

Displasia renal multiquística izquierda. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico y asesoramiento genético. Reporte de caso clínico

Left-sided multicystic renal dysplasia. Prenatal ultrasound diagnosis and genetic counseling. Clinic case report

Ángel López-Pérez^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-4368-7271>

Juan Carlos Perdomo-Arrién²  <https://orcid.org/0000-0002-5063-5093>

Yudelkis Benítez-Cordero³  <https://orcid.org/0000-0002-9688-7501>

¹ Servicio de Genética Comunitaria. Colón. Matanzas, Cuba.

² Centro Provincial de Genética Médica. Matanzas, Cuba.

³ Centro Nacional de Genética Médica. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: langelp2019@gmail.com

RESUMEN

La displasia renal multiquística es una anomalía renal frecuente, y es la segunda causa de masa renal palpable en el recién nacido después de la hidronefrosis. Su pronóstico y tratamiento son controvertidos, según comprometa uno o ambos riñones. El advenimiento del diagnóstico prenatal ultrasonográfico para el posterior asesoramiento genético a las parejas ha arrojado luz sobre el tema. Se presenta un caso clínico de diagnóstico prenatal de displasia renal multiquística unilateral izquierda, realizado en el municipio de Colón, provincia de Matanzas, y todo el proceso de asesoramiento



genético a la pareja desde la etapa prenatal hasta el nacimiento. Fueron utilizados datos del Registro Cubano de Diagnóstico Prenatal de Defectos Congénitos y tomados en cuenta aspectos éticos. La sospecha diagnóstica fue establecida a las 22,6 semanas de gestación y confirmada en niveles secundario y terciario de atención de salud, seguidos de un asesoramiento genético personalizado y con enfoque no directivo a la pareja, basado en evidencias, quienes optaron por la continuidad del embarazo. El manejo multidisciplinario se extendió hasta el tercer trimestre y parto. Se obtuvo producto masculino a las 39 semanas, y se comprobó el defecto congénito que ha tenido evolución clínica favorable. Se concluye que la displasia renal multiquística es potencialmente diagnosticable prenatalmente y la variedad unilateral puede alcanzar buen pronóstico. Ofrecer información veraz e integrarse al contexto familiar y cultural de la pareja para la toma de decisiones es la piedra angular del asesoramiento genético.

Palabras clave: displasia renal multiquística, diagnóstico prenatal, asesoramiento genético.

ABSTRACT

Multicystic renal dysplasia is a common renal anomaly and the second cause of palpable renal mass in the newborn after hydronephrosis. Its prognosis and treatment are controversial depending on whether one or both kidneys are involved. The advent of prenatal ultrasonographic diagnosis for subsequent genetic counseling for couples has shed light on the subject. A clinical case of prenatal diagnosis of left unilateral multicystic renal dysplasia in the municipality of Colon, province of Matanzas, and the entire process of genetic counseling to the couple from the prenatal stage until birth. Data from the Cuban Registry of Prenatal Diagnosis of Congenital Defects were used and ethical considerations were taken into account. The diagnostic suspicion was established at 22.6 weeks of gestation and confirmed at secondary and tertiary levels of health care, followed by personalized genetic counseling and a non-directive, evidence-based approach to the couple who opted for the continuity of pregnancy. The case was managed by a multidisciplinary team during the third trimester and delivery. A male product was obtained at 39 weeks, and the congenital defect, that has had favorable clinical evolution, was verified. It is concluded that multicystic renal dysplasia is potentially diagnosable prenatally and the unilateral variety can achieve a good prognosis. Providing accurate information and integrating the couple's family and cultural context for decision making is the cornerstone of genetic counseling.

Keys word: multicystic renal dysplasia, prenatal diagnosis, genetic counseling.



Recibido: 30/09/2024.

Aceptado: 29/09/2025.

Revisores: Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Mayté Castro-López.

