

Rotura Calicial Espontánea*

Drs. MORINI J. P. (x); MUNDO M. (xx); VILLAMIL A. A. (xxx)

RESUMEN: Se comenta un caso de rotura calicial con extravasación de orina al espacio perirrenal izquierdo, en un paciente portador de un lito pieloureteral del mismo lado.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, pág. 23, 1993)

Palabras Clave: Riñón; Rotura Calicial Espontánea.

INTRODUCCION

La "rotura espontánea calicial" con extravasación de orina al espacio perirrenal, ha sido motivo de algunos artículos, siendo hallada más frecuentemente en tumores renales, mujeres embarazadas litiasis ureteropielicas, estudios contrastados de vías urinarias, poliarteritis nodosa, divertículos pielocaliciales y en otras patologías agudas obstructivas. en casi todas ellas se observa la existencia de 2 factores intervinientes:

* Alteración anatómica congénita o adquirida pielocalicial.

* Hipertensión de vía excretora urinaria.

El caso que nos ocupa fue estudiado mediante el empleo de ecografía, urografía y T.A.C.

Caso Clínico:

Paciente de 33 años que ingresa con un cuadro clínico de 24 Hs de evolución, con gran distensión abdominal, dolor intenso en hemiabdomen izquierdo irradiado al

resto del mismo, vómitos alimentarios abundantes, leve aumento de temperatura corporal y sudoración fría.

Semiología:

El examen físico mostró franca defensa muscular en todo el abdomen con signos de irritación peritoneal generalizada, puño-percusión izquierda francamente positiva y tacto rectal normal.

Estudios Complementarios:

Laboratorio: Recuento de blancos elevados (10600/mm³).

En orina vestigios de hemoglobina, escasa cantidad de hematíes y regular cantidad de ac. úrico.

Rx. simple abdominal de frente: Gran distensión del marco colónico sin presencia de niveles líquidos.

Ecografía abdominal: Riñón izquierdo con uronefrosis moderada, colección líquida perirrenal en polo inferior de 1 cm de espesor (foto 1). Resto de estudio dentro de límites normales.

* Policlínico Ferroviario Central - Buenos Aires - Argentina - Servicio de Urología -

(x) Médico Residente

(xx) Jefe de Residentes

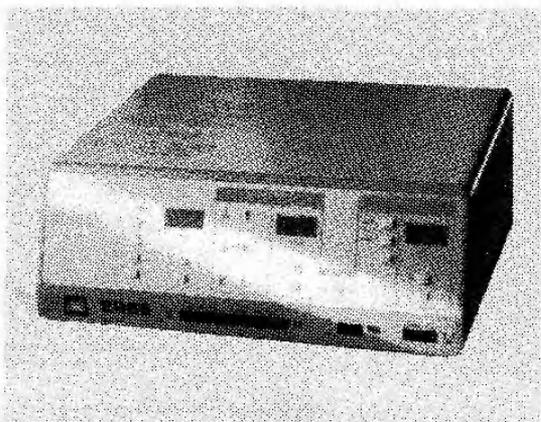
(xxx) Jefe de Servicio

SAU



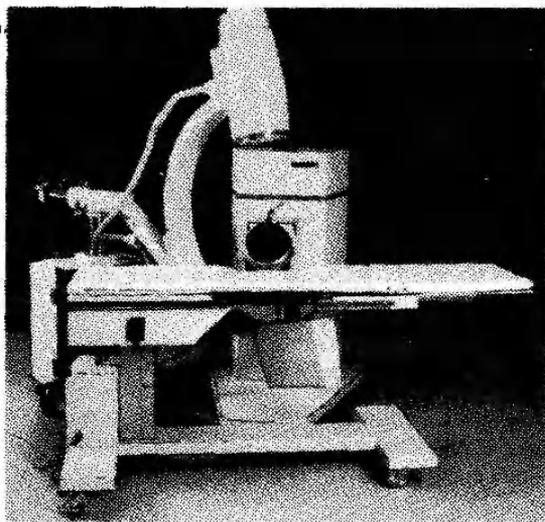
Representante exclusivo de
RICHARD WOLF ALEMANIA
Endoscopia Urológica - Endourología - Sistemas de Video endoscopia

Presenta sus últimas novedades para el médico urólogo



ERBOTOM MCC-300

- Microprocesador automático.
- Potencia de corte y coagulación automática.
- Auto-regulación.
- 53 programas de service incorporados.



REBUSTONE 300

- Apto para cálculos vesicales-renales ureterales y biliares.
- Seguimiento por ARCO C o ultrasonido.
- Muy bajo costo y alto rendimiento.

Y COMO SIEMPRE, NUESTRA ASISTENCIA TECNICA Y REPUESTOS GARANTIZADOS.

