mencionan, requiere una extensa evaluación en su utilidad para predecir resultado clínicos tanto favorables como desfavorables. También se podría usar para predecir la función renal o la necesidad de cirugía. Se tienen que seguir buscando otros parámetros ecográficos que ayuden a predecir mejor la presencia de uropatías y de desenlaces clínicos.

Bibliografía / Referencias

1. Nguyen H, Benson C, Bromley B, et al. Multidisciplinary consensus on the classification of prenatal and postnatal urinary tract dilation (UTD classification system). *J Pediatr Uro.* 2014 10, 982-999.