



# LXII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Urología

## Presentación de Casos Clínicos

### Caso clínico abierto. Concurso Lesión ureteral extensa secundaria a ureteroscopia rígida

Zonana FE, Sedano IA, Ramírez EA.  
Hospital Ángeles Mocol, México, DF.

**Objetivo:** Informar lesión yatrógena extensa de uréter por ureteroscopia rígida no indicada en el caso en particular y sin estudios completos que justificaran este procedimiento, así como mostrar la utilidad del segmento de ileon para sustituir lesiones extensas del uréter.

**Material y métodos:** Paciente de 38 años de edad que acude a consulta en agosto del 2006 para retirarle catéter doble jota en el consultorio. Tres semanas antes acude por cólico renal izquierdo a centro hospitalario privado por sombra radiopaca de 3 mm de diámetro entre segunda y tercera apófisis transversa izquierda; se somete ureteroscopia y litotripsia, procedimiento que dura más de tres horas según informe del paciente. Se revisó video entregado al paciente que mostró ureteroscopia rígida sin evidencia de resolución del problema.

Antes de retirar el catéter de doble jota se tomó placa simple que no demostró evidencia de sombra radiopaca alguna. Tres semanas después del retiro del catéter el paciente presentó dolor lumbar izquierdo continuo intenso que cedía parcialmente a analgésicos, por lo cual se le indicó ultrasonido renal el cual mostró dilatación de cavidades renales izquierdas y uréter en su tercio superior. Se realizó urografía excretora retardada y a 24 h y sólo se observó nefrograma en el riñón izquierdo, megacalicosis en el riñón derecho sin evidencia de obstrucción. Se efectuó cistoscopia e intento de pielografía ascendente sin datos de meato ureteral izquierdo, por lo que se efectuó nefrostomía percutánea izquierda y pielografía por *pig tail* y se observó dilatación de cavidades renales y el uréter amputado antes de la excavación pélvica; en otro tiempo se intentó pasar guía hidrofílica que se enroló en porción ciega en uréter en su tercio medio. Se le propuso al paciente reimplante en psoas Hitch o sustitución de uréter con segmento ileal. En el transoperatorio se aborda uréter retroperitonealmente, con disección distal difícil por gran fibrosis periureteral, por lo que éste se seccionó considerándose el extremo viable hasta 5 cm por arriba el cruce de los vasos ilíacos; se efectuó reconstrucción de aproximadamente la mitad del uréter inferior con un segmento ileal de 12 a 15

cm de longitud y anastomosis ureteroileal mucosa-mucosa e iliovesical en el domo de vejiga en su porción intraperitoneal; se dejó catéter en doble jota y se mantuvo al paciente con sonda de nefrostomía por dos meses.

**Resultados:** Urografía de control seis meses después mostró disminución franca de la dilatación de cavidades renales y con excelente funcionamiento del asa ileal.

**Conclusiones:** Se presenta el caso de un paciente con lesión de uréter inferior extensa yatrógena por ureteroscopia rígida mal indicada, resuelta con el empleo de un segmento ileal. De acuerdo con las guías internacionales, el ureteroscopio semirígido (6.0-7.5 Fr) debe ser utilizado exclusivamente en el uréter distal; el acceso al uréter proximal y de cavidades renales debe ser a través del ureteroscopio flexible, con o sin dilatación del uréter intramural.

### Caso clínico abierto Hidronefrosis prenatal

Villacís Fonseca Salim Antonio

Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farias, ISSSTE, Zapopan, Jal.

**Historia clínica:** AHF: madre de 27 años, G:1, grupo sanguíneo A (+), dedicada al hogar, niega toxicomanías, sin enfermedades crónico-degenerativas; niega estar bajo tratamiento médico. APN: producto de primera gesta con embarazo a término (39 SDG), normoevolutivo con adecuado control prenatal; ingesta de ácido fólico y fumarato ferroso. Obtenido por cesárea con peso de 3 800 g, talla de 52 cm, PC de 37, PT de 37, PA de 38 y PIE de 8. APP: detección de hidronefrosis izquierda por ultrasonido durante el control prenatal a las 33 SDG con dx de ectasia y quiste renal izquierdo, reportado en USG renal. Riñón izquierdo (82 x 47 x 57 mm) con presencia de dilatación. Riñón izquierdo por quistes de diversos tamaños. Riñón derecho (51 x 33 mm) de características normales. Se realiza nuevo USG renal posnatal reportando: Riñón derecho (4 x 4 x 2 cm) con buena relación corteza-médula sin presencia de dilatación. Riñón izquierdo con dilatación pielocalicial con adelgazamiento de corteza. Se realiza gammagrama renal reportando: Patrón obstructivo del riñón izquierdo con función renal izquierda de 17%. Riñón derecho con adecuado funcionamiento renal. Laboratorio: Hgb, 15; Cr, 0.7; Hto, 48; urea, 6.9; plaq, 216 000; K, 5.3; TP, 12; Na, 138; TPT, 53.

