



Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Caso Clínico

Parcial: 3°

Nombre de la Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementaria

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente es una mujer de 77 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes patológicos de miocardiopatía dilatada, artrosis, e histerectomía y doble anexectomía junto a quimio y radioterapia por tumoración ginecológica hace 12 años. Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor tipo cólico de ocho días de evolución localizado en fosa lumbar y flanco derechos así como en cara anterior del muslo derecho aumentando con la deambulación. A su vez, el dolor se acompaña de náuseas y vómitos. La paciente presentó picos febriles con sudoración profusa aunque en el momento en el que acude a Urgencias se encuentra afebril y no presenta síndrome miccional. A la exploración presenta: soplo protomesosistólico en ápex, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca y flanco derechos. También destaca dolor espontáneo en cara anterior del muslo derecho que aumenta con la presión y con la movilidad de la extremidad. En la analítica de Urgencias destaca leucocitosis con desviación izquierda (17.200 leucocitos con 84% de neutrófilos), 567.000 plaquetas, urea 1.35, creatinina 1.80. Como pruebas de imagen se solicitan Rx. de vías urinarias y ecografía en las que se observa imagen cálcica en silueta renal derecha y ectasia pielocalicial derecha respectivamente. Con el diagnóstico de cólico nefrítico derecho complicado se decide ingreso para derivación urinaria y tratamiento antibiótico intravenoso. Se coloca en quirófano catéter externo en uréter derecho con salida de abundante orina limpia. A lo largo de los días el dolor cólico va cediendo aunque la paciente refiere dolor sordo en fosa lumbar y continúa con el dolor en muslo derecho. Es valorada por el servicio de Traumatología pautando tratamiento antiinflamatorio ante la sospecha de rotura fibrilar del cuádriceps. Debido a la persistencia del dolor lumbar se decide revisión ecográfica objetivándose una masa localizada en el músculo psoas derecho de 10 x 5.5 cm. por lo que se solicita un TAC. En la tomografía se confirma la presencia del absceso retroperitoneal en el compartimento del músculo psoas iliaco derecho a nivel de L2-L3 sin perder la continuidad hasta anillo inguinal y sin poder descartar la participación del uréter derecho en su tercio medio. Una vez confirmado el diagnóstico nos ponemos en contacto con el Servicio de Radiología Intervencionista para drenaje percutáneo. Mediante ecografía se coloca catéter 10 fr. evacuando 200 cc. material purulento, del cual se envía muestra microbiológica (en los días sucesivos se confirma la presencia de *Bacteriodes fragilis* y

Streptococcus sanguis). El débito por el drenaje es progresivamente menor y se realiza nuevo estudio con TAC, evidenciándose la disminución del volumen del absceso. Se decide retirar el tubo de drenaje al quinto día de su colocación pero es necesario recolocación de catéter 14 fr. por empeoramiento clínico. Se desconoce la existencia de foco primario por lo que durante el ingreso, se solicita colonoscopia para intentar buscar un origen digestivo del problema. No es posible sobrepasar el ángulo esplénico por lo que no se halla un foco primario. Desde el punto de vista urológico tampoco se justifica la aparición del absceso. Se hace cavitograma para estudiar la morfología y el tamaño del absceso y se indica la realización de lavados con fibrinolíticos intracavitarios (100.000 unidades de urokinasa en 10 cc de suero fisiológico). Después de un mes y diez días de ingreso, la paciente es dada de alta ante la mejoría clínica del cuadro confirmada mediante técnicas de imagen. En los controles posteriores en nuestras consultas, la paciente se encuentra asintomática con resolución total del proceso.

BIBLIOGRAFIA

ABSCESO DE PSOAS: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA. Joaquín Navarro Gil, Óscar Regojo Zapata, Ángel Elizalde Benito, José Ignacio Hijazo Conejos, Carlos Murillo Pérez, José Manuel Sánchez Zalabardo y José Gabriel Valdivia Uría. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, Zaragoza. España.