

- **9. SINGH, I.; NABI, G.: "Bellini duct carcinoma: review of diagnosis and management". *Int. Urol. Nephrol.*, 34: 91, 2002.
- **10. ANTONELLI, A.; PORTESI, E.; COZZOLI, A. y cols.: "The collecting duct carcinoma of the kidney: A cytogenetical study". *Eur. Urol.*, 43: 680, 2003.
- **11. SWARTZ, M.A.; KARTH, J.; SCHNEIDER, D.T. y cols.: "Renal medullary carcinoma: clinical, pathologic, immunohistochemical, and genetic analysis with pathogenetic implications". *Urology*, 60: 1083, 2002.
- *12. PEYROMAURE, M.; THIOUNN, N.; SCOTTE, F. y cols.: "Collecting duct carcinoma of the kidney: a clinicopathological study of 9 cases". *J. Urol.*, 170: 1138, 2003.
- *13. KURODA, N.; TOI, M.; HIROI, M. y cols.: "Review of collecting duct carcinoma with focus on clinical and pathobiological aspects". *Histol. Histopathol.*, 17: 1329, 2002.
- *14. MUKHOPADHAYAY, S.; VALENTE, A.L.; DE LA ROZA, G.: "Cystic nephroma: A histologic and immunohistochemical study of 10 cases". *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 128: 1404, 2004.
- *15. RAKOZY, C.; SCHMAHL, G.E.; BOGNER, S. y cols.: "Low-grade tubular-mucinous renal neoplasms: morphologic, immunohistochemical, and genetic features". *Mod. Pathol.*, 15: 1162, 2002.
- **16. STOERKEL, S.; EBLE, J.N.; ADLAKHA, K. y cols.: "Classification of renal cell carcinoma: workgroup n° 1. Union Internationale Contre le Cancer (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC)". *Cancer*, 80: 987, 1997.
- **17. FLEMING, S.; SYMES, C.E.: "The distribution of cytokeratin antigens in the kidney and in renal tumours". *Histopathology*, 11: 157, 1987.
- *18. VECCHIONE, A.; PRAYER GALETTI, T.; GARDIMAN, M. y cols.: "Collecting duct carcinoma of the kidney: An immunohistochemical study of 11 cases". *BMC Urology*, 4:11, 2004.
- **19. MÉJEAN, A.; ROUPR, T.M.; LAROUSSERIE, F. y cols.: "Is there a place for radical nephrectomy in the presence of metastatic collecting duct (Bellini) carcinoma". *J. Urol.*, 169: 1287, 2003.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 1 (71-74), 2008

ABCESO EN MUSLO: RARÍSIMA COMPLICACIÓN DE UNA ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA

Miguel Ángel López Aramburu, Atilano Ramos Ugidos¹, Carmen Gimeno Crespo², José Rosa Arias y Pablo Peña Pérez.

Servicios de Urología, Traumatología¹ y Microbiología². Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos. España.

Resumen.- *OBJETIVO: Las complicaciones habituales de la adenomectomía retropúbica son perfectamente conocidas. A pesar de su baja incidencia, la amplia utilización de esta técnica hace que en el día a día el urólogo se enfrente a ellas con relativa frecuencia, y se resuelvan satisfactoriamente. Queremos llamar la atención sobre la presencia de un absceso de muslo como complicación excepcional de la adenomectomía. Es una rareza tal que nos puede plantear importantísimos problemas en su diagnóstico, con las negativas implicaciones que ello acarrea al demorar el tratamiento. Su conocimiento puede ser decisivo a la hora del diagnóstico y permitir una rápida toma de decisiones.*

Correspondencia

Miguel Ángel López Aramburu
Camino San Juan del Monte, 17
09200 Miranda de Ebro. Burgos. (España)
malaramburu@yahoo.es

Trabajo recibido: 5 de abril 2007.

MÉTODO/RESULTADO: Presentamos un caso de un gran absceso de muslo como complicación de una adenomectomía. Se efectúa una detallada descripción de su presentación y los avatares que acaecieron hasta su diagnóstico y tratamiento, afortunadamente exitoso. Recogemos los mecanismos a través de los cuales se produce la diseminación y comentamos la bibliografía.

CONCLUSIÓN: La presencia de un absceso en muslo como complicación tardía de una adenomectomía es una entidad excepcional que requiere un rápido diagnóstico que permita su tratamiento exitoso, pues se trata de una grave complicación.

Palabras clave: Absceso muslo. Adenomectomía retropúbica. Complicaciones quirúrgicas.

