

Historia Clínica Detallada

80
300

Identificación del Usuario

Ciudad: PEREIRA RDA.	2016/03/30 A las 00:40	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA		Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil:
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729

Ingreso EVOLUCION MEDICO

® NOTA DE EVOLUCION

ESTADO DE
SALUD: ESTABLE

CONDICIONES: NINGUNA

CLASE DE
ATENCIÓN: AMBULATORIA URGENCIASTIPO DE
CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERALSUBJETIVO: NOTA MEDICA OBSERVACION ***** ABSCESO RENAL NEFROLITIASIS RENAL IZQ (LITIASIS CORALIFORME)
S/ REFIERE ESTAR BIEN CON DOLOR MODERADO EN EL FLANCO IZQ.OBJETIVO: EXAMEN FISICO: PCTE DECAIDA ALERTA AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA C/C CONJUNTIVA NORMOCROMICA,
MUCOSA ORAL HUMEDA C/P RSRs NORMALES NO AGREGADOS Y RSCS RITMICOS SIN SOPLOS ABD: BLANDO, DOLOROSO A LA
PALPACION DE FLANCO IZQUIERDO, NO MASAS NO MEGALIAS. SE OBSERVA CATETER DE NEFROSTOMIA IZQ FUNCIONANTE EN EL
MOMENTO. EXT: PERFUSION DISTAL < 3 SEGUINDOS, SIMETRICAS, NO EDEMAS NEURO: PCTE ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFICIT
MOTOR NI SENSITIVO, CON FM 5/5 EN 4 EXTREMIDADES.ANÁLISIS Y
PLAN: A/ PCTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO EN EL MOMENTO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
VALORADA POR DRA OSORUO QUIEN ORDENA HOSPITALIZACION EN CASA CON MEROPENEM. PLAN: IGUAL MANEJO MEDICO.TIPO DE
DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICADIAGNOSTICO
PRINCIPAL: N151 ABSCESO RENAL Y PERIRRENALAutor: COLPAS
GUTIERREZ LEINER
JESUSEspecialidad: MEDICINA
GENERAL

Documento: CC 12644195 Registro: 00865-04

Firma Digitalizada:

Historia Clínica Detallada

COMFA 347

Identificación del Usuario			
Ciudad: PEREIRA RDA.	2016/04/01 A las 8:33	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA		Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil:
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729

Ingreso EVOLUCION MEDICO

® NOTA DE EVOLUCION

ESTADO DE
SALUD: ESTABLE

CONDICIONES: INFECCIOSO

CLASE DE
ATENCIÓN: HOSPITALARIA URGENCIASTIPO DE
CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

SUBJETIVO: MEDICINA FAMILIAR. PACIENTE MUJER DE 25 AÑOS DE EDAD, EN SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS CON IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁLCULO CORALIFORME EN PELVIS RENAL CON NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA FALLIDA POR PRESENCIA DE PUS EN ORINA CON INFECCION DE VIAS URINARIAS ALTA COMPLICADA, INICIALMENTE CON SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. VALORADA AYER POR LOS SERVICIOS DE INFECTOLOGÍA Y UROLOGIA QUIENES INDICAN MANEJO INTRAHOSPITALARIO ESCALANDO ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUE DESOBTURUYA LA VIA URINARIA.

OBJETIVO: CONSCIENTE, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL. CATETER DE DRENAJE DE NEFROSTOMIA PERMEABLE DRENANDO ORINA CON ASPECTO PURULENTO AUNQUE EN MENOR CANTIDAD

ANÁLISIS Y PLAN: EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, MEJORIA CLINICA PROGRESIVA, AUSENCIA DE FIEBRE, MEJOR MODULACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA Y DEL DOLOR, LUEGO DE CAMBIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA. CON INCREMENTO EN NIVELES DE HEMATOCRITO Y HEMOGLOBINA, TROMBOCITOSIS, SIN INDICACION ACTUAL DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA, AZOADOS NORMALES, GASES SANGUINEOS CON MUESTRA VENOSA, PCR POSITIVA, HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA AUNQUE EN MENOR INTENSIDAD RESPECTO A CUADRO HEMATICO PREVIO. SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO DESCRITO. HOSPITALIZAR POR EL SERVICIO DE UROLOGÍA. SE EXPLICA CONDICIÓN CLINICA Y PLAN DE MANEJO, PACIENTE EXPRESA ENTENDER Y ACEPTAR.