INTRODUCCIÓN

Los defectos congénitos (DC) son también conocidos como anomalías congénitas, trastornos congénitos, defectos de nacimiento o malformaciones congénitas. Se pueden definir también como alteraciones morfológicas, estructurales, funcionales o moleculares de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina, y son causados por factores genéticos, ambientales o ambos. Pueden ser detectadas en la etapa prenatal, al momento del nacimiento o posteriores, durante el transcurso de la vida.^(1,2)

Se calcula que en el mundo mueren anualmente 240 000 recién nacidos en sus primeros 28 días de vida por DC. Además, los trastornos congénitos provocan la muerte de otros 170 000 niños de entre 1 mes y 5 años de edad.^(2,3) Según el anuario estadístico de salud de 2023, las malformaciones congénitas constituyen la segunda causa de muerte en menores de 1 año, con una tasa de 1,0 por cada 1000 nacidos.⁽⁴⁾

Por su parte, las anomalías del riñón clásicamente se han descrito como de tamaño, de número y de posición, y algunos incluyen las de fusión. Las anomalías de vías excretoras pueden afectar la función renal o deformar la estructura del riñón. Las valvas de uretra posterior (en el varón) son causa frecuente de daño renal prenatal, requieren intervención posnatal inmediata y debe optimizarse la calidad de vida y la evolución final de estos pacientes.⁽⁵⁾

En su origen, las anomalías congénitas del riñón y del tracto urinario son el resultado de un proceso anormal en el desarrollo embrionario del sistema renal. Representan el 15-20 % de las anomalías halladas en la ecografía prenatal; la prevalencia de diagnóstico por ultrasonido prenatal oscila entre 3 y 6 por cada 1000 nacimientos y tiende a aumentar con la mejora de la capacidad de detección prenatal y la evaluación posnatal.⁽⁶⁾

Aunque la displasia renal multiquística (DRMQ) o riñón multiquístico (RMQ) es una anomalía renal frecuente, su tratamiento es controvertido. Se describe como una anomalía de diferenciación metanéfrica, caracterizada por la presencia de cartílago, mesénquima indiferenciado y tubos colectores inmaduros. Por lo general es unilateral; la forma bilateral es de mayor complejidad, de peor pronóstico y afecta grandemente la calidad de la vida extrauterina, porque afecta al riñón en su totalidad, aunque se ha descrito una rara forma de displasia renal segmentaria. En formas severas de displasias, se han reportado familias con algunos individuos con aplasia o "agenesia renal", y otros miembros de la familia con grandes riñones displásicos.⁽⁷⁾



La DRMQ es la segunda causa de masa renal palpable en el recién nacido después de la hidronefrosis. Por lo general, afecta al riñón completo, y el subtipo segmentario se considera una variedad rara de displasia.⁽⁸⁾

Hasta finales del pasado siglo, debido a lo poco que se conocía sobre su desarrollo y complicaciones, el tratamiento de la DRMQ resultaba controvertido y variaba desde la nefrectomía hasta la simple observación.⁽⁹⁾ El advenimiento del ultrasonido en las últimas décadas del siglo XX, con fines de diagnóstico prenatal (DPN) para el posterior asesoramiento genético (AG) a las parejas en cuanto a la toma de decisiones sobre el curso de los embarazos, arrojó luz sobre el tema.

Antes, cuando se diagnosticaban displasias, que por su tamaño era posible que la vista o a la mano del médico pudieran detectarlas, la conducta considerada era la extirpación de la displasia o nefrectomía. La experticia lograda años después con el desarrollo de técnicas de ultrasonido prenatal no invasivas ha permitido el diagnóstico más certero en el segundo o tercer trimestre del embarazo, lo que ha conllevado a cambios hacia manejos terapéuticos más conservadores. Actualmente, se sabe que la DRMQ unilateral, por lo general, tiene un buen pronóstico, que puede involucionar en breve tiempo, incluso prenatalmente, y que las anomalías contralaterales son frecuentes, en primer lugar, el reflujo vesicoureteral.⁽⁹⁾

Es importante conocer que el AG es una herramienta que constituye un proceso de intercambio entre los pacientes y el asesor. A su vez, el Modelo de Compromiso Recíproco es un instrumento práctico de AG basado en evidencias, acorde con los continuos avances de la tecnología genética, donde se incluye la ultrasonografía fetal. Tiene los siguientes objetivos:⁽¹⁰⁾

1. Facilitar la comprensión (de la condición genética, riesgos, opciones).
2. Promover la adaptación psicológica (manejo de emociones, incertidumbre).
3. Favorecer la autonomía en la toma de decisiones (sin coerción, adaptadas a valores personales).

