

glutamine and a modified diet. *Ann Surg* 1995; **222**:243-255.

- 11 Park JHY, Vanderhoof JA. Groth hormone did not enhance mucosal hyperplasia after small bowel resection. *Scand J Gastroenterol* 1996; **31**:349-354.
- 12 Vanderhoof JA, Kellman KA, Griffin SK, Adrian TE. Growth hormone and glutamine do not stimulate intestinal adaptation following massive small bowel resection in the rat. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; **25**:327-331.

- 13 Buchman AL. The clinical management of short bowel syndrome: steps to avoid parenteral nutrition. *Nutrition* 1997; **13**:907-913.
- 14 Bines J, Francis D, Hill D. Reducing parenteral requirement in children with short bowel syndrome: impact of an amino acid-based complete infant formula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; **26**:123-128.
- 15 Sturm A, Layer P, Goebell H, Dignass AU. Short bowel syndrome: an update on the therapeutic approach. *Scand J Gastroenterol* 1997;

I. Arroyo Carrera¹, R. Campillo Novo²,
M^a A. Amarilla Jiménez³, M^a J. López
Cuesta¹, V. Carretero Díaz¹

An Esp Pediatr 1998;49:545-546.

Sr. Director:

En la actualidad la ecografía prenatal es parte fundamental del control sistemático del embarazo. Esta técnica nos permite el diagnóstico de anomalías congénitas, sobre todo de órganos internos, que no son detectables en la exploración física neonatal; éste es el caso de las malformaciones congénitas de los riñones y vías urinarias. Presentamos un caso con diagnóstico prenatal de quiste renal simple, hallazgo muy poco frecuente en la edad pediátrica⁽¹⁻⁴⁾ con muy pocos casos descritos con diagnóstico prenatal^(1-3,5).

La historia natural de esta lesión es desconocida, en las pocas series publicadas no se producen cambios en el tamaño de la mayoría de los casos durante períodos cortos de seguimiento⁽²⁻⁴⁾. En nuestro paciente se observa una progresiva reducción del quiste hasta la no visualización ecográfica del mismo con un tamaño máximo a las 28 semanas de gestación.

Caso clínico

Mujer, producto de tercera gestación de madre de 36 años de edad, primer hijo diagnosticado de talasemia mayor fallecido a los 3 años de vida, segunda gestación interrupción voluntaria del embarazo por diagnóstico prenatal en células de biopsia corial de talasemia homocigota. Actual embarazo por fertilización "in vitro" de donante anónimo. Gestación controlada de curso normal, no ingesta de fármacos o teratógenos conocida. Diagnóstico ecográfico prenatal a las 24 semanas de

Diagnóstico prenatal y seguimiento de un quiste renal simple

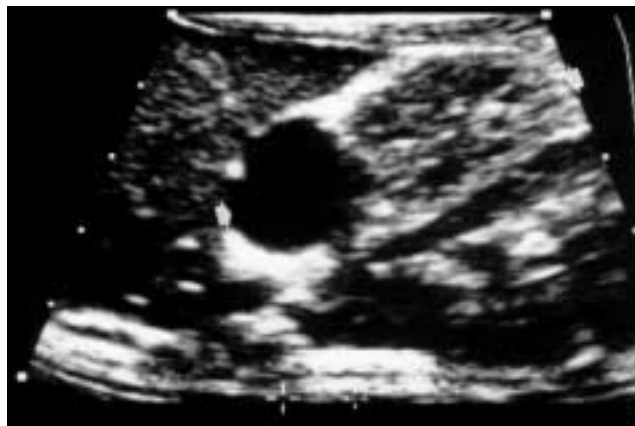


Figura 1. Ecografía neonatal: riñón derecho con imagen quística de 16 mm de diámetro en su polo superior.

gestación de imagen quística de 24 x 20 mm en polo superior del riñón derecho fetal, este hallazgo mantiene las mismas características ecográficas en los siguientes controles prenatales con tamaño de 27 x 24 mm a las 28 semanas y 21 x 17 mm a las 37 semanas.