Ventas: Montevideo 464, 1° piso, telefax: 46-7508/49-5362
Administración: Montevideo 456, 10° "A". Tel.: 49-3338/3364

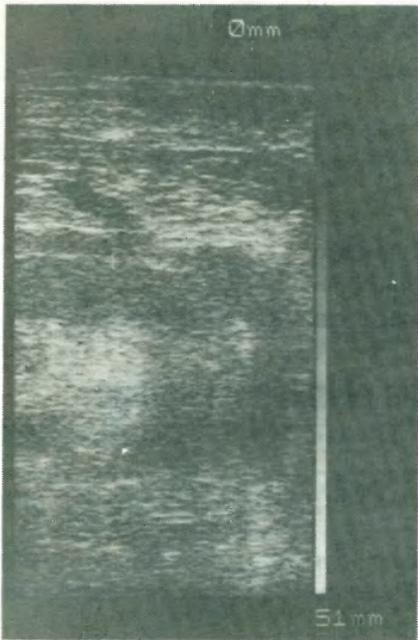


FOTO 1. Ecografía mostrando colección líquida perirrenal.

Urograma excretor: Imagen radiolúcida compatible con lito a nivel pieloureteral izquierdo, con pasaje filiforme de sustancia de contraste por uréter y extravasación de la misma sustancia a través del cáliz medio a tejido perirrenal (foto 2 y 3).



FOTO 2. Urograma excretor. Imagen compatible con lito a nivel pieloureteral izquierdo.



FOTO 3. Pielografía ascendente. Imagen compatible con lito a nivel pieloureteral izquierdo.

T.A.C.: Colección líquida perirrenal, en forma de semiluna, que rodea el polo inferior del riñón izquierdo, de 2 cm de espesor, con pasaje de líquido de contraste (fotos 4, 5 y 6).

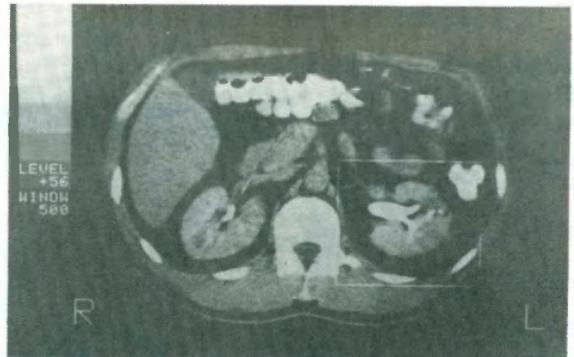


FOTO 4. T.A.C. Se observa imagen renal con pequeña colección perirrenal.

Diagnóstico:

Con todos estos datos se llegó al diagnóstico de rotura de cáliz medio de riñón izquierdo con colección urinosa perirrenal debida a hiperpresión piélica izquierda, ocasionada por la presencia de un cálculo pieloureteral obstructivo del mismo lado.

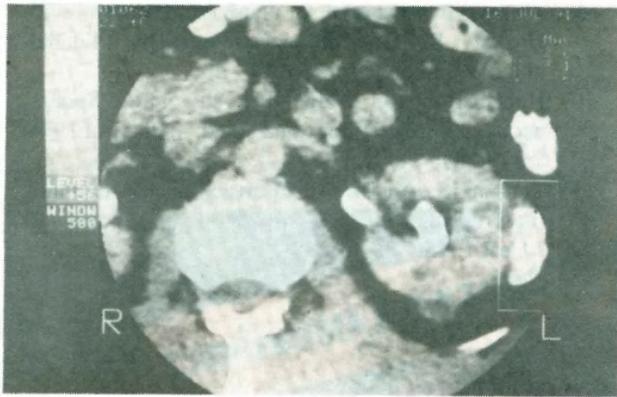


FOTO 5. T.A.C. Imagen de tercio medio renal donde se observa salida del material de contraste al espacio perirrenal.

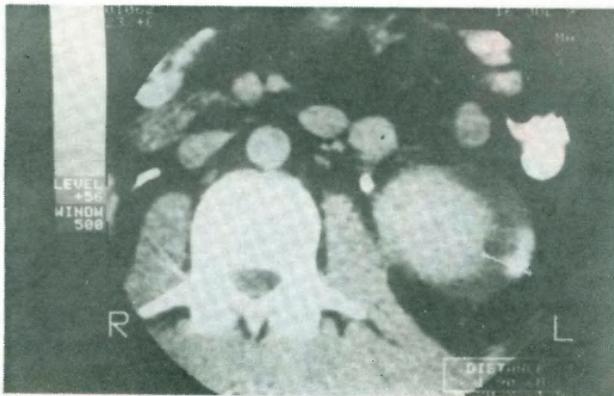


FOTO 6. T.A.C. Imagen del polo inferior de riñón izquierdo donde se evidencia la salida del material de contraste al espacio perirrenal, en forma de semiluna.

Tratamiento:

El proceso fue solucionado mediante la extracción percutánea del cálculo.

CONCLUSION

Varias son las teorías formuladas para encarar la fisiopatología de esta entidad.

Cuando esta patología se presenta en riñones tumorales, la invasión venosa renal por el tumor con el incremento rápido de su presión, es el principal factor causante de la ruptura parenquimatosa y calicial con la consiguiente extravasación de orina y sangre (Polkey y Vynalek).