Las pautas que rigen el proceso de AG en Cuba llevan implícitas un enfoque no directivo, lo cual significa que ante el DPN de un defecto congénito o enfermedad hereditaria, el asesor genético no toma decisiones, pero debe disponer de conocimientos basados en evidencias que le ofrezcan una aproximación a la evolución clínica y pronóstico supuestos en el feto, con el objetivo de poder informar a los padres sobre las herramientas necesarias para una elección, de acuerdo a sus intereses, creencias y expectativas. Esta puede variar, desde la terminación voluntaria de la gestación ante una condición incompatible con la vida o de difícil pronóstico, hasta el acompañamiento y la preparación multidisciplinaria para el recibimiento y aseguramiento de un neonato afectado.⁽¹¹⁾

Se presenta la descripción de un caso clínico con diagnóstico prenatal ultrasonográfico de DRMQ unilateral izquierda, realizado de manera conjunta entre el Servicio de Genética Clínica del municipio de Colón y el Centro Provincial y Nacional de Genética



Médica, en 2023. Además, se relata todo el posterior proceso de asesoramiento genético ofrecido a la pareja hasta el nacimiento. Para ello fueron utilizados los datos del Registro Cubano de Diagnóstico Prenatal de Defectos Congénitos (RECUPREMAC y RECUMAC). Se tuvieron en cuenta, además, principios éticos para el uso de la información médica que se obtuvo, a partir de sujetos con fines de investigación científica, así como las autorizaciones para la publicación de resultados e imágenes que aquí se muestran.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Pareja integrada por gestante (DDT) de 23 años de edad, G1 P0A0, color blanco de piel, ocupación ama de casa, y esposo (LRRP) de color blanco de piel y ocupación trabajador por cuenta propia (trabajo agrícola), con captación de embarazo a las 10,3 semanas y clasificada como riesgo genético incrementado, donde se recogen antecedentes patológicos personales de sobrepeso en ella, antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial, asma bronquial y síndrome de Down (primo de segunda generación de la madre de la gestante).

Se realiza ultrasonido genético integrador durante el primer trimestre con tiempo gestacional (TG) de 13,1 semanas en el Servicio Municipal de Genética Comunitaria de Colón, sin observarse alteraciones en marcadores ultrasonográficos ni cromosómicos, con Índice de Traslucencia Nucal (TN) en 1,1 mm, normal, así como el Doppler umbilical. La cuantificación de la alfafetoproteína en suero materno por tecnología SUMA a las 16 semanas arrojó un valor también normal, de 0,97 MoM.

En el curso del segundo trimestre, según establece el Manual de Normas y Procedimientos, se realiza estudio con TG de 22,6 semanas, donde se observan los siguientes parámetros biométricos: feto de presentación pelviana; diámetro biparietal: 55 mm (22,6 semanas); circunferencia cefálica (CC): 203 mm (22,3 semanas); cerebelo: 24 mm (22,3 semanas), circunferencia abdominal: 196 mm (24,2 semanas); longitud femoral: 39 mm (22,2 semanas); longitud humeral: 35 mm (22,2 semanas). Riñón derecho: normal. Riñón izquierdo: aumentado de tamaño de aspecto multiquístico, que ocupa hemiabdomen completo, el quiste menor mide 19 x 22 mm (fig. 1). Líquido amniótico (LA) en límites normales. Estómago que no se visualiza en momento del examen. Se concluye como la impresión diagnóstica de DRMQ.





Fig. 1. Imagen ultrasonográfica de DRMQ unilateral izquierda.

La pareja recibe asesoramiento genético personalizado sobre el hallazgo renal fetal, niega otros antecedentes familiares de DC o enfermedad hereditaria, exposición preconcepcional o prenatal a teratógenos químicos, físicos o biológicos, ni enfermedades crónicas asociadas. Por tanto, se interconsulta en el nivel secundario en consulta de referencia provincial para DPN del Centro Provincial de Genética Médica, en busca de un estudio con tecnología de mayor alcance y AG por equipo de trabajo especializado y de mayor experiencia.

