

Urinoma, un traumatismo olvidado

Urinoma: a forgetful trauma

Rodolfo Suárez Iznaga,^I Maria Teresa Martí Moreno^{II}

^I Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Urología. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presentó un paciente con APP de hipertensión arterial desde hace 15 años que 2 meses antes del ingreso comenzó a padecer cuadros de decaimiento, disminución del apetito, disuria y escalofríos. Se le diagnosticó sepsis urinarias a repetición, sin mejoría clínica. Al ingresar, presentaba aumento de volumen de los miembros inferiores, principalmente en horas de la tarde, pérdida de peso de, aproximadamente, 20 libras y dolor en hemiabdomen superior. Se describió la evolución clínica y los estudios realizados mediante los cuales se le diagnosticó la presencia de: urinoma infestado, sepsis urinaria, hiperplasia benigna de próstata y litiasis renal bilateral con hidronefrosis complicada con insuficiencia renal.

Palabras clave: Urinoma, sepsis urinaria.

ABSTRACT

This is the case of a patient presenting with APP of high blood pressure from 15 years ago that two months before admission suffered from weakness, lost of appetite, dysuria and shivers and also diagnosing repeated urinary sepsis without clinical improvement. At admission, patient showed an increase in volume of lower extremities mainly in the afternoon, weight loss of approximately 20 pounds and pain in the superior hemi-abdomen. We describe the clinical course and the studies conducted served to diagnose the presence of: infected urinoma, urinary sepsis, prostatic benign hyperplasia and bilateral renal lithiasis with hydronephrosis complicated by renal failure.

Key words: Urinoma, urinary sepsis.

INTRODUCCIÓN

Un urinoma es una extravasación encapsulada de orina, secundaria a pequeñas pérdidas por traumatismos (sobre todo quirúrgicos) o que puede producirse espontáneamente, favorecido por la presencia de una obstrucción, siempre que se mantenga la función renal. La extravasación de orina produce lipólisis y estimula una intensa reacción fibrosa, que provoca una encapsulación. El paciente suele permanecer asintomático, sentir molestias vagas o franco dolor, si se complica con infección. El diagnóstico se confirma con pruebas de imagen-ecografía y TAC, se resuelve en muchas ocasiones con drenaje percutáneo.¹⁻⁵

Las causas más frecuentes de urinoma son: uropatía obstructiva, traumatismo abdominal con afectación de la vía urinaria, procesos inflamatorios/malignos retroperitoneales, litotricia, nefrostomía no funcionante o biopsia renal.^{6,7}

Existe una variedad de urinoma poco frecuente: el urinotórax, descrito por *Corriere* y otros, en 1968; desde entonces son muy pocos los casos que se han publicado en la literatura médica. La presencia de fuga en el tracto urinario puede ocasionar un urinoma con colección de orina retroperitoneal y, secundariamente, urinotórax, por paso de orina al espacio pleural ipsilateral a partir de la lesión renal, aunque ocasionalmente puede ser bilateral. El diagnóstico de confirmación es un índice de creatinina pleural/creatinina sérica superior a uno. La evidencia de proteínas elevadas en líquido pleural no debe descartar urinotórax, ya que en ocasiones éste se asocia con contusiones abdominales cerradas y sangrado de vía urinaria. La presencia de un urinoma con orina hematórica puede ocasionar urinotórax hemáticos con cifras elevadas de proteínas, por el paso de plasma al líquido pleural, que asimismo puede elevar el valor del pH del líquido pleural. El urinotórax suele resolverse al ocurrir el drenaje del urinoma.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Ingreso: 29 de abril de 2009. Egreso: 4 de junio de 2009.

Motivo de ingreso: Decaimiento y aumento de volumen de las piernas.

HEA: Paciente masculino de 71 años con APP de hipertensión arterial (HTA) desde hace 15 años, que requirió tratamiento con enalapril (20 mg) ½ tab/d. Hace 2 meses comenzó a presentar cuadros de decaimiento, disminución del apetito, disuria, escalofríos por lo que se le diagnosticó sepsis urinarias para lo cual le fue indicado tratamiento con: sulfaprim (480 mg) 2 tab c/12 h por 10 d y ciprofloxacina (250 mg) 2 tab c/12 h por 10 d, sin que hubiese resuelto totalmente la sintomatología. Acude porque a los síntomas anteriores se le añadió hace 1 mes aumento de volumen de los miembros inferiores, principalmente en horas de la tarde, pérdida de peso de aproximadamente 20 libras y dolor abdominal ligero.