Summary.- **OBJECTIVE:** Usual complications of retropubic adenomectomy are well-known. Despite their low incidence, urologists face them relatively often in their daily practice due to the frequent performance of this technique, and they usually have satisfactory outcomes. We want to attract attention to the presence of a thigh abscess as an exceptional complication of adenomectomy. It is such an oddity that may pose very important diagnostic problems, with negative implications due to treatment delay. The knowledge of it may be decisive at the time of diagnosis and enable a fast decision-making process.

METHODS/RESULTS: We present the case of a great thigh abscess as a complication of adenomectomy. We performed a detailed description of its presentation and avatars occurred until diagnosis and treatment, fortunately successful. We collect the pathogenic mechanisms of dissemination and comment on bibliography.

CONCLUSIONS: The presence of a thigh abscess as a late complication of adenomectomy is an exceptional entity requiring a rapid diagnosis to an enable successful treatment, because it is a severe complication.

Keywords: Thigh abscess. Retropubic adenomectomy. Surgical complications.

INTRODUCCIÓN

La adenomectomía retropúbica es una técnica quirúrgica ampliamente utilizada en la práctica urológica habitual. Su técnica está perfectamente sistematizada desde hace años y sus complicaciones habituales son perfectamente conocidas: hemorragia, infección, incontinencia, estenosis uretrales y de cuello etc. Aunque su incidencia

es baja siempre se debe estar expectante para su abordaje diagnóstico y terapéutico cuando aparecen.

Presentamos una rarísima complicación de una adenomectomía: un absceso en muslo. Por su excepcionalidad, presentación insidiosa, aparición en el contexto de una cirugía urológica previa, sintomatología de inicio inespecífico, etc... su conocimiento puede ser de gran utilidad ya que las circunstancias mencionadas no hacen más que dificultar en un primer momento su diagnóstico, demorando su tratamiento con las graves implicaciones que ello conlleva

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 73 años de edad con antecedentes de brucelosis, hiperuricemia e hipercolesterolemia que ingresa en nuestro Servicio para cirugía programada de hiperplasia prostática benigna. En el estudio diagnóstico presentó un tacto rectal que evidenció una próstata de características adenomatosas, muy aumentada de tamaño (G III/IV). Se practica adenomectomía retropúbica según técnica de T. Millin, enucleándose un gran adenoma de 170 gramos de peso. A los seis días se retira la sonda, el paciente reanuda micciones confortables y es dado de alta.

Transcurridos once días de la intervención, y apenas cuatro del alta, reingresa el paciente en nuestro servicio por presentar en las últimas 24 horas dolor abdominal (hipogástrico), dolor en testículo derecho y raíz de muslo del mismo lado y un mal estado general inespecífico. Por el orificio donde llevó el drenaje de la adenomectomía drena líquido sero-purulento en escasa cantidad. Herida quirúrgica minimamente empastada. Ingresamos en urología con el diagnóstico de infección de herida operatoria y se instaura tratamiento antibiótico empírico.

La exploración general y urológica se encuentra dentro de los límites de la normalidad. Se descarta orquiepididimitis. Análiticamente se observa marcada disminución de los valores de la serie roja, no se demuestra leucocitosis. El paciente es tratado de forma sintomática pero no mejora. Se acentúa el dolor en zona pubiana, por lo que se realiza gammagrafía ósea, que informa del hallazgo de hipercaptación patológica del radiotrazador en tercio superior de ambos pubis en relación con posible osteopatía púbica, como único dato de interés. El paciente sigue sin mejorar, los tratamientos (basados en antibioterapia empírica y analgesia) no logran disminuir el dolor que se localiza ahora en raíz de muslo, y el deterioro general se acentúa. El paciente presenta anemia severa, elevación de VSG, fibrinógeno y PCR. La exploración del muslo es anodina, con dolor inespecífico a la presión en cara interna del mismo. Se achaca el dolor a afectación neurológica, ya que la exploración es normal, y a que también el dolor se extiende por la zona inguinal y testículo derecho.

