

donde la pelvis renal está muy dilatada, adoptando una forma esférica característica. Además, puede identificar la hipoplasia medular con corteza renal normal característica de la megacaliosis, con alteración de la *ratio* corteza/medula renal a valores próximos a 1:1 (normal 1:3)¹¹. El estudio gammagráfico con DTPA ^{99m}Tc demuestra buena captación del isótopo por parte del parénquima renal, con una curva de eliminación dentro de la normalidad tras sobrecarga con furosemida^{10,13}. En los casos en los que se ha efectuado, el estudio angiográfico revela la absoluta normalidad en el árbol vascular intrarrenal, que contrasta con la atrofia isquémica cortical propia de la compresión hidronefrótica⁴. Los estudios urodinámicos efectuados ponen de manifiesto estasis en las cavidades caliciales con ausencia de obstrucción^{4,14}.

Los pacientes afectados de megacaliosis presentan una función renal normal. Únicamente es posible observar una disminución del poder de concentración y de acidificación renal en los casos de afectación bilateral o por estudios separados de orinas en los casos unilaterales, lo cual justifica la frecuente asociación a litiasis fosfocálcica⁴. A pesar de tratarse de una enfermedad, en principio, no evolutiva, algunos autores han constatado cierta progresión de la disfunción renal secundaria al defecto de concentración del túbulo distal⁷, por lo que se recomienda un seguimiento analítico y gammagráfico periódico de la función renal, sobre todo en la edad pediátrica¹³.

La megacaliosis no tiene tratamiento específico, existiendo consenso entre los diferentes autores acerca de un tratamiento conservador^{1,2,10}. Las complicaciones asociadas como la infección urinaria y la litiasis requieren actitudes terapéuticas que no difieren de las que suelen indicarse en tales procesos¹⁵.

En referencia al caso aportado, cabe insistir para terminar en la posibilidad de la detección ecográfica prenatal de la entidad, por lo que debe de ser incluida en el diagnóstico diferencial de la hidronefrosis fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puigvert A. Megacaliosis: diagnóstico diferencial con la hidrocaliectasia. *Med Clin* 1963; 41: 294-302.
2. Gittes RF, Talner LB. Congenital megacalices versus obstructive hydronephrosis. *J Urol* 1972; 108: 833-836.
3. Kimche D, Lask D. Megacalycosis. *Urology* 1982; 19: 478-481.
4. Vela Navarrete R. La megacaliosis o enfermedad de Puigvert. *Rev Clin Esp* 1981; 163: 431-433.
5. Marsilli E, Camerani M, Maffei I, Zeni B, Scialpi M, Cauvin V et al. Mégapolycalicose: a propos d'un cas avec diagnostic anté-natal et postnatal. *Journal d'Urologie* 1991; 97: 294-297.
6. Kleman FJ. Unilateral megacalycosis. *J Urol* 1973; 110: 378-379.
7. O'Reilly PH. Relationship between intermitent hydronephrosis and megacalycosis. *Br J Urol* 1989; 64: 125-129.
8. Lam AH. Familial megacalycosis with autosomal recessive inheritance. Report of 3 affected siblings. *Pediatr Radiol* 1988; 19: 28-31.
9. Briner V, Thiel G. Hereditary Poland syndrome with megacalycosis of the righth kidney. *Schweiz Med Wochenschr* 1988; 118: 898-903.
10. Gutiérrez Baños JL, Martín García B, Hernández Rodríguez R, Picatoste Patiño J, Ladrón Gil C, Guturbay Arrieta I. Estudio comparativo de los distintos medios diagnósticos en dos casos de megacaliosis. *Arch Esp Urol* 1987; 40: 7-11.
11. Mandell GA, Snyder III HM, Heyman S, Keller M, Kaplan JM, Norman ME. Association of congenital megacalycosis and ipsilateral segmental megaureter. *Pediatr Radiol* 1986; 17: 28-33.
12. Cacciaguerra S, Bagnara V, Arena C, Rizzo L, Distefano A, Milone P et al. Megacalycosis on duplex system upper moiety. *Eur J Pediatr Surg* 1996; 6: 42-44.
13. Gómez Tellado M, Pais E, Méndez R, Montero M, Vela D, Caramés J et al. Utilización del ^{99m}Tc DTPA en el seguimiento de 2 pacientes pediátricos diagnosticados de megacaliosis o enfermedad de Puigvert. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 762-766.
14. Whitaker RH, Flower CDR. Megacalices - How broad a spectrum? *Br J Urol* 1981; 53: 1-6.
15. Pereira Arias JG, Guturbay Arrieta I, Escobal Tamayo V, Ibarluzea González JG, Jorge Catalina A, Bernuy Malfaz C. Megacaliosis y enfermedad litiásica. *Arch Esp Urol* 1995; 48: 310-314.

Fe de errores

En el artículo "Estudio inmunohematológico de la enfermedad hemolítica ABO", publicado en el volumen 53, número 3, en la página 250, se ha detectado un error en la figura 1 en el número de casos del grupo sanguíneo A negativo y O positivo, por lo que reproducimos la figura con las cifras correctas.

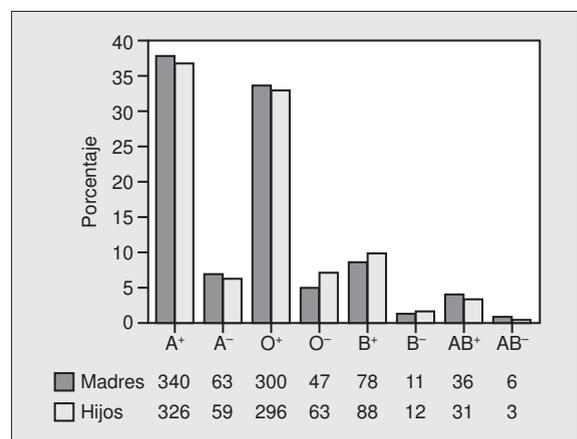


Figura 1. Distribución de los grupos sanguíneos en las madres e hijos.