Examen físico

-Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.

-Aparato respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente, no estertores, FR: 18.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos; TA: 120/80, FC: 86.

-Abdomen: plano, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Hepatomegalia de 4 cm con bordes regulares y superficie lisa.

-Sistema urinario: maniobra puño percusión bilateral positiva, puntos pielorenoureterales superiores bilaterales positivos. No tumoración en fosas lumbares.

-Tejido celular subcutáneo: Infiltrado xx, blanco, frío, doloroso a la palpación en miembros inferiores, piel lisa.

En el cuerpo de guardia es ingresado en el Servicio de Medicina con diagnóstico de sepsis urinaria alta recurrente y sospecha de insuficiencia renal crónica (IRC). Durante el examen físico, en la sala, se detecta próstata aumentada de tamaño ligeramente con bordes irregulares por lo que se comienza a plantear las posibilidades diagnósticas: cáncer de próstata complicado con IRC y sepsis urinaria alta recurrente.

Investigaciones realizadas

1. Hb: 7,7 g/L.

2. Leucograma: 11,8. Linf: 7,9 %. Mono: 5,5 %. Granulocitos: 86,6 %.

3. Eritrosedimentación: 115-136 mm/h.

4. Lámina periférica: hipocromía xx, leucocitosis con neutrofilia, nanisopoiquilocitosis.

5. Conteo de reticulocitos (0,003). Fe sérico: 1,8.

6. Constantes corpusculares: VCM (84 fl), HCM (26,7 pg), CCMH (318 g/L).

7. Proteínas: Totales (56,0 g/L), fraccionadas (28,7 g/L), globulina (27 g/L).

8. Calcio (1,56 mmol/L). Fósforo (0,93 mmol/L).

9. Colesterol (3,00 mmol/L). Triglicéridos (0,70 mmol/L).

10. Creatinina (170,08 mmol/L), ácido úrico (572,03 mmol/L), urea (26,90 mmol/L).

11. Tgp (18 U/L), TGO (16 U/L), fosfatasa alcalina (187 U/L).

12. Parcial de orina: Campo cubierto por leucocitos y hematíes.

13. Rayos x de tórax vista posteroanterior: reforzamiento hilar bilateral de origen vascular. Lesiones de aspecto osteoblástico en la región costal marginal e inferior derecha. Elevación del hemidiafragma derecho. Opacidad apical derecha.

14. Radiografía *survey* óseo: osteoporosis en zona de la pelvis. El resto sin alteraciones.

15. Ultrasonido abdominal y próstata (tipo Doppler):

- Hepatomegalia a predominio del lóbulo izquierdo con una textura heterogénea.
- Vesícula distendida de paredes finas tabicada hacia el cuello.
- Riñones simétricos con parénquima conservado, muy ecogénicos, con el aspecto de una IRC. Presencia de hidronefrosis bilateral de contenido celular moderado. Asociado a lo anterior hay una imagen compleja predominantemente quística con tabiques gruesos en su interior que al estudio con Doppler-color presenta vascularización que mide aproximadamente 6,4 × 10,6 cm en proyección del músculo psoas lumbar.
- Existe imagen en vejiga de paredes muy engrosadas (de lucha) con una próstata aumentada de tamaño con prominencia de su lóbulo medio.

Se sugieren los diagnósticos de:

- Absceso del músculo psoas lumbar vs. urinoma.
- Hidronefrosis bilateral.
- Insuficiencia renal crónica.
- Posible hiperplasia benigna de próstata vs. adenocarcinoma prostático.

16. TAC abdominal

- Presencia de formación compleja, predominantemente líquida, con algunos tabiques en su interior, que ocupa desde la fosa lumbar derecha hasta la cresta ilíaca con desplazamiento del riñón derecho. La lesión involucra al músculo psoas a este nivel el cual se observa aumentado de tamaño con áreas hipodensas en su interior.
- Hidronefrosis bilateral. Microcálculos en riñón derecho.

Se concluye el caso por tomografía como: urinoma infestado, hidronefrosis bilateral por litiasis renal.

