



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología

Colombia

Rodríguez Piraquive, Miguel Sebastián; Orjuela Rodríguez, Camilo Alberto  
Mejor respuesta caso clínico 3, publicado en la tercera edición de 2015. ¿Cuál sería su  
abordaje diagnóstico y terapéutico?

Revista Urología Colombiana, vol. XXV, núm. 1, 2016, pp. 67-68

Sociedad Colombiana de Urología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149144780018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## REVISTA UROLOGÍA Colombiana

[www.elsevier.es/uroco](http://www.elsevier.es/uroco)



### CUÁL ES SU MANEJO. RESPUESTA CASO CLÍNICO

## Mejor respuesta caso clínico 3, publicado en la tercera edición de 2015. ¿Cuál sería su abordaje diagnóstico y terapéutico?☆



Miguel Sebastián Rodríguez Piraquive<sup>a,\*</sup> y Camilo Alberto Orjuela Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Urología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Urología Pediátrica, Universidad Nacional de Colombia, Hospital de La Misericordia, Fundación Cardioinfantil, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia

Se trata de una mujer de 27 años, con infecciones de vías urinarias recurrentes (no se menciona si fueron febriles), consultó por episodio de cólico renoureteral derecho, con posterior expulsión de lito de 4 mm.

En la reconstrucción tridimensional de la urografía por TAC, se observa dilatación de todos los cálices derechos sin dilatación piélica ni ureteral, se observa, adicionalmente, adecuado paso del medio de contraste a uréter proximal, no hay imágenes de uréter distal. La vejiga luce normal. La gammagrafía renal DMSA muestra una adecuada función cortical, con adecuada fijación del radiotrazador, sin evidencia de lesiones cicatriciales y riñón derecho aumentado de tamaño con función diferencial del 49,9%.

Teniendo en cuenta lo anterior en una paciente de 27 años, sin cicatrices renales y con la función renal diferencial conservada, se considera cursa con megacaliosis.

La megacaliosis es una enfermedad descrita por primera vez por Puigvert en 1964; se trata de una dilatación calicinal no obstructiva, sin evidencia de dilatación piélica ni ureteral<sup>1</sup>. Se diferencia de la hidronefrosis por ausencia de la dilatación de la pelvis y la conservación de la función cortical.

Kimche y Lask consideran esta enfermedad secundaria a la ausencia de peristalsis de los cálices, similar a la acalasia<sup>2</sup>.

Esta enfermedad es generalmente un hallazgo incidental o puede ser diagnosticada en el estudio de alguna de sus complicaciones entre las que se encuentran: formación de cálculos, hematuria, infección o dolor en el flanco<sup>3</sup>. Existe un aumento en la incidencia de infecciones de vías urinarias y de urolitiasis asociada a esta enfermedad, lo cual explica la sintomatología presentada por la paciente de nuestro caso clínico<sup>4</sup>.

Las imágenes usualmente muestran cálices renales de configuración semilunar en comparación con la imagen triangular clásica, habitualmente hay un aumento en el número de cálices, típicamente entre 20-25<sup>3</sup>. Las gammagrafías renales DMSA y DTPA generalmente son normales, sin embargo, cuando se asocian a infecciones de vías urinarias se puede evidenciar cicatrices renales<sup>5</sup>.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.09.001>

☆ Nota del editor de la sección de Oncología, Jaime Andrés Cajigas Plata: revisadas las respuestas del caso anterior, la respuesta más completa fue la de los Doctores Miguel Sebastián Rodríguez Piraquive y Camilo Alberto Orjuela Rodríguez, que contemplaron todos los aspectos relacionados con el diagnóstico, el manejo y el pronóstico. Al paciente se le diagnosticó una megacaliosis y un episodio aislado de expulsión de un cálculo.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [miguelrodriguez09@gmail.com](mailto:miguelrodriguez09@gmail.com)  
(M.S. Rodríguez Piraquive).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.02.005>

0120-789X/© 2016 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El tratamiento se reduce al manejo de las complicaciones y al seguimiento a largo plazo para la resolución oportuna de las mismas.

En esta paciente, se considera pertinente establecer de manera clara cuando fue el último episodio de infección de vías urinarias, y si este fue febril; adicionalmente se debe ampliar el interrogatorio en torno a los hábitos urinarios e intestinales, los cuales debieran ser el primer eslabón terapéutico con miras a prevenir la reincidencia por infecciones de las vías urinarias. Se deben dar las indicaciones claras sobre una adecuada ingesta hídrica y evitar alimentos litogénicos.

Se debe realizar control anual con ecografía renal y de las vías urinarias, función renal con creatinina, y en caso de salir alterados, se plantearía la necesidad de estudios adicionales, de acuerdo a los hallazgos encontrados se podría realizar un Uro-TAC.

## Bibliografía

1. Puigvert A. Le megacalice. *J Urol Nephrol*. 1964;70: 321–36.
2. Kimche D, Lask D. Megacalycosis. *Urology*. 1982;19:478–81.
3. Kalaitzis C, Patris E, Deligeorgiou E, Sountoulides P, Bantistis A, Giannakopoulos S, et al. Radiological findings and the clinical importance of megacalycosis. *Res Rep Urol*. 2015;7: 153–5.
4. Pereira Arias JG, Gurtubay Arrieta I, Escobal Tamayo V, Ibarluzea González JG, Jorge Catalina A, Bernuy Malfaz C. Megacalycosis and lithiasis [Article in Spanish]. *Arch Esp Urol*. 1995;48: 310–4.
5. Kasap B, Kavukçu S, Soylu A, Türkmen M, Seçil M. Megacalycosis: Report of two cases. *Pediatr Nephrol*. 2005;20:828–30.