Parto espontáneo, a término, hospitalario, eutócico. Antropometría al nacimiento: peso 3.650 g (P 90). Talla 53,5 cm (> P 90). Perímetro cefálico 36 cm (> P 90). Exploración física normal. Ecografía neonatal: riñón derecho de tamaño y estructura normal con buena diferenciación corticomedular, a nivel del polo superior se visualiza formación redondeada bien definida de 16 mm de diámetro con características quísticas: anecoica con aumento de transmisión posterior sin contenido ecogénico en su interior, pelvis y cálices normales (Fig. 1), riñón izquierdo normal, hígado, bazo y páncreas normales. Ante el diag-

¹Sección de Neonatología, ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Correspondencia: Ignacio Arroyo Carrera. Sección de Neonatología. Hospital San Pedro de Alcántara. Avda. Millán Astray s/n. 10003. Cáceres.

nóstico ecográfico de quiste renal simple se decide actitud conservadora, se han realizado controles ecográficos a los 3, 6, 12 y 18 meses con reducción progresiva del mismo hasta no visualización en el último estudio. La niña ha permanecido asintomática durante su evolución con sedimento urinario, creatinina y tensión arterial normales para su edad.

Comentario

La frecuencia del quiste renal simple es baja en la infancia a diferencia del adulto. El mayor uso de la ecografía es probablemente la causa del aumento en la descripción de casos pediátricos recientemente⁽¹⁻⁵⁾.

Una revisión retrospectiva de las ecografías abdominales de 16.102 niños⁽²⁾ presenta una frecuencia global de quiste renal simple del 0,22% sin diferencias entre todos los grupos de edades. El tamaño de los quistes es muy variable con una media de 1 cm, localizándose el 43% en el polo superior del riñón derecho. La media de seguimiento del estudio es de 7 meses, en el 74% de los mismos no se han producido cambios en el tamaño, un 13% han disminuido y sólo uno no se visualiza evolutivamente. Ningún paciente presenta alteración de la función renal.

Es de destacar en nuestro caso la desaparición ecográfica del quiste, una evolución muy infrecuente, aunque los períodos de seguimiento en la literatura son cortos⁽²⁻⁴⁾.

Los hallazgos ecográficos del quiste renal simple son bastante característicos: lesión única, redondeada, anecoica con refuerzo acústico posterior, de pared bien definida que se localiza dentro del parénquima renal, preferentemente en los polos sin comunicación con el sistema excretor que es de características normales⁽¹⁻⁴⁾. En pocos casos es necesario realizar otras pruebas

complementarias para confirmar el diagnóstico.

El manejo debe ser conservador con controles ecográficos periódicos^(1-2,4). Únicamente en los quistes muy grandes debe realizarse drenaje percutáneo con escleroterapia⁽¹⁾, para evitar la reacumulación de líquido debido al posible compromiso del crecimiento renal.

Con la práctica sistemática de la ecografía en el control gestacional es probable que en los próximos años se diagnostiquen prenatalmente quistes renales simples con mayor frecuencia. La descripción de un mayor número de casos permitirá el conocimiento de la historia natural de la anomalía tal, como describimos en nuestro caso.

Concluimos que el quiste renal simple, aunque poco frecuente, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial prenatal de las malformaciones congénitas de los riñones y vías urinarias. Queremos resaltar el manejo conservador del mismo.

Bibliografía

- 1 Reiner I, Donnell S, Jones M, Carty HLM, Richwood AMK. Percutaneous sclerotherapy for simple renal cysts in children. *Br J Radiol* 1992; **65**:281-282.
- 2 McHugh R, Stringer DA, Hebert D, Babiak CA. Simple renal cysts in children: diagnosis and follow-up with US. *Radiology* 1991; **178**:383-385.
- 3 Steinhardt GF, Slovis TL, Perlmuter AD. Simple renal cysts in infants. *Radiology* 1985; **155**:349-350.
- 4 Bartholomew TH, Slovis TL, Kroovand RL, Corbett DP. The sonographic evaluation and management of simple renal cysts in children. *J Urol* 1980; **123**:732-736.
- 5 Paduano L, Giglio L, Bembi B, Peratoner L, D'Ottavio G, Benussi G. Clinical outcome of fetal uropathy. I. Predictive value of prenatal echography positive for obstructive uropathy. *J Urol* 1991; **146**:1094-