El estudio muestra los siguientes resultados: riñón izquierdo que mide en corte longitudinal 63 x 31 mm con múltiples imágenes quísticas hacia la periferia —las mayores de 22 mm y 19 mm—, parénquima 2,5 mm. Riñón derecho normal y resto de estructuras fetales sin alteraciones. Se confirma el diagnóstico de DRMQ unilateral izquierda.

La paciente es asesorada nuevamente sobre el tipo de malformación detectada, pronóstico y complicaciones, teniendo en cuenta la presencia de riñón contralateral sano, el tratarse de un feto de sexo masculino, la dinámica de LA normal y posibilidades terapéuticas disponibles en el país para estos casos. Se propone una valoración en nivel terciario de salud en el Centro de Referencia Nacional de Genética Médica para promover también un asesoramiento genético multidisciplinario con especialidades de Urología y Nefrología.

Una vez realizada se informa: sexo masculino. Riñón izquierdo tumoral de ecoestructura multiquística, L: 5,7 – T: 3,0, donde llama la atención múltiples imágenes quísticas hacia hipogastrio que parecen guardar relación con el riñón referido. Riñón derecho de ecoestructura normal y como impresión diagnóstica: DRMQ unilateral izquierda.

La pareja recibe AG ante un feto deseado, con un riñón afectado, pero con otro que no ha mostrado alteraciones ecoestructurales; se solicita una valoración de la Consulta



Nacional de Urología Pediátrica, en busca de enriquecer la información a la pareja. Se le ofrece a la paciente y esposo asesoría psicológica. Se indican estudios ultrasonográficos renales a los padres para establecer alguna segregación hereditaria de la mutación, pero con resultados normales, por lo cual se presume una etiología esporádica en esta primera etapa del AG.

Se mantiene evaluación en la provincia, donde se sostienen iguales hallazgos fetales en el riñón izquierdo con múltiples imágenes, la mayor de 38 x 36 mm, que desplaza la línea media distendiendo la cavidad abdominal. Riñón derecho: normal. El resto de las estructuras sin alteraciones y sin presencia de disminución de LA (oligohidramnios) como elemento de mal pronóstico, porque podría traducir una insuficiente excreción de LA hacia la bolsa amniótica con sus consecuencias sobre la adecuada maduración pulmonar, la necesaria movilidad articular fetal, entre otras.

La valoración urológica confirmó la existencia de un riñón izquierdo de aspecto multiquístico y de un riñón derecho de ecoestructura normal, adecuado volumen de líquido amniótico. Una vez informada a la pareja, se extiende la valoración hasta el tercer trimestre, entre las 32 y 34 semanas, concomitando con estudios en provincia, el TG para ingreso precoz, el acercamiento a la unidad urológica provincial y la retroalimentación a las especialidades de perinatología y neonatología para la familiarización temprana con el caso clínico esperado y establecer así las pautas para su recibimiento.

De igual manera, en el AG se insiste con los padres en la necesidad de la prevención de riesgos obstétricos sobreañadidos que dificulten un adecuado crecimiento intrauterino, a fin de lograr un peso adecuado para posibles acciones posnatales y evitar otras comorbilidades maternas.

En estudio más cercano a la fecha de parto con TG de 37,3 semanas se observó, entre otros: LA: normal, peso fetal estimado: $\approx$ 2288 gramos. Riñón derecho: ecoestructura normal. Riñón izquierdo: mide en CC 75 x 74 mm y CL 101 mm, parénquima 2,3 mm, pero llama la atención que sobrepasa la línea media abdominal y que ocupa gran parte de hemiabdomen. Nótese el diámetro que ocupa el riñón dentro de la cavidad abdominal (fig. 2). Se emiten recomendaciones a la provincia para adelantar el ingreso, que ocurre en las 37 semanas, su seguimiento, parto y evaluación inmediata al nacimiento.





Fig. 2. Imagen ultrasonográfica de DRMQ unilateral izquierda y hemiabdomen ocupado.

El parto programado se produce en el hospital materno infantil de Matanzas, con 39 semanas, por vía de cesárea. Se obtiene un producto masculino de 3400 gramos de peso, con buena vitalidad. Valorado y seguido por el servicio de genética clínica y nefrología. Al examen físico inmediato llamó la atención la tumoración abdominal pero no otras evidencias de dismorfias u otro defecto congénito apoyados en estudios hechos por cardiología y cirugía con resultados negativos.