**Diagnóstico:** Estenosis Uretero-pielica izquierda con Hidronefrosis grado V.

**Tratamiento quirúrgico:** Se realizó pieloplastia izquierda (Anderson Hynes) a los ocho días de vida extrauterina, reportando como hallazgo pelvis de 7 cm de diámetro. Segmento adinámico ureteral de 2 cm y parénquima renal adelgazado.

**Seguimiento:** Se realizan ultrasonidos de seguimiento con involución de la hidronefrosis con marcada mejoría. Se realiza gammagrama renal a los ocho meses de edad con FG, 80; RD, 52.5; RI, 27.7%. Clínicamente asintomático. Se decide alta del servicio.

### Caso clínico abierto Trastorno de la diferenciación sexual 46XX (hiperplasia suprarrenal congénita, diagnóstico tardío)

García de León Gómez José Manuel, Aguirre Ramírez Pedro.  
Hospital de Pediatría, UIMAE, IMSS, Centro Médico de Occidente, Guadalajara, Jal.

**Historia clínica:** Paciente de siete años de edad que acude a consulta de recién nacido; se le informa a la madre que su hijo tiene genitales ambiguos que requieren estudios; sin embargo, no acude nuevamente sino hasta la edad de siete años y tres meses.

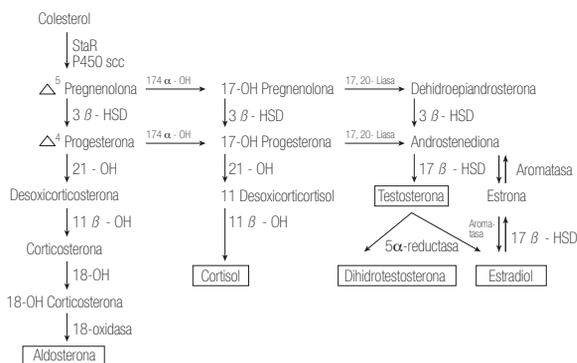
AHF: Madre de 35 años, padre de 38 sin consanguinidad, sin antecedentes de interés, producto del quinto embarazo obtenido por cesárea, macrosómico, peso de 4 300 g.

APP: Genitales ambiguos al nacimiento.  
Exploración física: siete años, peso de 57 kg, estatura de 1.51 m, con una edad ósea de 14 años (todo por arriba de lo esperado para su edad en la percentila 99). Tubérculo genital de 6 cm, presencia de seno urogenital, virilización grado IV de Prader, gónadas no palpables.

Laboratorio: testosterona, 2.25 ng (normal, menos de 0.7); y 17-hidroxiprogesterona, 137.6 ng/dl (normal, menos de 2.9). Electrolitos normales.

**Diagnóstico:** Hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple (TDS 46XX).

Tratamiento: médico, prednisona; quirúrgico, genitoplastia feminizante (se describe la técnica quirúrgica).



### Caso clínico abierto Traumatismo renal en paciente monorreno

Martínez José Ángel, Osorio Sánchez Víctor, Morales Montor Jorge Gustavo, Cantellano Orozco Mauricio, Pacheco Gabhler Carlos.  
División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, DF.

**Antecedentes:** Hombre de 19 años de edad, soltero, estudiante, católico; tabaquismo (15 cigarros al día) y alcoholismo desde los 12 años (cada semana hasta la embriaguez), toxicomanías positivas (marihuana, cocaína, cemento, pegamento, intravenosas no especificadas) desde los 14 años. Niega antecedentes crónico-degenerativos y alergias, transfusión de concentrados eritrocitarios en 2006. Antecedente de nefrectomía izquierda por traumatismo renal grado IV ocasionado por herida con arma punzocortante en febrero del 2006.

**Padecimiento actual:** Inició en marzo del 2011 tras sufrir agresión por terceras personas con arma punzocortante en región toracolumbar derecha. Ingresó al servicio de urgencias con fascias algica, mucosa bucal mal hidratada, palidez de piel y tegumentos, somnoliento, desorientado en tiempo; signos vitales: tensión arterial, 70/50 mmHg; frecuencia cardiaca, 110 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 26 por minuto; temperatura, 36° C. Laboratorios de ingreso: Hb, 13.9 g/dl; Hto, 42.2%; leucocitos 9.9 x 10<sup>3</sup>; plaquetas, 162 000; glucosa, 133 mg/dl; creatinina, 1.3mg/dl; BUN, 10.5 mg/dl; EGO sangre +++; eritrocitos, 3 502. En la exploración física presentó lesión de aproximadamente 2 cm de longitud en cara posterolateral derecha de tórax a nivel del 7° arco costal, murmullo vesicular ausente, vibraciones vocales disminuidas y matidez a la percusión en hemitórax derecho, hemitórax izquierdo sin alteraciones. Abdomen con cicatriz en línea media supraumbilical de laparotomía exploradora previa, plano, blando, depresible, con dolor a la palpación media y profunda en hipocondrio y flanco derechos, peristalsis disminuida, rigidez muscular voluntaria, miembros torácicos y pélvicos sin alteraciones. Radiografía de tórax: hemitórax derecho velado. Tomografía computarizada: hematoma perirrenal con fuga de medio de contraste. Se colocó sonda endopleural derecha con salida de 1030 cm<sup>3</sup> de sangre de color rojo rutilante al momento de la colocación.

