

# Sepsis urológica secundaria a obstrucción ureteral: ¿es siempre una litiasis?

## *Urological sepsis related to ureteral obstruction: always a lithiasis?*

Antonio Guijarro Espadas<sup>1</sup>, Paola Itzel Roman Birmingham<sup>1</sup>, Gonzalo Romero Barriuso<sup>1</sup>,  
Julmar Paul Ascencios Vargas<sup>1</sup>, Stalin Fabrizio Morales<sup>1</sup>, Maria Jesús Pérez Garnelo<sup>2</sup>, Jesús Isidoro García González<sup>2</sup>,  
Francisco Javier Navarro Sebastián<sup>3</sup>, Pedro Dionisio Paniagua Andrés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente S<sup>o</sup> Urología Hospital Universitario de Móstoles, <sup>2</sup>Adjunto S<sup>o</sup> Urología Hospital Universitario de Móstoles, <sup>3</sup>Adjunto S<sup>o</sup> Urología y Tutor de Residentes Hospital Universitario de Móstoles, <sup>4</sup>Jefe de S<sup>o</sup> Urología Hospital Universitario de Móstoles.  
Servicio de Urología, Hospital Universitario de Móstoles, Dirección: Río Júcar s/n, 28935, Móstoles (Madrid), España.

### INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una mujer de 27 años que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un cuadro de fiebre y dolor abdominal difuso de 3 días de evolución, desarrollando un cuadro séptico y uropatía obstructiva izquierda secundaria a introducción de cuerpo extraño intravesical e intraureteral ipsilateral.

### CASO CLÍNICO

Mujer, 27 años de edad, con antecedentes personales de Esclerosis Múltiple con nula adhesión al tratamiento, depresión y trastorno de la personalidad, vejiga neurógena tratada con autocateterismos limpios intermitentes e ITUS de repetición secundarias a los mismos. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal y sensación distérmica no termometrada de 3 días de evolución, sin otros datos clínicos acompañantes.

A su llegada al hospital, se objetiva en la exploración física palidez mucocutánea, hipotensión, taquicardia e hipotermia. A la palpación, abdomen blando, depresible, doloroso en hemiabdomen inferior y flanco izquierdo y puñopercusión renal izquierda positiva. Se obtiene analítica de sangre, que evidencia leucocitosis con marcada desviación izquierda y alteraciones en la coagulación. En el sistemático de orina se describe intensa piuria. Se recogen muestras para hemocultivos y urocultivo. Se solicita radiografía simple de abdomen en la que no se observan alteraciones óseas ni de partes blandas y no se evidencian imágenes sugestivas de litiasis urinaria. Se objetiva una tenue imagen tubular calcificada sobre pelvis menor sugerente de artefacto.

Ingresa con diagnóstico de shock séptico en UCI para monitorización y estabilización hemodinámica. Se realiza ecografía abdominal en la cual se objetiva uretero-hidronefrosis izquierda con contenido ecogénico en la vía excretora compatible con pionefrosis y una colección perinéfrica izquierda de 9 cm.

Reexplorada la paciente, se objetivan signos de irritación peritoneal, por lo que se solicita tomografía computarizada abdominopélvica urgente, que objetiva severa uretero-hidronefrosis izquierda, rotura del grupo calicial superior que comunica con gran colección perirrenal (de 10 cm de diámetro) que se extiende a espacio subfrénico. En vejiga se observa cuerpo extraño alargado que se continúa por uréter izquierdo, muy sugestivo de sonda de autocateterismo calcificada.

Ante estos hallazgos, se procede a exploración bajo anestesia urgente y se realiza cistoscopia, en la que se evidencia sonda de autocateterismo calcificada e introducida en uréter izquierdo a través del meato ureteral. Se retira dicha sonda con pinzas de cuerpo extraño, previa eliminación del recubrimiento de calcio que dificultaba su extracción y se coloca un catéter ureteral izquierdo, obteniendo abundante material purulento a través del mismo.