Los estudios renales a las 24 horas de nacido y haber orinado abundantemente mostraron un riñón derecho de tamaño y ecoestructura normal, con buena diferenciación corticomedular que mide 51 x 29 mm, parénquima 7 mm. Riñón izquierdo aumentado de tamaño, multiquístico de 44 x 53 mm cada uno.

La pareja y familia recibe asesoramiento genético al nacimiento sobre los resultados del parto y los hallazgos comprobados y la estrategia diseñada para el manejo terapéutico del caso; se establece la adecuada integración del binomio madre hijo a través de la lactancia materna.

Una vez dado el alta médica, el bebé es dispensarizado en la puericultura de Atención Primaria de Salud como lactante de alto riesgo. A los dos meses se observa riñón derecho normal, riñón izquierdo multiquístico —el mayor de 50 x 47 mm—, no se logra visualizar parénquima y se indica seguimiento mensual.

A los 6 meses se observa un lactante con evolución favorable en su neurodesarrollo, deseado y aceptado dentro de una familia funcional y que en ultrasonido renal mantiene el riñón derecho que mide 70 mm x 33 mm con parénquima de 7 mm de tamaño y ecoestructura normal, con buena relación corticomedular y riñón izquierdo aumentado de tamaño, que mide 112 x 72 mm, con mala relación cortico medular en el que no se visualiza parénquima, con múltiples imágenes quísticas, la mayor mide 42 mm x 37 mm. (Figura 3)



Se mantiene hasta hoy valoración conjunta por Genética Clínica, Nefrología y Cirugía Pediátrica para la toma de conductas oportunas, así como el acompañamiento a los padres y familia, según las demandas que requiera cada etapa terapéutica.



Fig. 3. Imagen ultrasonográfica DRMQ unilateral izquierda con 6 meses de vida.

DISCUSIÓN

El presente caso describe el seguimiento de una DRMQ unilateral izquierda, malformación congénita que afecta aproximadamente 1 en 4300 recién nacidos y representa el 20 % de las masas abdominales neonatales.⁽¹²⁾

La DRMQ se confirmó mediante ecografía en el segundo trimestre (22,6 semanas), donde se mostró un riñón izquierdo multiquístico sin parénquima funcional, hallazgo clásico descrito en criterios diagnósticos.⁽¹³⁾ La ausencia de oligohidramnios fue un marcador pronóstico favorable, ya que la producción de líquido amniótico depende del riñón contralateral sano.⁽¹⁴⁾

Se optó por un manejo conservador, pues no existían razones para realizar una nefrectomía quirúrgica, además que la probabilidad de desarrollar malignidad renal en estos pacientes es extremadamente baja.⁽¹⁵⁾

La evolución favorable del caso coincide con estudios que reportan que el 90 % de los pacientes con DRMQ unilateral y riñón contralateral normal no requieren intervención quirúrgica.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, el crecimiento progresivo del riñón afectado (112 × 72 mm a los 6 meses) justificó vigilancia por riesgo de hipertensión arterial e infecciones urinarias.



El abordaje incluyó la participación de genética médica, nefrología pediátrica, urología y cirugía pediátrica, como lo recomienda la Sociedad Europea de Urología Pediátrica.⁽¹⁷⁾ El asesoramiento genético descartó patrones hereditarios, respaldado por ecografías renales parentales normales.

CONCLUSIONES

La DRMQ unilateral, si bien generalmente tiene un pronóstico favorable, requiere un manejo estandarizado y vigilancia activa para identificar precozmente posibles complicaciones, tanto en el período perinatal como a largo plazo.

En el presente caso clínico, se diagnosticó mediante ultrasonido del segundo trimestre una DRMQ unilateral izquierda en un feto de una pareja que recibió acompañamiento integral durante toda la gestación. El manejo incluyó seguimiento por equipos interdisciplinarios (genética, nefrología pediátrica y urología). Fueron aprovechados los avances tecnológicos disponibles en el sistema de salud nacional, lo que permitió la confirmación diagnóstica precisa, toma de decisiones compartida con los padres, y seguimiento estricto del crecimiento renal y función contralateral.