Se realizó toracotomía posterolateral derecha obteniendo 1 600 cm<sup>3</sup> de sangre proveniente de hemitórax sin evidenciar lesión en parénquima pulmonar ni diafragma; se identificó lesión en arterial intercostal y fractura de 7° arco costal, se realizó ligadura de vaso sangrante. Ingresó a UCI y en las 24 h del posoperatorio presenta inestabilidad hemodinámica; signos vitales: tensión arterial, 70/40 mmHg; frecuencia cardiaca, 120 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 27 por minuto; temperatura, 35°C. Laboratorios de control: Hb, 8.7 g/dl; Hto, 25.7%; plaquetas, 45 000; glucosa, 87 mg/dl; creatinina, 2.49 mg/dl; BUN, 20.1 mg/dl. Al no presentar mejoría en el posoperatorio se realizó laparotomía exploradora encontrando 2 000 cm<sup>3</sup> de hemoperitoneo; se exploró retroperitoneo encontrando hematoma en zonas I y II, se realizó control vascular de arteria y vena renal, se identificó amputación parcial de polo superior en cara posterior del riñón derecho con sangrado activo de arterial apical anterior. Se realizó sutura de arteria apical y rafia de polo renal superior con puntos de colchonero separados y parche de epiplón. Se manejó con abdomen abierto con colocación de bolsa de Bogotá por distensión de asas intestinales y riesgo de hipertensión intraabdominal. Cursó con adecuada evolución posoperatoria y egresó 18 días después del procedimiento quirúrgico.

### Caso clínico cerrado

De León Jaén Siviardo C, Vásquez Delgado Lorena R, Martínez Castro Miguel A, Cortés Gudiño Francisco J, Sierra Mendoza Juan M, De León Vásquez Siviardo.

Hospital Ángel Leaño, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jal.

Varón de 40 años (FJAM) que acudió a consulta por cuadro de crecimiento inguinal izquierdo, de dos meses de evolución indoloro, que incomoda por el crecimiento; el paciente tiene antecedentes: dos años antes sufrió un traumatismo testicular por una patada de una vaca que se manejó con antibióticos y analgésicos, con lo que mejoró el cuadro, presentando nuevamente el cuadro hace un año. A la exploración física se encuentra crecimiento testicular izquierdo de 5 cm, no se palpan adenomegalias; cardiopulmonar normal. El estudio se presenta en la sesión.

### Caso clínico cerrado

De León Jaén Siviardo C, Vásquez Delgado Lorena R, Martínez Castro Miguel A, Cortés Gudiño Francisco J, Sierra Mendoza Juan M, De León Vásquez Siviardo. Hospital Ángel Leaño, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jal.

Se trata de paciente masculino de 38 años que acude a consulta de andrología por cuadro de esterilidad primaria de cinco años de evolución; dos años antes dejó de cuidarse para no embarazar a su esposa; el paciente no tiene antecedentes de importancia negando parotiditis en la infancia o traumatismos testiculares; el examen físico sin evidencias de varicocele. Testículos de forma y tamaño normales y el perfil hormonal es normal; los estudios complementarios se presentan en la sesión.

### Caso clínico cerrado

Campos Salcedo J. Gadu, Terrazas Ríos José L, Sedano Lozano Antonio, Flores Terrazas José E, Hernández-Martínez Grisela, Estrada Carrasco Carlos E, Mendoza Álvarez Luis A, Zapata Villalba Miguel A, López Silvestre Julio C, Castro Marín Melchor, Torres Salazar Jesús J, Paredes Calva Claudio, Rosas Hernández Héctor. Hospital Central Militar, Servicio de Urología, México, DF.

