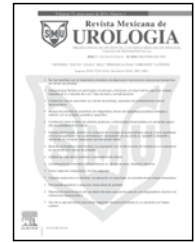


Revista Mexicana de  
**UROLOGÍA**

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA,  
COLEGIO DE PROFESIONISTAS, A.C.

www.elsevier.es/uromx



## CASO CLÍNICO

# Uropatía obstructiva no dilatada, complicación no reportada, en prostatectomía radical retropúbica

E. Patiño-González<sup>a,\*</sup>, C. A. Leos-Gallegos<sup>b</sup>, C. Leos-Acosta<sup>b</sup> y M. A. Sau-Hernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Residencia de Quinto Año en la Especialidad de Urología, Departamento de Urología, Hospital Regional ISSSTE, Monterrey, N. L., México

<sup>b</sup>Departamento de Urología, Hospital General "Fernando Ocaranza", Hermosillo, Son., México

<sup>c</sup>Departamento de Nefrología, Hospital General "Fernando Ocaranza", Hermosillo, Son., México

### PALABRAS CLAVE

Complicaciones;  
Prostatectomía  
radical; Uropatía  
obstructiva no  
dilatada; México.

**Resumen** El presente artículo pretende dar a conocer una complicación no reportada en la literatura médica, presentada en pacientes sometidos a prostatectomía radical retropúbica. La obstrucción renal típicamente se caracteriza por hidronefrosis e hidrouréter. Bajo ciertas circunstancias, algunos pacientes con presencia de insuficiencia renal clínica, los estudios de radiología no demuestran dilatación de los componentes urinarios, lo que desvía el diagnóstico hacia una insuficiencia prerrenal o renal.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años, al cual se le realizó prostatectomía radical retropúbica sin complicaciones en el transquirúrgico, posteriormente desarrolló insuficiencia renal aguda, oliguria y edema; sin contar con antecedentes para desarrollar insuficiencia renal aguda prerrenal o renal, los estudios radiológicos no mostraron dilatación renal o ureteral. Al no responder a la terapia convencional, se decidió derivar la vía urinaria por medio de nefrostomía abierta derecha, como única opción, resolviéndose la insuficiencia renal aguda, y obteniéndose volúmenes urinarios elevados. Debido a la adecuada respuesta, se le realizó reimplantación ureteral bilateral.

El síndrome de uropatía obstructiva no dilatada es una patología clínica poco conocida, se debe de tomar en cuenta como una complicación en la prostatectomía radical retropúbica.

### KEYWORDS

Complications;  
Radical  
prostatectomy;  
Nondilated  
obstructive uropathy;

**Nondilated obstructive uropathy: an unreported complication in retropubic radical prostatectomy**

**Abstract** The aim of the present case was to provide information on a complication in retropubic radical prostatectomy that has not been reported on in the medical literature. Renal obstruction is typically characterized by hydronephrosis and hydroureter. Under certain

Mexico.

circumstances, the radiologic studies of some patients with clinical renal failure do not show any dilatation of the urinary components, deflecting the diagnosis towards pre-renal or renal failure.

A 65-year-old man that underwent retropubic radical prostatectomy with no intraoperative complications later developed acute renal failure, oliguria, and edema. His clinical background did not explain the development of acute pre-renal or renal failure and the radiologic studies showed no renal or ureteral dilatation.

The patient did not respond to conventional therapy and so, as the only option, a urinary diversion through a right open nephrostomy was performed. The acute renal failure was resolved, with high urine output. Given the adequate response, bilateral ureteral reimplantation was then performed.

Nondilated obstructive uropathy syndrome is a little-known clinical pathology and should be taken into account as a possible complication in retropubic radical prostatectomy.

0185-4542 © 2014. Revista Mexicana de Urología. Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

## Introducción

La obstrucción renal bilateral típicamente se caracteriza por hidronefrosis-hidroureter<sup>1</sup>. De cualquier manera, bajo ciertas circunstancias, a pesar de la presencia de insuficiencia renal sintomática, los estudios de imagen fallan en demostrar hidronefrosis-hidroureter; en esto consiste el síndrome de uropatía obstructiva no dilatada<sup>2</sup>. Este puede ser el resultado de varias condiciones clínico-patológicas incluyendo, deshidratación, hipotensión, oliguria severa, obstrucción aguda temprana e inhabilidad del sistema conductor para dilatarse debido a procesos infiltrativos metastásicos de origen abdominopélvico<sup>3,4</sup>. Entre las complicaciones reportadas en la literatura médica en los pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta retropúbica, no se encontró este síndrome entre las complicaciones<sup>5-7</sup>.

El objetivo de presente trabajo es dar a conocer, mediante la presentación de un caso, una complicación de la prostatectomía radical retropúbica, rara vez presentada y no reportada en la literatura médica. Se documenta el proceso de diagnóstico y resolución del mismo.