Este caso refuerza la importancia del enfoque conservador en DRMQ unilateral con riñón contralateral normal, y destaca el valor de un diagnóstico prenatal preciso, acompañamiento psicológico continuo a la familia y protocolos de seguimiento a mediano y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Acosta Y, Almeida-Campos S, Blanco-Pereira ME. Defectos congénitos: de la embriogénesis a la prevención. Rev Méd Electrón [Internet]. 2023 [citado 10/11/2024];45(4):e5116. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5116>
2. Hernández-Dinza PA, Ramírez-Johnson LK. Algunos aspectos clínicos, paraclínicos y epidemiológicos en recién nacidos con malformaciones congénitas. Arch Méd Camag [Internet]. 2022 [citado 10/11/2024];26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552022000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos congénitos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 10/11/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>



4. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2023 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2024 [citado 10/11/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-02/anuario-estadistico-salud-2023-ed-2024.pdf>
5. Itelmara Hengue J, Durán Álvarez S, Sosa Palacios O, et al. Diagnóstico prenatal y posnatal de anomalías del tracto urinario. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2020 [citado 10/11/2024];92(2):e1070. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2020/cup202j.pdf>
6. Martínez-Olmedo JL, Gómez-Rodríguez G, Flores-Amador TM, et al. Diagnóstico prenatal de malformaciones del tracto urinario: evaluación posnatal y resultado clínico. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2023 [citado 10/11/2024];37(2):43-53. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372023000200043
7. Durán Álvarez S, Calviac Mendoza R, Díaz Zayas N. Displasia renal multiquística, ¿tratamiento conservador o nefrectomía? Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2012 [citado 10/11/2024];84(2):137-45. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2012/cup122c.pdf>
8. Durán Álvarez S, Casacó Santana C, Peña Quian Y, et al. Displasia renal multiquística segmentaria: primeros casos registrados en Cuba. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2009 [citado 10/11/2024];81(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312009000100010&script=sci_arttext
9. Durán Álvarez S, Hernández Hernández JS, Morell Contreras M, et al. Tumor de Wilms en displasia renal multiquística. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2022 [citado 10/11/2024];94(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312022000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Veach PM, Bartels DM, Leroy BS, et al. Coming Full Circle: A Reciprocal-Engagement Model of Genetic Counseling Practice. J Genet Couns. 2007;16(6):713-28. DOI: 10.1007/s10897-007-9113-4.
11. Rojas Betancourt IA, Llamas Paneque A, Marcheco Teruel B. Premisas éticas en el diagnóstico prenatal de defectos congénitos en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 10/11/2024];39(4):779-90. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n4/779-790/es>
12. Societyfor Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Chetty S. Multicystic dysplastic kidney. Am J Obstet Gynecol. 2021;225(5):B21-2. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.06.046.
13. Su J, Qin Z, Fu H, et al. Association of prenatal renal ultrasound abnormalities with pathogenic copy number variants in a large Chinese cohort. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;59(2):226-33. DOI: 10.1002/uog.23702.



14. Schulz AM, Lauten A, Lehmann T, et al. Amniotic fluid content in children with kidney and urinary tract anomalies determines pre- and postnatal development. *Pediatr Nephrol.* 2023;38(11):3635-43. DOI: 10.1007/s00467-023-05988-w.
15. Raina R, Chakraborty R, Sethi SK, et al. Diagnosis and management of renal cystic disease of the newborn: core curriculum 2021. *Am J Kidney Dis.* 2021;78(1):125-41. DOI: 10.1053/j.ajkd.2020.10.021.
16. Swiatecka-Urban A, Windle ML, Kaskel FJ, et al. Multicystic renal dysplasia [Internet]. New York: Medscape; 2020 [citado 10/11/2024]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/982560-overview>
17. European Association of Urology. Guidelines. Paediatric Urology [Internet]. The Netherlands: European Association of Urology; 2023 [citado 10/11/2024]. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO

López-Pérez A, Perdomo-Arrién JC, Benítez-Cordero Y. Displasia renal multiquística izquierda. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico y asesoramiento genético. Reporte de caso clínico. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6064. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6064/6389>