17. Ultrasonido transrectal.

- Próstata que mide 62 × 34 × 51 mm para un volumen de 52 mm, con textura heterogénea y zona transicional derecha que sugiere la existencia de una imagen nodular de 2,5 × 1,7 mm hacia la cara posterior de la vejiga.
- Existe imagen en lóbulo derecho en zona central de baja ecogenicidad que mide 1,9 × 1,2 cm (Fig.).



Fig. Visualización de imagen multilobulada compatible con urinoma.

El paciente, durante su estancia en el servicio de Medicina, se mantuvo con tratamiento sulfaprim (480 mg) 2 amp diluida en 100 cc de NaCl 0,9 % EV c/12h a pasar en 1h. En un nuevo interrogatorio en sala, un familiar aportó el dato que, 1 mes antes, el enfermo presentó una caída y sufrió trauma moderado en región lumbar sin consecuencias aparentes. Se consideró este accidente como la posible causa del urinoma infestado del enfermo o contribuyente teniendo en cuenta la presencia de una uropatía obstructiva en el mismo.

El enfermo fue trasladado al servicio de Urología el 9 de mayo de 2009 con los siguientes diagnósticos: urinoma infestado, posible hiperplasia benigna de próstata, litiasis renal bilateral complicada con hidronefrosis bilateral e insuficiencia renal crónica. Se le colocó al paciente sonda para drenaje percutáneo y se observaron orinas piúricas. En el servicio de Urología fueron realizadas otras investigaciones:

18. PSA: Ligeramente elevado (6,5).

19. Biopsia de próstata: hiperplasia fibroadenomatosa de próstata.

20. Ultrasonido transrectal II:

- Imágenes hipoecoicas en próstata. Vejiga de buena capacidad con paredes muy engrosadas.

Se le impuso tratamiento en este servicio con ceftriaxona 1bb de 1g EV c/24 h y metronidazol al 0,5 % 1 fco EV c/8 h durante 10 d. Este tratamiento conjuntamente con el drenaje permitieron la desaparición del urinoma con mejoría, clínica y humoral, del paciente. Al enfermo se le realizó litotricia por el servicio de Urología para el tratamiento de los cálculos renales y, 2 meses después, una resección transuretral de próstata. Actualmente es seguido por consulta externa de Urología con excelente evolución.

COMENTARIO

El caso presentado demuestra que los traumatismos en los que está implicada la cavidad abdominal directa o indirectamente, por su cara anterior o posterior, deben siempre tenerse en cuenta, pues pueden deparar sorpresas diagnósticas a corto, mediano o largo plazo. Pensar en todos los diagnósticos posibles según síntomas y signos de cada paciente es la única vía de llegar a un diagnóstico de certeza y evitar complicaciones y retraso en el inicio del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pretel L, Sánchez I, Alemán A, Núñez F. Urinoma y trombosis venosa profunda. Revista Anales de Medicina Interna 2004;21(8). Consultado el 2 de julio del 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000800014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Rohner S, Tuchschild Y, Graber P. Urinoma Périrénal. Rev Ann Urol (Paris) 1994; 28:259-64.
3. Ben Slama Mr, Salomon L, Hoznek A, et al. Extraperitoneal laparoscopic repair of ureteropelvic junction obstruction: initial experience in 15 cases. Rev Urology 2000;56:45-8.
4. Regalado RP, Huguet JP, Errando CS, Lima Bx, Chechile GT, Villavecencio HM. Sustitución vesical ortotópica: III. Resultados funcionales y complicaciones en los pacientes con Neovejiga ileal tipo Studer. Archivos Españoles de Urología. 1997;50:234-41.
6. Casasola J, Gutiérrez S, Suárez M. Urinoma por iatrogenia ureteral. Archivos Españoles de Urología. 2008;61(5). Consultado: 20 de julio del 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Calvache M, Pomares X. Urinotórax: ¿siempre un trasudado pleural? Archivos de Bronconeumología. 2008;44(5). Consultado: 23 de julio del 2010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/archivos-bronconeumologia-6/urinotorax-siempre-un-trasudado-pleural-13119946-cartas-al-director-2008>

Recibido: 24 de septiembre de 2010.

Aprobado: 8 de octubre de 2010.

Dr. *Rodolfo Suárez Iznaga*. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende",
Calzada del Cerro No. 1551. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
rodolfo Suarez@infomed.sld.cu
