



Revista Mexicana de
UROLOGIA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



CASO CLÍNICO

Absceso toraco-abdomino-pélvico secundario a catéter doble J retenido

Z. G. Avechuco-Carrillo^{a,*}, A. Blas-Reina^a, J. A. Solís-Rodríguez^a, J. Arriaga-Aguilar^b y R. A. García-Vásquez^c

^a Residencia de la Especialidad de Urología, Hospital General del Estado de Sonora (HGES), Hermosillo, Son., México

^b Servicio de Urología, Hospital General del Estado de Sonora (HGES), Hermosillo, Son., México

^c Jefatura del Servicio de Urología, Hospital General del Estado de Sonora (HGES), Hermosillo, Son., México

PALABRAS CLAVE

Absceso; Catéter doble J; Complicaciones; Toraco-abdominal; México.

Resumen Desde el empleo del catéter ureteral en 1967, y posteriormente la introducción del catéter doble J en 1978, el uso de este último se ha convertido en una herramienta imprescindible para la práctica urológica.

Se presenta el caso de una mujer de 51 años de edad, con antecedente de colocación de catéter doble J por estenosis de la unión ureteropielica izquierda, 6 años antes de su ingreso. Desarrolló choque séptico secundario a empiema, fístula diafragmática y absceso en hueco pélvico. Se realizó drenaje del empiema mediante sonda pleural, nefroureterectomía izquierda y cistolitotomía.

El empleo del catéter doble J es prioritario en la gran mayoría de los procedimientos endourológicos, y el seguimiento a tales pacientes resulta crucial para evitar las complicaciones de su uso. Los catéteres retenidos son un problema infrecuente que ocurre por una amplia variedad de razones y que pueden asociarse a morbilidades, incluso con desenlace fatal en algunos casos. El manejo de la incrustación o calcificación va a depender de la presentación clínica, del tiempo de evolución y de los recursos con los que se dispongan en la Unidad de Atención.

KEYWORDS

Abscess; Double-J stent; Complications; Thoracic abdominal; Mexico

Thoracic and abdominopelvic abscess secondary to a retained double-J stent

Abstract Since the use of the ureteral stent in 1967 and with the introduction of the double-J stent in 1978, the application of the latter has become an essential part of urologic practice.

* Autor de correspondencia: Hospital General del Estado de Sonora (HGES), Servicio de Urología. Luis Encinas S/N, Colonia Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Son., México. Teléfono: (662) 259 2500, ext. 2584. Correo electrónico: zgac2005@hotmail.com (Z. G. Avechuco-Carrillo).

The case presented herein is a 51-year-old woman with a past history of double-J stent placement due to left ureteropelvic junction stricture 6 years prior to her hospital admission. She developed septic shock secondary to empyema, diaphragmatic fistula, and pelvic cavity abscess. The empyema was drained by means of a pleural catheter, and left nephroureterectomy and cystolithotomy were performed.

Double-J stent placement is a priority in the vast majority of endourologic procedures and follow-up of those patients is crucial for preventing complications due to its use. Retained stents are an infrequent problem that occurs for a variety of reasons, and can be associated with morbidities whose outcome is sometimes fatal. The management of encrustation or calcification will depend on the clinical presentation, the length of time of progression, and the resources available at the unit treating the patient.

Introducción

Desde el empleo del catéter ureteral en 1967 y posteriormente la introducción del catéter doble J en 1978, el uso de éste último se ha convertido en una herramienta imprescindible para la práctica urológica¹. Las indicaciones incluyen: alivio de la obstrucción ureteral de diversas etiologías, garantizar un adecuado drenaje postoperatorio, la prevención y manejo de lesiones ureterales durante procedimientos abiertos o laparoscópicos, entre otros²; sin embargo, se han descrito serias complicaciones por su uso y permanencia, entre ellas la migración, fragmentación y la predisposición a formación de cálculos, especialmente cuando el catéter permanece por largo tiempo en la vía urinaria³.

Presentación de caso

Femenino de 51 años de edad, con antecedente de colocación de catéter doble J izquierdo hace 6 años por probable estenosis de la unión ureteropéllica. Ingresó a Urgencias por referir dolor lumbar izquierdo de 4 meses de evolución, acompañado de fiebre la última semana, escalofríos, náusea, vómito y disnea en reposo. A la exploración física se encontró hipotensión arterial (90/70 mmHg), taquicardia (125x´) y taquipnea (40x´), además de presentar palidez de tegumentos, deshidratación y diaforesis, con disminución de los ruidos respiratorios en hemitórax izquierdo. El abdomen con dolor a la palpación en cuadrante izquierdo, con masa palpable, leve hiperemia y aumento de temperatura en fosa renal izquierda. Tele de tórax: con imagen sugestiva de derrame pleural izquierdo (fig. 1). Placa simple de abdomen con una evidente calcificación de catéter doble J izquierdo (fig. 2). La tomografía axial computarizada mostró el riñón izquierdo hidronefrótico con catéter doble J en su interior, el cual se encontraba calcificado en todo el trayecto ureteral con presencia de lito intravesical. El retroperitoneo se encontró ocupado por una imagen hipodensa extensa en el lado izquierdo, con aire en su interior, que causaba desplazamiento de las estructuras retroperitoneales adyacentes (fig. 3). Se decidió pasar a quirófano, donde se colocó un tubo pleural izquierdo obteniéndose 2,000 mL de material purulento. Se realizó incisión abdominal pararectal izquierda, mediante la cual se accedió al retroperitoneo y al hueco pélvico para drenar 1,000 mL de material purulento,



Figura 1 Tele de tórax, se observa derrame pleural en hemitórax izquierdo.



