



IMÁGENES

Litiasis coraliforme

Coraliform lithiasis

José Romano*, Cinta Estrada y Natalia Suárez

Centre d'Atenció Primària Just Oliveras/Equipo de Atención Primaria Sant Josep, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

En España la prevalencia de litiasis renal alcanza al 4,2% de la población, con mayor afectación en varones que en mujeres, relación 2-3/1. Únicamente los cálculos infectivos tienen mayor incidencia en la mujer (litiasis coraliforme); mientras que en el varón es más frecuente la litiasis de oxalato cálcico y de ácido úrico¹. Un cálculo coraliforme se define como aquel que tiene un cuerpo central, y al menos una rama calicial. Se denomina parcial si solo rellena parte del sistema colector, y completo cuando rellena todos los cálices y la pelvis renal². La litiasis coraliforme es una de las formas de presentación más grave de las litiasis urinarias. En general, se asocia a infección del tracto urinario por gérmenes ureolíticos (*Proteus*, *Pseudomonas*, *Ureaplasma*...), aunque también existen otros factores que favorecen su formación (vejiga neurógena, parálisis médula espinal, catéter urinario infectado, estenosis uretral...)³.

Nos encontramos ante el caso de una mujer de 41 años, que acude a consulta de urgencias de atención primaria por dolor lumbar agudo de características mecánicas. No presenta síndrome miccional ni fiebre. Entre sus antecedentes personales destacan: migraña en tratamiento con rizatriptán, lumbalgia mecánica ocasional y un episodio de pielonefritis izquierda en septiembre de 2008 (estudio previo urografía EV 10/09/2008, sin hallazgos significativos). A la exploración física presenta buen



Figura 1 Litiasis coraliforme. Radiografía.

estado general, auscultación cardíaca y respiratoria normal. Destaca contractura de la musculatura paravertebral a nivel dorso-lumbar, puñopercusión renal bilateral negativa y puntos ureterales superiores y medios negativos. Con la orientación diagnóstica de lumbalgia mecánica aguda se inicia tratamiento con AINE. Tras 4 días de tratamiento el dolor persiste, por lo que se asocian relajantes musculares. Acude a control una semana después con persistencia de dolor lumbar y se solicita una radiografía de columna lumbosacra que muestra una columna lumbar inestable con esclerosis interapofisiaria posterior; una litiasis de 4,5 mm en el polo renal inferior izquierdo y una litiasis coraliforme que ocupa el sistema colector intrarrenal derecho (fig. 1). La paciente es derivada al servicio de urología. La TAC abdominal (fig. 2) muestra una litiasis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jromano@ambitcp.catsalut.net (J. Romano).



Figura 2 Litiasis coraliforme. TC abdominal.

coraliforme derecha, y otra litiasis de 9 mm en grupo calicial inferior renal izquierdo, sin repercusión sobre el sistema excretor bilateral en el momento actual, con nefrograma bilateral simétrico. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. El urocultivo indica la presencia de >100.000 UFC de *Proteus mirabilis*. Se inicia tratamiento con ácido acetohidroxámico y litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC). El tratamiento definitivo fue una nefrolitotomía percutánea (NLP). Tras la extracción del cálculo se determinó que la composición del mismo correspondía a fosfato amónico magnésico hexahidrato (estruvita) 80% y fosfato cálcico apatítico (apatita) 20%. A pesar de tratarse de un primer episodio, la confirmación de un cálculo coraliforme obliga a realizar una evaluación metabólica completa⁴.

En toda litiasis coraliforme, el objetivo es eliminar el cálculo. En nuestro caso inicialmente se realizó LEOC, pero su fracaso llevó a la realización de NLP. En los

cálculos con un diámetro superior a 6-7 mm está indicada la extracción⁵. La solicitud de una radiografía de columna lumbar como parte del estudio resultó de enorme utilidad para llegar a un diagnóstico preciso. En un cólico nefrítico agudo, la urografía excretora (pielografía intravenosa) ha sido la prueba de referencia. Sin embargo la radiografía simple renal más la ecografía serían de segunda elección (GCC: 2a; GR: B)⁵.

Hemos querido presentar este caso por las características de la imagen radiológica, por el tamaño del cálculo sin repercusión en la función renal y por la presentación atípica del mismo al tratarse de una mujer con ausencia de alteraciones anatómicas, normalidad metabólica, inexistencia de infecciones sintomáticas del tracto urinario o de cólicos nefríticos de repetición previos.

Bibliografía

1. Gonzalo Rodríguez V, Trueba Arguiñarena FJ, Rivera Ferro J, Fernández del Busto E. Nuestra experiencia en el tratamiento de la litiasis coraliforme (1987-2004). Revisión de los resultados. Arch Esp Urol. 2008;61:799-807.
2. Arrabal Martín M, Gutiérrez Tejero F, Ocete Martín C, Esteban de Vera H, Miján Ortiz JL, Zuluaga Gómez A. Tratamiento de la litiasis coraliforme. Arch Esp Urol. 2004;57:9-24.
3. Ferrer Moret S, Bellerino Serrano E, Pérez Morales D. Litiasis renal: criterios de estudio, derivación y tratamiento. FMC. 2015;22:301-11.
4. Rodrigo B. Evaluación metabólica y nutricional en litiasis renal. Rev Med Clin Condes. 2010;21:567-77.
5. Turk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Seitz C, Straub M, et al. Guía clínica sobre urolitiasis. European Association of Urology; 2010. p. 1-102.