

DIVERTICULOS CALICILARES A PROPOSITO DE DOCE CASOS

Por los Dres. HERBERT A. PAGLIERE, CARLOS H. SCORTICATI y
NESTOR SANTUCHO

Por haber podido reunir doce casos de divertículos calicilares entre nuestra actividad hospitalaria y privada, nos pareció útil presentarlos en una comunicación conjunta y compararlos entre sí para ver si es posible individualizar datos, que ayuden al mejor conocimiento de esta entidad nosológica, no suficientemente caracterizada y cuyo diagnóstico diferencial con otras patologías del riñón, causó y aún causará interminables polémicas.

Esta falta de uniformidad de criterios para definirla queda expresada en el gran número de denominaciones que se le asignaron, así Puigvert la denomina displasia o ectopía calicular; Bennett: quiste congénito cortical; Woltran: displasia quística congénita; Le Maitre: cáliz pseudoquistico; Fey y Jormaine: quiste yuxtacalicular; Giambacini: quiste peripélvico; Ougier: cavidad pseudoquistica anexa, etc.

De todas ellas, si nos es permitido elegir nos inclinariamos por aquellas que recalcan su naturaleza malformativa y su origen congénito (displasia pseudoquistica congénita, cáliz pseudoquistico congénito) pues ya por definición tienden a ayudar al diagnóstico diferencial. La denominación de divertículo calicular que le diera Prather en 1941 no define si su naturaleza es congénita o adquirida, y por otra parte afirma su origen en un cáliz, cosa que no podemos aseverar, pues creemos más probable que se trate de un cáliz aberrante, distópico, el que por sí, condiciona su existencia.

El patrimonio de esta entidad es atribuido a Roger quien en 1841 publica el primer caso.

Definición

Entendemos por divertículo calicular a toda cavidad congénita en el espesor del parénquima renal, yuxtapuesta a un cáliz y al cual se une por intermedio de un conducto, estando todo el sistema revestido por urotelio.

Frecuencia

Es evidente que la frecuencia de hallazgo no es grande. Sank y Kelley, citados por Fischel y Pikielny, hallaron cinco casos en 6000 urogramas. Kisseler, Merten y Thurn encontraron 6 divertículos sobre 2750 urogramas. Esch y Habbis sobre 5050 pielografías ascendentes y 4500 urogramas describen 6 casos. Uggieri con más suerte, entre 800 urogramas encuentra 5 casos.

Etiopatogenia

No es conocida con exactitud, pero su origen congénito es sostenido por la gran mayoría de los autores. Durante el desarrollo de la yema ureteral que forma el sistema uretero-pielocalicial, ésta sufre sucesivas dicotomizaciones, la primera produciría los calices mayores, la segunda los menores y luego la tercera los conductos colectores de Bellini, muchos de los cuales tienden a desa-

parecer, pero cuando persisten, en especial los de tercero y cuarto orden se originaria el divertículo calicilar (Narath, Fey, Abeshouse y Schwartz). La idea de su origen adquirido goza de menor predicamento y según sus sostenedores, estaría en una acalasia calicial según Moore y Lint, o por obstrucción inflamatoria o calculosa del esfínter calicial; en este último caso es lógico suponer tal como lo hacen B. S. Abeshouse y G. A. Abeshouse, que la obstrucción del cuello calicial daría un hidrocáliz de ubicación eutópica a diferencia con el divertículo calicilar que es distópico.

Anatomía patológica

En los casos puros estas cavidades son de 0,5 a 7 cm. de diámetro, situadas en forma yuxtapuesta al cáliz menor y comunicando con éste por un conducto que no suele ser mayor de un milímetro de diámetro. Trabucco publicó en la Revista Argentina de Urología de julio y agosto de 1938, un caso de "divertículo del riñón" cuyo examen anatomopatológico tiene singular valor. Allí dice "antes de llegar al epitelio que tapiza la zona interna (del divertículo), podemos notar un aumento del tejido conectivo que separa los tubos uriníferos; esta zona está tapizada en casi toda su extensión por una



Fig. 1. — Divertículo calicilar de cáliz medio.