TIPO DE
DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDODIAGNOSTICO
PRINCIPAL: N200 CALCULO DEL RIÑON

Autor: MONTENEGRO
CARDONA JUAN
CARLOS

Especialidad: MEDICINA
FAMILIAR

Documento: CC 79533437 Registro: 523096-95

Firma Digitalizada:

38
348

Historia Clínica Detallada

Identificación del Usuario

Ciudad: PEREIRA RDA.	2016/03/30 A las 20:29	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA		Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil:
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729

Ingreso EVOLUCION MEDICO® NOTA DE EVOLUCIONESTADO DE
SALUD: DELICADO

CONDICIONES: CON ACOMPAÑANTE

CLASE DE
ATENCIÓN: AMBULATORIA URGENCIASTIPO DE
CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

SUBJETIVO: REFEIERE DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO NO REFEIR OTR AALTERACION

OBJETIVO: TORAX SIMETRICO NO RMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICUALR LIMPIO SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN CON DLOR A LA PALPACION DE EPIGASTRIO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

ANÁLISIS Y
PLAN: SE SOLICITA EKG CON RITMO SINUSAL TAQUICARDIA, NO SE OBSERVA OTRA ALTERACION, SIGNOS VITALES NORMALES A EXCEPCION DE FRECUENCIA CARDIACA, SE ORDENA PROTECTOR GASTRICO REVALORARTIPO DE
DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICADIAGNOSTICO
PRINCIPAL: R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

OTROS DIAGNOSTICOS

R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Autor: SOLARTE PARADA JORGE
EDUARDOEspecialidad:
MEDICINA
GENERALDocumento: CC
1053796561

Registro: 17279

Firma Digitalizada:

Historia Clínica Detallada

349

Identificación del Usuario			
Ciudad: PEREIRA RDA.	2016/03/31 A las 16:21	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 9 MESES 30 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA		Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil:
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729

Ingreso EVOLUCION MEDICO® NOTA DE EVOLUCIONESTADO DE
SALUD: MEJORIA

CONDICIONES: NINGUNA

CLASE DE
ATENCIÓN: AMBULATORIA URGENCIASTIPO DE
CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

SUBJETIVO: NOTA MEDICA ***** PCTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS S/ REFIERE ESTAR CON DOLOR MODERADO EN REGION DE COLUMNA DORSAL IZQ.

OBJETIVO: PCTE ALERTA CON LEVE PALIDEZ MUCOCUTANEA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA C/C MUCOSA ORAL HUMEDA C/P RSRs NORMALES NO AGREGADOS Y RSCS RITMICOS SIN SOPLOS ABD. BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NO MEGALIAS

ANÁLISIS Y
PLAN: DRENAJE DEL CATETER HOY 100 CC DE DRENAJE PURULENTO. A/PCTE CON DIAGNOSTICO ANOTADO EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE PERO PERSISTE TAQUICARDICA, PALIDA, CON NOTA DE INFECTOLOGIA QUIEN REFIERE JUSTIFICAR TRANSFUSION DADO LA POCA RESPUESTA CRONOTROPICA DE LA PACIENTE, SE INICIO PIPERACILINA TAZOBACTAM, SE ESPERA RESPUESTA Y SE RESERVARA 2 U GRE Y SEGUN NECESIDAD SE ORDENARA TRANSFUNDIR. PLAN: RESERVAR 2 U GRE. CONTINUAR CON PIPERACILINA TAZOBACTAM PENDIENTE RESOLVER CUADRO OBSTRUCTIVO. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS.TIPO DE
DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICADIAGNOSTICO
PRINCIPAL: N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADOAutor: COLPAS
GUTIERREZ LEINER
JESUS

Firma Digitalizada:

Especialidad: MEDICINA
GENERAL

Documento: CC 12644195 Registro: 00865-04

Historia Clínica Detallada

350

Identificación del Usuario

Ciudad: PEREIRA RDA.	2016/04/01 A las 2:21	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA		Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil:
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729

Ingreso EVOLUCION MEDICO

® NOTA DE EVOLUCION

ESTADO DE
SALUD: ESTABLE

CONDICIONES: CON ACOMPAÑANTE

CLASE DE
ATENCIÓN: AMBULATORIA URGENCIASTIPO DE
CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

SUBJETIVO: RESULTADOS PARACLINICOS HEMOLEUCOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA. ANEMIA MODERADA DE VOLUMENES BAJOS, PLTS EN RANGO NORMAL. AZOADOS NORMALES. CATÉTER DE NEFROSTOMÍA PERMEABLE CON ELIMINACIÓN DE MATERIAL PURULENTO. SE SOLICITÓ GASES ARTERIALES. SE TOMÓ MUESTRA VENOSA PTE NO PERMITIÓ MÁS PUNCIÓN PARA TOMA DE MUESTRA.