Posteriormente, se practica punción percutánea del absceso renal mediante control por TC y la paciente permanece en UCI para control de las complicaciones multiorgánicas secundarias de su cuadro séptico. En los días posteriores se obtiene el resultado del cultivo de orina y del material purulento, siendo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilín resistente.

Tras mejoría clínica y analítica, es dada de alta de la UCI a los 20 días del ingreso. Durante su estancia en planta de



**Figura 1.** Imágenes de TC en las que se identifica sonda de autocateterismo calcificada. Imagen superior: corte coronal en el que se evidencia absceso perirrenal (flecha fina) y parte de sonda de autocateterismo (flecha gruesa). Imagen inferior: corte transversal en el que se observa sonda de autocateterismo calcificada (flecha gruesa) y sonda vesical (cabeza de flecha).

Urología se mantiene tratamiento conservador y en posterior control ecográfico, al mes del inicio del cuadro, se objetiva ausencia de lesiones renales focales y del absceso perirrenal.

## DISCUSIÓN

La introducción de cuerpos extraños en el aparato urinario, bien sea de manera intencionada o iatrogénica, es una urgencia urológica muy poco frecuente<sup>1</sup>, pero ha de ser tenida en cuenta al realizar un diagnóstico diferencial en el paciente urológico<sup>2</sup>.

Se han descrito un gran número de casos de cuerpos extraños vesicales, pero es muy infrecuente la localización intraureteral<sup>3</sup>. El modo de acceso del cuerpo extraño a los uréteres puede ser bien por trauma penetrante (metralla, balas, accidentes laborales) o a través de



**Figura 2.** Imagen izquierda: reconstrucción 3D de la sonda de autocateterismo (flecha gruesa blanca). Imagen derecha: sonda de cateterismo, tras ser extraída del uréter y vejiga.

los meatos ureterales. La sospecha del cuerpo extraño es difícil en la mayoría de las ocasiones, debido a que gran parte de estos pacientes asocia patología psiquiátrica y no referirán ningún antecedente, llegando incluso a negar lo sucedido. La introducción de los objetos puede deberse a autolesiones, erotismo o evacuación de orina, etc. La clínica asociada puede variar desde cuadros asintomáticos o clínica irritativa miccional hasta sepsis urológica por sobreinfección, como en nuestro caso.

El tratamiento en todos los casos será la retirada del cuerpo extraño de la manera más inocua posible, extrayéndolo en su totalidad y sin lesionar órganos vecinos, así como control y estabilización hemodinámica, debido a los cuadros de extrema gravedad que pueden desarrollar. El tratamiento por vía endoscópica se ha perfilado como primera elección en la extracción del objeto<sup>4</sup>, si bien están descritos casos en los que se debe realizar cirugía abierta o laparoscópica<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bosquet Sanz M, Gimeno Argente V, Palmero Martí JL, y cols. Cuerpos extraños uretrovesicales: Nuestra experiencia. *Actas Urol Esp.* 2005; 29:72-77.
2. Pascual Regueiro, D; García de Jalón Martínez A; Mallén Mateo, y cols. Cuerpos Extraños Intravesicales. Revisión de la Literatura. *Actas Urol Esp.* 2003; 27:265-273.
3. Hernández Alcaraz D, Vozmediano Chicharro R, Morales Jiménez P, Vivas Vargas E, Emmanuel Tejero EJ, Blanco Reina F, Del Rosal Samaniego JM, Baena González V. Cuerpo extraño intraureteral. *Arch. Esp Urol.* 2009; 62 (3):233-236.
4. Hemal AK, Taneja R, Sharma RK, Wadhwa SN. Unusual foreign bodies in urinary bladder: point of technique for their retrieval. *Eastern Journal of Medicine* 1998; 3 (1):30-31.
5. Van Ophoven A, Dekernion JB. Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract. *J Urol.* 2000; 164:274-287.