capa de células cilíndricas que se acomodan en dos o tres filas". Luego continúa: "las células epiteliales más profundas semejan a una imagen en raqueta. Es decir que el tejido que rodea el divertículo está formado por ambas capas, cortical y medular, ambas muy adelgazadas. Los túbulos renales de la medular son escasos y algunos tubos rectos desembocan en la cavidad. Bossi y Fabris recuerdan que en la publicación de Fey éste describe dos tipos: el secreto, que presenta muchos tubos colectores desembocando en el divertículo y con escaso

tejido muscular liso, y el excretor a la inversa. En verdad es difícil aceptar que puede hallarse alguna fibra muscular, si la hay, ante la dispersión provocada por la propia expansión del divertículo. En la anatomía patológica referida, el autor no hace referencia al hallazgo de fibras musculares.

Los divertículos caliculares, según Pelisier, el 70 % se localizan en cálices superiores, el 20 % en medianos y el 10 % en inferiores. En los casos complicados, que son los habituales de encontrar por que ocasionan sintomatología, se agrega la infección que altera la conformación calicular ectópica, a lo que se suma el estancamiento de orina dada la dificultad evacuatoria. Por lo tanto es frecuente hallar metaplasia epitelial, infección y litiasis diverticular. Según Abeshouse y Schwartz de sus casos revisados, que hasta 1963 llegaban a 345 en toda la literatura, encuentran un 36 % de litiasis asociada. Yow y Bunts en su serie de 19 casos hallaron el 50 % con litiasis.

Cuadro clínico radiológico

No tiene sintomatología propia y si no se complica puede transcurrir sin ser diagnosticado o lo es en un estudio de rutina. Casi todas las publicaciones consultadas coinciden en que el dolor es el síntoma más frecuente, pudiendo ser muy intenso como en el caso publicado en una reunión de nuestra sociedad



Fig. 2. — Divertículo de grupo calicular superior que se insinúa desplazando los cálices.

por Alonso en 1969. Pero el diagnóstico, evidentemente, es radiológico; ya una placa simple que muestre una formación litiásica en una zona periférica del parénquima renal puede crear la sospecha. Lo radiológicamente típico es hallar, según Ougier, una formación rellena de sustancia de contraste, unilateral, aislada, redondeada u oval, homogénea, de contorno neto e intraparen-

quimatosa, en general sobre cálices superiores a uno de los cuales, se une por intermedio de un fino canalículo.

Hay autores que sostienen que la pielografía ascendente da mejores imágenes, en cambio otros, entre ellos Puigvert, niegan esta aseveración y dicen que en este caso el líquido de relleno llega con mucha dificultad al divertículo debido a la estenosis del conducto.

Kissler, Merten y Thurn hacen en 1962 consideraciones diagnósticas radiológicas decisivas, pues al igual que Uggeri, señalan el contraste precoz del divertículo, lo cual unido a un retardo en la eliminación de dicho contraste, al anular la compresión abdominal, demuestra no sólo su carácter funcionante sino, además, su ritmo evacuatorio patológico. Puigvert coincide en que el contraste precoz es signo diferencial incuestionable de divertículo calicular, pues la orina segregada tiene buena densidad iódica a la inversa de lo que ocurre con el hidrocáliz.

CASUÍSTICA

	Sexo	Edad	Síntomas	Infección urinaria	Signos	Patología asociada
1	Masc.	26	Hematuria	No	Hematuria	No
2	Masc.	59	No	No	No	Adenoma de Próstata
3	Masc.	52	No	No	No	Adenoma de Próstata
4	Fem.	38	Dolor	Si	Hematuria	No
5	Fem.	43	Dolor Cólico	Si	Expulsión de Litiasis renal cálculo	
6	Masc.	65	No	Si	No	Tumor de vejiga
7	Masc.	72	No	No	No	Adenoma de Próstata
8	Masc.	69	No	No	No	Adenoma de Próstata
9	Masc.	35	Dolor	No	No	No
10	Masc.	64	Dolor	Si	No	Hidrocaliz
11	Fem.	46	Hipertensión	?	No	No
12	Fem.	28	Dolor contralateral	Si contralateral	Dolor	Litiasis contralateral

Diagnósticos diferenciales

- 1) Con la tuberculosis renal: su diagnóstico diferencial junto con la hidatidosis, es uno de los más importantes pues puede simular un divertículo calicular. La caverna es irregular, esfumada, con excreción retardada y aspecto apollado; generalmente funciona mal y suele re-

llenarse por reflujo desde la pelvis, no variando a la compresión y liberación de los uréteres.