OBJETIVO: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, COLABORADORA A LA ANAMNESIS Y AL EF. NEFROSTOMIA PERCUTÁNEA CON DRENAJE DE MATERIAL PURULENTO. ORL NORMAL. MUCOSAS HÚMEDAS. LEVE PALIDEZ. CYC: NO MASAS NI ADENOPATÍAS CUELLO MÓVIL SIN RIGIDEZ NUCAL. C/P: RCRSS. CP CON MV LIMPIO SIN SA. ABDOMEN: SIN DOLOR A LA PALPACIÓN G.U: ANOTADO. OSTEOMUSCULAR Y EXTREMIDADES: FUERZA, TONO Y MARCHA SIN ALT. NEUROLÓGICO SIN DEF. NI FOCALIZACIÓN, GLASGOW 15, ROT SIN ALT.

ANÁLISIS Y
PLAN: CONTINUAR ATB TERAPIA ESTABLECIDA. PDTE REVALORACIÓN POR UROLOGÍA.TIPO DE
DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDODIAGNOSTICO
PRINCIPAL: N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADOAutor: CARDENAS RAMIREZ
SANTIAGOEspecialidad:
MEDICINA
GENERALDocumento: CC
1089744156

Registro: 2353

Firma Digitalizada:

Historia Clínica Detallada

331

Identificación del Usuario			
Ciudad: PEREIRA RDA.	2016/04/01 A las 10:40	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA		Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA		Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil:
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729

Ingreso EVOLUCION MEDICO® NOTA DE EVOLUCION

ESTADO DE
SALUD: ESTABLE

CONDICIONES: CON ACOMPAÑANTE

CLASE DE
ATENCIÓN: HOSPITALARIA URGENCIAS

TIPO DE
CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

SUBJETIVO: CALCULO RENAL CORALIFORME . PIONEFROSIS . TTO AB

ANÁLISIS Y
PLAN: SE COMENTO CON UROLOGO TRATANTE DE CALCULASER. CONSIDERA RIÑON CON LITIASIS CON POSIBEL DETEORIOR FUNCIONAL SEEVERO . INDICACION DE RENOGAMA PARA EVALUAR FUNCION. PARA DFINIR TTO DE LITIASIS VS NEFRECTOMIA

TIPO DE
DIAGNOSTICO: CONFIRMADO NUEVO

DIAGNOSTICO
PRINCIPAL: N200 CALCULO DEL RIÑON

Autor: HOYOS MEJIA
JORGE ALBERTO

Firma Digitalizada:

Especialidad: UROLOGIA Documento: NI 89000516 Registro: 7625-99

 Comfamiliar <small>COMITÉ FAMILIAR DE SALUD</small>	Impresión de Resultados		Código:
	Area de Servicios: CLINICA		Versión No:
			Vigente a partir:
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Ciudad: PEREIRA RDA.	Fecha: 2016/03/31	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ	Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01	
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A CS 12 TERRANOVA	Tipo de Afiliado: COTIZANTE		
Cotizante: CC 1088003729	Categoría: A	Estado Civil: SOLTERO(A)	

2016/03/31(12:09):

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	RESPONSABLE	OBSERVACION
GLOBULOS BLANCOS	19.28	X10 ³ mm ³	4.50 - 10.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
NEUTROFILOS %	82.9	%	43.00 - 76.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
LINFOCITOS %	10.2	%	17.00 - 48.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
MONOCITOS %	6.1	%	4.00 - 12.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
EOSINOFILOS %	0.5	%	1.00 - 7.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
BASOFILOS %	0.3	%	0.00 - 2.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
RECUENTO DE G. ROJOS	3.5	10 ⁶ x mm ³	3.80 - 5.80	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	75.4	fl	80.00 - 97.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
HB CORPUSCULAR MEDIA	23.2	pg	26.50 - 33.50	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	30.7	g/dl	31.50 - 35.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
RDW-CV	20.90	%	10.00 - 15.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R.	55.2	%	35.00 - 55.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	10.0	fl	6.50 - 11.00	BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
NEUTROFILOS.	15.98	10 ³ /uL		BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
LINFOCITOS.	1.97	10 ³ /uL		BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
MONOCITOS.	1.17	10 ³ /uL		BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
EOSINOFILOS.	0.10	10 ³ /uL		BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	
BASOFILOS.	0.06	10 ³ /uL		BEATRIZ GIRALDO	