Figura 2 Placa simple de abdomen, se observa catéter doble J izquierdo calcificado.

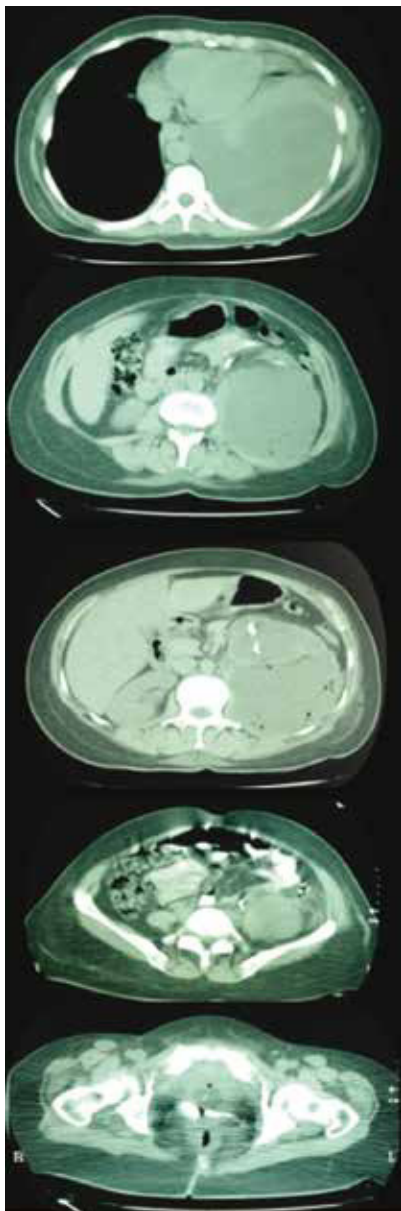


Figura 3 Serie tomográfica donde se observa absceso toraco-abdomino-pélvico.

además se identificó fístula diafragmática hacia cavidad pleural izquierda. Se realizó nefroureterectomía izquierda y cistolitotomía (fig. 4).

Discusión

Todo material colocado en la vía urinaria, con el tiempo suficiente, terminará calcificado como consecuencia de la acción de la orina, el urotelio y las bacterias, lo cual se resume en 3 eventos: la formación de una biopelícula o biofilm, la adhesión bacteriana y la precipitación, que a su vez explica la calcificación¹. La calcificación de los materiales sintéticos puede ocurrir tanto en orina estéril o infectada. Han sido



Figura 4 Riñón hidronefrótico fijado en formol.

varias las clasificaciones que han intentado categorizar las distintas presentaciones de los catéteres retenidos sin llegar a un acuerdo hasta el día de hoy, una de las más mencionadas es la de Acosta-Miranda, que clasifica los catéteres según su grado y localización de calcificación en 5 categorías⁴. El caso que presentamos corresponde a un grado 5 de dicha clasificación. A pesar de que los casos reportados en la literatura se manejan principalmente con procedimientos endoscópicos únicos o combinados, no se encontró en la literatura médica ningún reporte de caso similar que afectara tanto la cavidad pleural, como el retroperitoneo y el hueco pélvico⁵⁻⁸.

Conclusiones

El empleo del catéter doble J es prioritario en la gran mayoría de los procedimientos endourológicos; el seguimiento a

tales pacientes resulta crucial para evitar las complicaciones de su uso. Los catéteres retenidos son un problema infrecuente que ocurre por una amplia variedad de razones y que pueden asociarse a morbilidades, incluso con desenlace fatal en algunos casos⁵. El manejo de la incrustación o calcificación va a depender de la presentación clínica, del tiempo de evolución y de los recursos con los que se dispongan en la Unidad de Atención.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Bibliografía

1. Luna AM. Catéter Ureteral Olvidado. *Urología Colombia* 2007;XVI(1):139-148.
2. Aravantinos E, Gravas S, Katatzas AD, et al. Forgotten, Encrusted Ureteral Stents: A Challenging Problem with an Endourologic Solution. *J Endourol* 2006;20(12):1045-1049.
3. Kawahara T, Ito H, Terao H, et al. Ureteral Stent Encrustation, Incrustation, and Coloring: Morbidity Related to Indwelling Times. *J Endourol* 2012;26(2):178-182.
4. Weedin JW, Coburn M, Link RE. The Impact of Proximal Stone Burden on the Management of Encrusted and Retained Ureteral Stents. *J Urol* 2011;185(2):542-547.
5. Lam JS, Gupta M. Tips and Tricks for the Management of Retained Ureteral Stents. *J Endourol* 2002;16(10):733-741.
6. Majid AM, Sabooh A. Management Strategies and Results for Severely encrusted Retained Ureteral Stents. *J Endourol* 2007;21(6):628-632.
7. Borboroglu PG, Kane CK. Current Management of Severely Encrusted Ureteral Stents with a Large Stone Burden. *J Urol* 2000;164(3 Pt 1):648-650.
8. Hakeblian G, Kijvikai K, Rossettem J, et al. Ureteral Stenting and Urinary Stone Management: A Systematic Review. *J Urol* 2008;179(2):424-430.