En aquellos pacientes donde se produce una obstrucción aguda de la vía excretora (litiasis pieloureterales, etc.) o en donde se elevan las presiones intrapiélicas en forma rápida (estudios contrastados de vías urinarias), se

apreció una congestión a nivel tubular renal, con gran infiltrado polimorfonuclear y aumento de las presiones intravenosas (Mc. Dougal WS, Kurshe D, Persky L).

En la mayor parte de los casos existe un momento en que la presión de filtración glomerular, desmejorando o anulando la función renal. Esto está dado en gran parte, a la resistencia anatómica del sistema colector, que posee un límite de capacidad para dilatarse como mecanismo compensatorio para mantener las diferencias de presiones en caso de obstrucción aguda.

Cuando esto ocurre en riñones donde existen anomalías congénitas o adquiridas del sistema pielocalicial (divertículos pielocaliciales, ureteroceles, etc.), existe un punto en este sistema que es incapaz de soportar presiones elevadas, produciendo su ruptura con laceración de vasos sanguíneos y parénquima renal, lo que lleva a la acumulación de orina con sangre en espacio perirrenal (S. Costas y JP Van Blerk).

En muchos casos, no se pudo demostrar la presencia de estas alteraciones anatómicas, de aquí la aparente espontaneidad de este hecho.

Pocos son los artículos publicados sobre la anatomofisiología de este proceso, y aún no es claro su mecanismo íntimo de acción.

Debemos recordar que no siempre es fácil realizar un diagnóstico acertado, dado que la sintomatología florida y la evolución aguda plantea diagnósticos diferenciales con otras patologías intrabdominales quirúrgicas, con necesidad de consultar otras especialidades (como cirugía general, ginecología, etc.) y la utilización de métodos auxiliares de diagnóstico, como la ecografía, urografía y T.A.C. nos ayudan a evitar diagnósticos apresurados, por lo general errados, y tratamiento inadecuados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Thanos A., Farmakis A., Davillas N. - Spontaneous rupture of the kidney: a cause of acute abdominal pain. - Scand J Urol Nephro - 23:313-314, 1989.
- 2) Mc Dougal WS, Kurshe D, Persky L - Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hematoma. - J Urol - 1975; 114:181.
- 3) Polkey HJ, Vynalek WJ - Spontaneous nontraumatic perirenal and renal hematoma. Experimental and clinical study. - Arch Surg 1933; 26:196.
- 4) Costas S, Van Blerk JP - Pyelocaliceal Diverticula and rupture of the kidney - University of Witwatersrand, Johannesburg - south Africa - British Jou Urol - 1980, 111-113.
- 5) Nativ O, nissenkorn J, Goldwasser B, Many M - Spontaneous rupture of renal angiomyolipoma. - Eur Urol 1984, 10:345.

- 6) Mukamel E, Avidor I, Servadio C - Spontaneous rupture of renal and ureteral tumors presenting as acute abdominal condition. - J Urol 1979, 122:696.
- 7) Ayla San, Nasuhi E, Güray Okyar - Spontaneous bilateral rupture of kidneys in a patient with polyarteritis nodosa. - Atatürk University, Erzurum, Turkey - scand J Urol Nephrol - 1990, 24:319-321.
- 8) Bülow H, Frohmüller H. - Etiology, diagnosis and treatment of spontaneous rupture of the kidney. - Urologe A 1975, 14:269-271.
- 9) Abrams HL, Adams DF In: Walsh PC, eds - Campbell's Urology - Renal and adrenal angiography - Philadelphia: WB Saunders 1986, 443-509.
- 10) Hutschenreiter G, Weigand H, Altwein JE - Spontaneous rupture of kidney and shock - Akt Urol 1976; 7:279-287.
- 11) Tonjum S, Aardal NP, Hartvei. F - Atraumatic rupture of the kidney. A case report with autopsy - Br J Urol 1975; 47:145-148.



CARCINOMA AVANZADO DE PROSTATA

Unico
tratamiento
con
bloqueo
androgénico
completo

ANDROCUR[®]
50

MEJOR CALIDAD DE VIDA

- **En monoterapia**
- **Asociado a la orquiectomía**
- **En combinación con agonistas de la LHRH**

Androcur[®]
Antiandrógeno oral

Composición
1 tableta contiene 50 mg de acetato de ciproterona.

Indicación
Tratamiento antiandrógeno en el carcinoma de próstata inoperable

Presentación
50 tabletas de 50 mg c/u.

Para una mayor información, consúltense nuestros impresos más detallados.

Schering AG, Alemania

(1) Pavone-Macaluso, M. et al., J. Urol., 136, 3:624-631 (1986)

(2) Neumann, F. et al., en Konservative Therapie des Prostatakarzinoms, ed. R. Nagel, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1987, p. 61

(3) Radlmeier, A., Bohrmacher, K. y Neumann, F., Akt. Urol., 20:143-147 (1989)

(4) Eaton, A. C. y McGuire, M., Lancet 8363:1336 (1983)

(5) Al-Abadi, H., Vahherpe, H. y Nagel, R., Therapiewoche 39:2306-2308 (1989)



APOYÉ LA INVESTIGACION
UTILICE
MEDICAMENTOS ORIGINALES