Con el diagnóstico de sospecha de posible absceso pélvico (el cuadro séptico nos pareció indudable) en relación al antecedente quirúrgico se solicita TAC abdominal. Este informa de normalidad absoluta de órganos abdominales... pero cortes efectuados por debajo de sínfisis pubiana a nivel de muslo derecho descubren un gran absceso en la zona de músculos aductores (Figuras 1 y 2). Ante este hallazgo se solicita colaboración del servicio de traumatología que advierte que la cara interna del muslo derecho se presenta ahora ligeramente enrojecida, tumefacta, dolorosa a la palpación pero sin clara fluctuación. Articulación coxofemoral libre. Transcurridos siete días desde el ingreso y con carácter de urgencia se procede a intervención quirúrgica: se practica amplia incisión longitudinal en la cara interna del tercio proximal del muslo y mediante disección roma digital se penetra en profundidad a través de la musculatura abductora hasta llegar a una gran colección purulenta que proximalmente se dirige hacia el pubis. Se obtiene abundantísimo pus maloliente (se realizan tomas para su estudio microbiológico). Tras lavado de la cavidad con abundante suero y agua oxigenada se cierra parcialmente la herida quirúrgica y se dejan drenajes tipo Penrose. La exploración de la herida quirúrgica de la adenomectomía y la zona donde estuvo el drenaje en el momento actual se encuentran absolutamente normales y no se identifican cavidades, ni colección alguna. Se colocan drenajes y se da por concluida la intervención. El paciente precisó cuidados intensivos, transfusión de hemoderivados, largo periodo de ingreso hospitalario, curas locales minuciosas etc. El paciente presenta una lenta pero excelente evolución hacia la curación total. Todos los controles posteriores (analíticos, radiológicos, ecográficos...) corroboran la buena evolución. El servicio de microbiología nos informa de que en los cultivos efectuados se obtienen los siguientes resultados: en cultivo puro de líquido seropurulento de la herida operatoria de la adenomectomía: *Staphilococo coagulasa*

negativo (sin poder concretar la especie). Cultivo de pus obtenido en el acto operatorio del drenaje del absceso en muslo: crecen dos cepas *Staphilococo coagulasa* negativo (identificado como *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus alfa hemolítico*).

COMENTARIOS

La presencia de un absceso de muslo como complicación de una adenomectomía es una rarísima eventualidad y no hemos encontrado en la literatura consultada ningún caso previo igual.

Los abscesos de muslo son entidades infecciosas raras y que aparecen en el contexto de problemas relacionados con las estructuras locales, tales como piomiositis, infecciones de hematomas, osteomielitis, celulitis y tromboflebitis.

Los abscesos en muslo secundarios a diseminación hematógena son muy infrecuentes y los que se producen por diseminación directa o por contigüidad desde la cavidad abdominal son excepcionales. Corresponden normalmente a procesos infecciosos intraabdominales, frecuentemente relacionados con perforaciones intestinales de causa tumoral (1,2). Otras causas como una osteomielitis de pubis y artritis séptica de la sínfisis pubiana también se han comunicado (3, 4).

Los abscesos del espacio retropúbico también son raras entidades tanto si se presentan aislados o asociados a abscesos en ambos muslos (3, 4, 5) y llamamos la atención sobre los secundarios a cirugía de la incontinencia urinaria con colocación de cabestrillos (5).

Agostini y cols. comunican el primer caso de absceso de muslo tras coacción de un cabestrillo via transobtura-

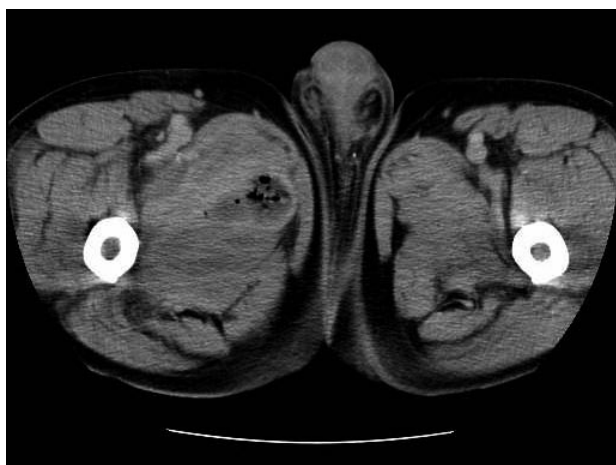


FIGURA 1. TAC: Corte a nivel de raíz de muslos: Absceso en músculos aductores derechos (corte alto).



FIGURA 2. TAC: Corte a nivel medio de muslos. Absceso en músculos aductores derechos (corte bajo).

dor y revisan la literatura encontrando complicaciones infecciosas de los cabestrillos transvaginales pero siempre a nivel púbico. Posteriormente las comunicaciones sobre casos aislados, pero con graves complicaciones infecciosas de los cabestrillos transobturadores, se han sucedido (6, 7).

Las vías de diseminación por donde los microorganismos llegan desde el abdomen al muslo han sido estudiadas por Rotstein y cols. Dividen a estas en dos tipos: bien a través de diseminación directa de la infección por el tejido celular subcutáneo (con una patogénesis similar a la que se produce en la Gangrena de Fournier) o bien a través de las vías naturales de comunicación de la pared abdominal. A saber: 1º) A través del músculo psoas, ligamento inguinal y vasos ileofemorales. 2º) A través del canal femoral. 3º) A través del foramen obturador. 4º) A través de los orificios ciáticos (2).