353 48

				SERNA TP :	
DIFERENCIAL MANUAL	NI			BEATRIZ GIRALDO SERNA TP :	NEUTROFILOS % 80 LINFOCITOS % 17 MONOCITOS % 3

		Impresion de Resultados	Código:
		Area de Servicios: CLINICA	
		Versión No:	
		Vigente a partir:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Ciudad: PEREIRA RDA.	Fecha: 2016/03/31	Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S(E.P.S. SANITAS S.A.)	
Nombre: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Documento: CC 1088003729	Fecha Nacimiento: 1990/06/01
Sexo: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono: 3152165688	
Dirección: MZ A'CS 12 TERRANOVA	Tipo de Afiliado: COTIZANTE		
Cotizante: CC 1088003729	Categoría: A	Estado Civil: SOLTERO(A)	

2016/03/31(8:46):

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	RESPONSABLE	OBSERVACION
HEMOGLOBINA	7.6	g/dl	11.00 - 16.50	ERIKA GUIOVANNA JIMENEZ HERNAN	

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729	*1088003729*	G. Etareo 0	Edad: 25 AÑOS
1088003729	CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ	Sexo: Femenino	
INGRESO Fec: 21/05/2016 06:29:26		GRESO Fec: 25/05/2016 10:00:00	
Pabellón Evolución: 10 SALA DE RECUPERACION CIRUGIA		Aten Egreso: HOSPITALIZACION	

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso	C64X	TUMOR MALIGNO DEL RINON EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL
Dx Salida	N151	ABSCESO RENAL Y PERIRRENAL

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

CIRUGIAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grp CX
1	16074	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (PAQUETE SIN HONORARIOS NI EQUIPO)	
Médico: JAIME VELASCO PIEDRAHITA		Especialidad: UROLOGIA	Via: LAPAROSCOPICA

DESCRIPCION CIRUGIA

Medico ME104 JAIME VELASCO PIEDRAHITA Esp. UROLOGIA

Diagnostico Preoperatorio: N132 HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER
Diagnostico Postoperatorio: N132 HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER
Tipo de Herida: LIMPIA CONTAMINADA Tipo de Anestesia: GENERAL Tipo de Cirugia: PROGRAMADA
Cantidad de Sangrado: 32 ml. Via: UNICA VIA
Realización Acto Quirurgico: 21/05/2016 Hora Inicio 08:00:00 Hora Final 10:00:00
Tiempo de Perfusion: 0,00min. Tiempo de Clamp: 0 min.

Descripcion Quirurgica:

RIÑON HIDRONEFROTICO . NO FUNCIONAL . PIONEFROSIS . NEFROSTOMIA
POSICION DE LUMBOTOMIA SONDA FOLEY 14 FR . MINILAP SUB COSTAL PARA PUERTO DE 10 MM CAMARA
10 MM FOSA ILIACA IZQUIERDA . 10 MM FLANCO IZQUIERDO DE TRABAJO . RIÑON FIBROSO
FIJO . ADHERIDO A ORGANOS VECINOS . PANCREAS BAZO Y COLON . SE LIBERA COLON HACIA MEDIAL
Y RIÑON EN SU TOTALIDAD . SE LIGA VENA RENAL CON CLIPS DE HEMOLOCK . PAQUETE VASCULAR
ARTERIAL ADHERIDO AL VASO QUE NO PERMITE DISECCION ADECUADA CON SANGRADO EN SU
MOVILIZACION POR LO ANTERIOR SE DECIDE AMPLIACION DEL PUERTO DE FOSA ILIACA IZQUIERDA
LOGRANDO COMPRESION MANUAL DE LA ARTERIA . SE REALIZA LIGADURA EN BLOQUE CON VICRYL DEL 1
PREVIO CLAMPEO CON SATINSKY . SE EXTRAER RIÑON EN SU TOTALIDAD SE ENVIA A PATOLOGIA .
REVISO HEMOSTASIA . SURGICEL AL AREA DEL PEDICULO RENAL , DREN AL LECHO RENAL POR PUERTO
DE 10 MM . SE FIJA CON SEDA 2 . VICRYL DEL 1 A LA FASCIA . PROLENE A LA PIEL . SE RETIRA
NEFROSTOMIA . AYUDANTE DR RODRIGO SILVA UROLOGO