- 2) Con la hidatidosis renal: es fundamental el antecedente de patología quística en otro órgano, tal como hígado o pulmón, y el síndrome de quiste abierto en vías urinarias con la característica hidatiduria y encontrando en la radiografía las típicas imágenes ya conocidas.
- 3) Con el hidrocáliz: tiene su etiología en la estenosis del cuello calicial; por patología infundibular, litiasis o inflamación y su ubicación no suele ser cortical.



Fig. 3. — Divertículo calicular de caliz superior de riñón derecho, que por su gran tamaño merece ser diferenciado como el quiste hidatídico.

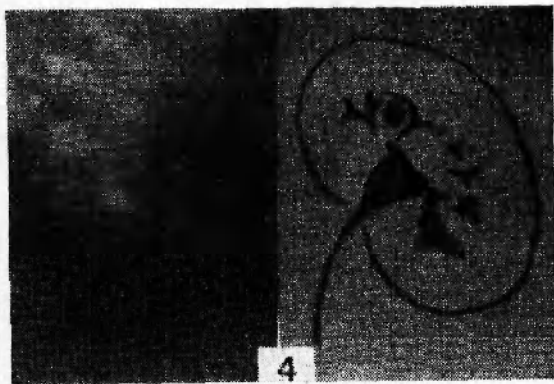


Fig. 4. — Divertículo calicular situado entre cálices superiores, e hidrocáliz de caliz inferior renal. En este caso coexisten ambas patologías en el mismo riñón.



Fig. 5. — Divertículos caliculares situados en polo renal superior que por su forma en clava pueden confundirse con el caliz pielonefrítico.

- 4) Con el caliz en clava pielonefrítico: es poco probable que se halle circunscripto a un solo caliz y además su cuello es ampliamente comunicante con la pelvis renal, y si bien puede acercarse a la cápsula renal, por atrofia y retracción cicatrizal del parénquima, nunca es distópico en relación con la pelvis y los otros cálices.
- 5) Con el quiste solitario o seroso: es muy raro que este se abra en un caliz, premisa inevitable para considerarlo pues es habitualmente cerrado, no relleniéndose con sustancia de contraste. Es frecuente que ocupe el polo inferior y por lo general como da una imagen expansiva, se hacen arteriografías para descartar un blastoma. Si se ha roto en un caliz, el diagnóstico puede ser difícil, sino imposible, pero el re-

NERO

**cólico
renal o
hepático**



composición

NERO inyectable - Cada ampolla contiene:
Fioroglucinol 40 mg; 1,3,5 Trimetoxi-
benceno 20 µg; Excipientes c. s. p. 2 ml.
NERO supositorio - Cada supositorio
contiene: Fioroglucinol 40 mg; 1,3,5 Trime-
toxibenceno 20 µg; Excipientes c. s. p. 2 g.

NERO supositorios - Cada supositorio
contiene: Fioroglucinol 300 mg; 1,3,5
Trimetoxibenceno 300 µg; Excipiente
p. s. p. 2.400 mg.

NERO comprimidos - Cada comprimido
contiene: Fioroglucinol 80 mg; 1,3,5
Trimetoxibenceno 80 mg; Excipiente
p. s. p. 300 mg.

presentación

NERO inyectable: Caja de 5 ampollas.
NERO 40 inyectable: Caja de 5 ampollas.
NERO supositorios: Envase de 5 supo-
sitorios.
NERO comprimidos: Envase de 30 com-
primidos.

ELEA

yugula las crisis
dolorosas más
violentas, del cólico
renal o hepático,
por resolución del
espasmo

facilita la migración
y expulsión indolora
de los cálculos
ureterales

totalmente inocuo