Los gérmenes normalmente implicados son el *Staphylococo aureus*, *Streptococo spp*, *Pseudomona aeruginosa* y *Enterococos* (3, 4, 5). *Staphylococcus epidermidis* y otros *Estafilococos coagulasa* negativos representan los mayores componentes de la microflora de la piel y mucosa humana. Se aíslan con frecuencia en el laboratorio de Microbiología Clínica como contaminantes, aunque también se consideran importantes agentes etiológicos de infecciones intrahospitalarias, y dentro de estas de las infecciones de las heridas quirúrgicas.

Aunque es difícil demostrar el rol patogénico de estos microorganismos en algunas infecciones, existen algunos datos microbiológicos que nos orientan hacia su implicación clínica: 1º) El aislamiento en cultivo puro a partir de la muestra procedente del foco de infección. 2º) El aislamiento repetido del mismo microorganismo en cultivos seriados de la zona afectada, durante la evolución de la infección.

En nuestro caso se aislaron dos cepas de *Estafilococo coagulasa* negativo de dos localizaciones diferentes y secuenciales en el tiempo, pudiendo estar hipotéticamente relacionadas y ser la causa de la complicación infecciosa. Lamentablemente no disponemos de métodos genotípicos que nos confirmen que se trata de la misma cepa y en consecuencia que respalden la hipótesis anterior.

Creemos que el diagnóstico no siempre es fácil, en contraposición a lo que opinan otros autores (2). Si bien coincidimos con ellos en que el absceso de muslo una vez instaurado puede reconocerse fácilmente, el contexto de estos pacientes es muy distinto al de los que presentan un absceso primario. No debemos olvidar que estos casos aparecen en el ámbito de cirugías previas tales como la colocación de cabestrillos sin tensión (5, 6), como en nuestro caso una *Adenomectomía* que cursó con un postoperatorio inmediato absolutamente normal, y en el contexto de graves patologías abdominales y sus correspondientes tratamientos quirúrgicos.

Si el absceso de muslo proviene de una infección abdominal los casos se complican muchísimo más. La mortalidad general (que se cifra en un 53%), en estos casos puede llegar al 93% si sólo se trata el problema del absceso de muslo y no se reconoce el problema abdominal (2). En nuestro caso se abordó en el mismo acto quirúrgico el tratamiento del absceso y la causa abdominal, aunque en el momento de la cirugía no se demostró absceso ni en pared ni en espacio retropúbico.

CONCLUSIONES

La aparición de un absceso de muslo es una complicación rara de la cirugía abdominal. Ha sido comunicada en el ámbito de la cirugía urológica como complicación de la colocación de cabestrillos sin tensión por vía transobturador y nuestro grupo presenta un caso tras adenomectomía retropúbica. Las vías de diseminación tienen una clara explicación anatómica. Dada su extrema gravedad se debe tener muy en cuenta su posible aparición.

El tratamiento es inexorablemente quirúrgico y precisando siempre el abordaje tanto de absceso del muslo como del foco primario a nivel abdominal.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. LÓPEZ MEDRANO, F.; DEL VAL MUÑOZ, O.; SÁNCHEZ MUÑOZ, A. y cols.: "Mujer con antecedentes oncológicos y dolor en el muslo derecho: Una infección diseminada por contigüidad". *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, 24: 129, 2006.
- **2. ROTSTEIN, O.D.; PRUETT, T.L.; SIMMONS, R.L.: "Thigh abscess. An uncommon presentation of intraabdominal sepsis". *Am. J. Surg.*, 151: 414, 1986.
3. YOSHIDA, S.; NAKAGOMI, K.; GOTO, S.: "Abscess formation in the prevesical space and bilateral thigh muscles secondary to osteomyelitis of the pubis. Basis of the anatomy between the prevesical space and femoral sheath". *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 38: 440, 2004.
4. LORENZO, G.; MESEGUER, M.A.; DEL RIO, P. y cols.: "Prevesical abscess secondary to pubis symphysis septic arthritis". *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 19: 896, 2000.
- *5. AGOSTINI, A.; DE LAPPARENT, T.; BRETELLE, F. y cols.: "Abscess of the thigh and psoas muscle after transobturator suburethral sling procedure". *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 85: 628, 2006.
6. DEFFIEUX, X.; DONNADIEU, A.C.; MORDEFROID, M. y cols.: "Prepubic and thigh abscess after successive placement of two suburethral slings". *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*, 2006.
7. GOLDMAN, H.B.: "Large thigh abscess after placement of synthetic transobturator sling". *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*, 17: 295, 2006.