**Antecedentes:** Los abscesos penianos constituyen una rara causa de afecciones infecciosas en pene. Dentro de las causas más importantes se encuentran estados de inmunosupresión, traumatismo, así como la administración de medicamentos intracavernosos e infecciones en sitios adyacentes. Su diagnóstico requiere una valoración completa, con un alto índice de sospecha. Su manejo consiste en el drenaje, sea abierto o percutáneo, así como la institución de un régimen antibiótico de amplio espectro.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente que evoluciona hacia un absceso de cuerpos cavernosos, dada la rara incidencia de presentación de esta enfermedad, incluso para el urólogo.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 58 años diabético e hipertenso de larga evolución, con mal control metabólico, el cual cursa con una evolución de un mes con cuadro de disuria, polaquiuria, tenesmo, además de orquialgia con aumento de volumen, así como fiebre de 10 días de evolución, manejada inicialmente como infección de vías urinarias a base de quinolona, con mala respuesta al tratamiento. Es referido al servicio de urgencias debido a que presenta descontrol metabólico agudo grave, así como cuadro de infección de vías urinarias documentada por urocultivo, colocándose sonda transuretral, la cual se retira a la semana; se inicia antibioticoterapia a base de cefalosporinas intravenosas; durante su estancia intrahospitalaria se documenta periodontitis crónica. El paciente presenta un incremento no doloroso del diámetro peniano, progresivo, así como aumento de la temperatura peniana por lo cual se solicita valoración por el servicio por probable priapismo; a la exploración se observa importante edema y aumento de

temperatura en cuerpos cavernosos, indolora a la palpación, por lo cual se realiza USG de pene, el cual reportó la presencia de colección heterogénea en ambos cuerpos cavernosos, sugestiva de absceso, la cual se corroboró mediante punción de éstos, con obtención de material purulento, por lo que se llevó a drenaje abierto de cuerpos cavernosos por vía transperineal, realizándose lavados de la herida y cierre de ésta por segunda intención; posteriormente es sometido a 15 sesiones de cámara hiperbárica a 10 atm; el paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo egresado con cuidados de la herida, la cual granuló adecuadamente y se observó completamente cicatrizada en su cita de control un mes posterior a la intervención.

**Resultados:** Se colocó malla suprapúbica y se obtuvo mediante drenaje abierto de cuerpos cavernosos 200 cm<sup>3</sup> de material purulento, fétido del cual se cultiva *E. coli*. Se inició tratamiento mediante cámara hiperbárica, 15 sesiones a 10 atm y cierre por segunda intención; una vez que la herida se encontró limpia recibió tratamiento en clínica de heridas, acelerando cicatrización. Excelente evolución a corto plazo conservando la función y estética, recuperando incluso la función eréctil con el uso de inhibidores de la 5-fosfodiesterasa.

**Discusión:** Los abscesos penianos localizados en los cuerpos cavernosos son una entidad clínica rara; en la bibliografía mundial sólo se encuentran reportes de series de casos aislados; esta anomalía se asocia con varias entidades; desde el punto infeccioso se relaciona con gonorrea, así como traumatismos, prótesis penianas, cavernosografía y la inyección intracavernosa de distintos fármacos, tal como prostaglandinas y papaverina; asimismo, se vincula con estados de inmunosupresión, como la diabetes mellitus e infecciones dentales, como la periodontitis o caries. Dentro de las series reportadas en las publicaciones, el germen más frecuentemente aislado es *E. coli*, seguido de *N. gonorrhoea* en los pacientes que tienen antecedentes de ETS. El diagnóstico de un absceso peniano se basa en una adecuada exploración física, así como un alto índice de sospecha, todo esto aunado al empleo de herramientas diagnósticas. Asimismo, el ultrasonido peniano de alta frecuencia es una herramienta diagnóstica sumamente útil para delimitar la extensión de la colección. La TAC suele ser necesaria para delimitar la extensión de la colección, sobre todo cuando afecta la porción posterior de los cuerpos, o cuando el proceso inflamatorio dificulta la exploración peniana. El tratamiento consiste en una adecuada cobertura antibiótica, con drenaje de la colección por vía percutánea o abierta; la corporotomía con drenaje se puede relacionar con fibrosis de los cuerpos cavernosos, con la probabilidad de presentar curvaturas penianas, priapismo y disfunción eréctil.

**Conclusiones:** El urólogo debe tener en mente esta entidad nosológica infecciosa principalmente en los pacientes con factores de riesgo antes mencionados. Para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha y una minuciosa exploración física, la cual se apoya en estudios diagnósticos, siendo el más útil la TAC, ya que delimita adecuadamente la extensión del absceso y permite la institución pronta y eficaz del manejo quirúrgico correspondiente.

### Caso clínico cerrado

Espinosa de los Monteros Falomir José de Jesús, Grijalva Ruiz Mario Enrique, Vega Acuña Jorge Luis, Eng Ceceña Luis. Hospital General de Los Mochis, Hospital Fátima, Los Mochis, Sin.

Paciente femenino de 70 años de edad que acude a consulta para solicitar una segunda opinión por una masa renal derecha que se encontró como hallazgo durante el estudio por dolor abdominal.