Complicacion:

JAIME VELASCO PIEDRAHITA

Reg. 1197

UROLOGIA

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SALIRIVO

SJO *HOSVITAL*

Usuario: SAMEDI SANDRA LORENA MEDINA OSORIO

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00 Ingreso TRIAGE
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Aten Egreso HOSPITALIZACION

EVOLUCIONES

04/07/2016 21:43:10 MG425 GIANNI GISSELLE ESTRADA ROSERO

PACIENTE QUIEN FUE LLEVADA A MANEJO QUIRURGICO POR PARTE DE UROLOGIA HACE MAS O MENOS UN MES CON COMPLICACIONES POSTERIORE CON TC DE ABDOMEN DL 27/05/2016 QUE REPORTA " GRAN COLECCION INTRAABDOMINAL ANTEIOR AL RIÑON IZQUIERDO CON SX QUE SUGIEREN SOBREINFECCION ESTA SE COMUNICA CON LA PARED ABDOMINAL Y CON HEMATOMA ADYACENTE AL BAZO LACERADO, PIONEFROSIS IZQUEIRDA NEFROLITIASIS IZQUIERDA AUSENCIA DEL CUERPO Y COLA DEL PANCREAS CONCLIPS QUIRURGICOS A NIVEL DEL CUELLO ESCASO LIQUIDO LIBRE A IVEL DEL ESTRECHO PELVICO , PEQUEÑO EUMOPERITOEAL ENFISEMA CELULAR SUBCUTANEO EN EL HIPOCODRIO Y FLANCO IZQUIERDO DERRAME PLEURAL CON ATELECTASIA SUBGSEGMENTARIA E LA BASE PULMONAR IZQUIERDA " RECIBE MANEJO MULTIDICIPLINARIO POR PARTE DE UROCOLOGIA CX GENRLA MEDICINA INTERNA. REALIZAN DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCIONES ANTIBITICO VANCOMICINA MEROPENEM DRENA PANCREATICO Y RENAL IZQUIERDO. EGREOS HOME CARE CON MANEJO ANTIBITICO POR 10 DIAS. COMENTA PACIENTE HACE 15 DIAS RETIRO DREN PANCREATICO POSTEIOR A ELLO INTENSIFICAION DE DOLOR ABDOMINAL EMIABDOMEN IZQUIERDO FIEBRE INTERMITENTE CEFALEA NAUSEA SE ORINA FRECUENTEMENTE SIN OTRAS ALTERACIONES NO EDEMA NO OTRAS.

- * PATOLOGICOS QX ABDOMINAL RESECCION PARCIAL PANCREAS LACERACION VASO.
- * ALERGICOS NIEGA
- * TOXICOS NIEGA
- * QX ULTIMA PIE EQUINO BILATERAL
- * LABORALES AUXILIAR DE FARMACIA.

* --- PACIENTE ALGIDA TAQUICARDICA AFEBRIL MUCOSA PALIDAS , RC SRCS CPB IEN VENTRIALDOS DREN POSTEIRO IZQUIERDO SECRECION SEROSA NO FETIDA. ABULTAMIENTO FLANCO IZQUIERDO DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE TODO EL HEMIABDOMEN IZQUIERDO CICATRIZ QX PERESTEN FLANCO DERECHO HPOCONDRIO DERECHO FID NORMAL MESOGASTRIO MODERADAMENTE DOLOROS

* --- PACIENTE OCN CUADRO CLINICO DESCRITO ALTA SOSPECHA DE COLECCION INTRAABDOMINAL. SS ECO ABDOMINAL ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DEFINIR MANEJO
Evolucion realizada por: -Fecha: 04/07/16

04/07/2016 23:46:24 MG425 GIANNI GISSELLE ESTRADA ROSERO
RECIENTE INICIO DE MANEJO MEDICO
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PENDIENTES
ENTREGO A MEDICO DE OBSERVACION POR CAMBOI DE TURNO
Evolucion realizada por: -Fecha: 04/07/16

05/07/2016 02:48:11 MG485 LAURA CATALINA GRAJAL ES VELAZ
SE RECIBE REPORTE DE PARACLINICOS AMILASA, BILIRRUBINA, CLORO, SODIO, POTASIO,

6J.0 "HOSVITAL"