## Presentación del caso

Masculino de 65 años de edad, con antecedentes de importancia: hipertensión arterial de más de 25 años de evolución tratada con captopril; siendo valorado en consulta por presentar APE de 6.33 ng/dL, fracción libre de 8%. A la exploración física se encuentra próstata adenomatosa, por lo que se realiza biopsia transrectal, hallándose adenocarcinoma de próstata Gleason 5 (3+2). Por lo que se programó para prostatectomía radical retropúbica, este procedimiento se realizó el 15 de junio del 2011, sin complicaciones y con un sangrado aproximado de 600 mL. Posterior al evento quirúrgico, el paciente evolucionó adecuadamente, pero no se apreció diuresis a través de la sonda transuretral, el drenaje inicialmente de 70 mL, serohemático, fue cediendo paulatinamente. A los 3 días posquirúrgicos, se apreció elevación de azoados: urea 109 mg/dL, creatinina 9.2 mg/dL, potasio 4.98 mEq/L, sodio 132.5 mEq/L, cloruro 108 mEq/L; se apreció además edema escrotal importante. Se solicitó

ultrasonido renal el cual no mostró dilatación del sistema colector, vejiga vacía, por lo que se hizo un diagnóstico de probable insuficiencia renal aguda por necrosis tubular. Al no haber mejoría, el Servicio de Nefrología decidió hemodializar. Se realizó tomografía axial simple el 23 de junio de 2011, sin encontrar evidencia de colecciones u obstrucción renal bilateral. Siguió siendo manejado por Nefrología, como insuficiencia renal intrínseca. Continúo en anuria y con persistencia de azoados elevados, así como bajo tratamiento con hemodiálisis. Se realizó de nuevo el ultrasonido, se descartó trombosis de vasos renales y no se evidenció ectasia de los sistemas colectores.

Se decidió colocar catéteres doble J, pensando en una obstrucción sin dilatación, estos no se pudieron ubicar debido a los cambios de la cirugía radical de próstata; se intentó por vía percutánea, lo cual no fue exitoso.

El 5 de julio de 2011, un mes posterior al procedimiento quirúrgico, al no encontrar otras opciones se realizó nefrostomía unilateral abierta por lumbotomía posterior derecha, no se apreció hidronefrosis en el procedimiento, éste fue realizado sin complicaciones. Al día siguiente, el paciente presentó diuresis por nefrostomía de 5,750 mL durante el primer turno, posteriormente sus gastos fueron de hasta 10 L diarios, regulándose a valores de volumen urinario normales posteriormente.

Los estudios de laboratorio del 7 de julio de 2011, mostraron los siguientes parámetros en química sanguínea: urea 32 mg/dL, creatinina 3.4 mg/dL, BUN 15 mg/dL, sodio 132 mEq/L, potasio 3.2 mEq/L, cloruro 103 mEq/L. Al disminuir la fase poliúrica, el paciente se egresa. Seguidamente, se realiza reimplante ureteral bilateral tipo Lich-Gregoir el 24 de agosto de 2011. Días posquirúrgicos presentó diuresis mayor a 5 L en 24 horas; cedió la fase poliúrica y se egresó. Sus laboratorios del 25 de agosto de 2011, fueron los siguientes: glucosa 162 mg/dL, BUN 6.00 mg/dL, urea 13 mg/dL, creatinina 1.2 mg/dL.

## Discusión

El síndrome de uropatía obstructiva no dilatada puede resultar de diversas condiciones clínico-patológicas, asociado

con la ausencia de visualización de hidronefrosis-hidroureter en ultrasonido y tomografía, a pesar de la obstrucción renal y elevación de azoados. En el caso que presentamos nos encontramos por primera vez ante esta situación, la decisión de realizar la nefrostomía fue como medida de rescate, ya que el paciente no presentó mejoría para el tratamiento de nefropatía intrínseca. Se realizó unilateralmente debido a que no estábamos seguros de que iba a resultar beneficiosa para el mismo. Hemos demostrado con este caso, que un paciente con ambos riñones funcionales que se presenta con datos de uremia debe presumirse que muestra obstrucción renal, independientemente de lo que manifiesten los estudios de imagen.

### Conclusiones

El síndrome de uropatía obstructiva no dilatada es un síndrome poco conocido, que se asocia a procesos neoplásicos principalmente, pero también a eventos quirúrgicos como la prostatectomía radical suprapúbica; éste debe de tomarse en cuenta como una complicación, el cual no es lo común, pero posible.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

### Agradecimientos

Al personal del Hospital General "Fernando Ocaranza", Hermosillo, Son., México, por sus atenciones y darnos la oportunidad de trabajar con ellos.

### Bibliografía

1. Chin GK, McGonigle RJ. Non-surgical cause of hydronephrosis: retroperitoneal fibrosis. *Intern Med J* 2007;37(2):136-137.
2. Macaulay AC, Kayode L, Nnonylum TC. Non dilated obstructive uropathy -an unrecognized cause of acute renal failure in hospitalized US patients; three cases reports seen over 6 months in a northwestern Wisconsin Nephrology practice. *Renal Failure* 2010;32(10):1226-1229.
3. Naidich JB, Rackson ME, Mossey RT, et al. Non dilated obstructive uropathy; percutaneous nephrostomy performed to reverse renal failure. *Radiology* 1986;160:653-657.
4. Lyons K, Philip M, Collin E. Obstructive uropathy without dilatation: a potential diagnosis pitfall. *British Medical Journal* 1988;296:1517-1518.
5. Leos Gallegos CA, Serdio Satillana MA, Rodriguez Zamudio MA, et al. Prostatectomía radical. Experiencia Hospital General "C" ISSSTE. Hermosillo, Sonora. *Rev Mex Urol* 2005;65(2):93-96.
6. Constantinos A, Stavros IT, Andreas S, et al. Short and long-term complications of open radical prostatectomy according to the Clavien classification system. *BJU Int* 2008;103:336-340.
7. Löppenber B, Noldus J, Holz A, et al. Reporting complications after open radical retropubic prostatectomy using the Martin Criteria. *J Urol* 2010;184:944-948.