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729	*1088003729*	G. Etareu 0	Edad: 26 AÑOS
1088003729	CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Sexo: Femenino
GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00		GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00	
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI		Aten Ingreso TRIAGE	
		Aten Egreso HOSPITALIZACION	

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso	R100	ABDOMEN AGUDO
Dx Salida	N136	PIONEFROSIS

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SALIR VIVO

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO

DOLOR ABDOMINAL

PACIENTE QUIEN FUE LLEVADA A MANEJO QUIRURGICO POR PARTE DE UROLOGIA HACE MAS O MENOS UN MES CON COMPLICACIONES POSTERIORE CON TC DE ABDOMEN DL 27/05/2016 QUE REPORTA " GRAN COLECCION INTRAABDOMINAL ANTEIOR AL RIÑON IZQUIERDO CON SX QUE SUGIEREN SOBREINFECCION ESTA SE COMUNICA CON LA PARED ABDOMINAL Y CON HEMATOMA ADYACENTE AL BAZO LACERADO, PIONEFROSIS IZQUEIRDA NEFROLITIASIS IZQUIERDA AUSENCIA DEL CUERPO Y COLA DEL PANCREAS CONCLIPS QUIRURGICOS A NIVEL DEL CUELLO ESCASO LIQUIDO LIBRE A IVEL DEL ESTRECHO PELVICO , PEQUEÑO EUMOPERITOEAL ENFISEMA CELULAR SUBCUTANEO EN EL HIPOCODRIO Y FLANCO IZQUIERDO DERRAME PLEURAL CON ATELECTASIA SUBSEGMENTARIA E LA BASE PULMONAR IZQUIERDA " RECIBE MANEJO MULTIDICIPLINARIO POR PARTE DE UROCOLOGIA CX GENRLA MEDICINA INTERNA. REALIZAN DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCIONES ANTIBITICO VANCOMICINA MEROPENEM DRENA PANCREATICO Y RENAL IZQUIERDO. EGRESOS HOME CARE CON MANEJO ANTIBITICO POR 10 DIAS. COMENTA PACIENTE HACE 15 DIAS RETIRO DREN PANCREATICO POSTEIOR A ELLO INTENSIFICAICON DE DOLOR ABDOMINAL EMIABDOMEN IZQUIERDO FIEBRE INTERMITENTE CEFALEA NAUSEA DICE ORINA FRECUENTEMENSIN OTRAS ALTERAICONES NO EDEMA NO OTRAS.

* PATOLOGICOS NEFRO

* ALERGICOS NIEGA

* TOXICOS NIEGA

* DX ULTIMA PIE EQUINO BILATERAL

* LABORALES AUXILIAR DE FARMACIA.

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO

CABEZA Y ORAL: -NO REFIERE. CARDIACO: -NO REFIERE. ABDOMEN: -NO REFIERE. EXTREMIDADES: -NO REFIERE. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: -NO REFIERE

EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

04/07/2016 21:43:10 MG425 GIANNI GISSELLE ESTRADA ROSERO

CABEZA Y ORAL: -SIN ALTERACIONES. CARDIACO: -SIN ALTERACIONES. ABDOMEN: PACIENTE ALGIDA TAQUICARDICA AFEBRIL MUCOSA PALIDAS , RCSRCS CPB IEN VENTIALDOS DREN POSTEIRO IZQUIERDO SECRECION SEROSA NO FETIDA. ABULTAMIENTO FLANCO IZQUIERDO DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE TODO EL HEMIABDOMEN IZUQERDO CICATRIZ QX PERESTEN FLANCO DERECHO HPOCONDRIO DERECHO FID NORMAL MESOGASTRIO MODRADAMENTE DOLOROS. EXTREMIDADES: -SIN ALTERACIONES. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: -SIN ALTERACIONES

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:08 ten Ingreso TRIAGE
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Evolucion realizada por: -Fecha: 05/07/16

06/07/2016 12:06:45 MG393 CINDY MILENA RODRIGUEZ CASTILLA
 PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON DX
 HIDRONEFROSIS GRADO 2 IZQUEIRDA
 COLELITIASIS SIN COLECISTITIS
 DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO,

LA APCIENTE REFIERE QUE AUN SIGUE CON DOLOR
 NIEGA FIEBRE Y VOMITOS,

SIGNOS VITALE STA 86-53 FC 100, 19 SA02 DE 97%
 NORMCOEFALO MUCOSA ORAL SECA SALIVA FILANTE PALIDEZ MUCOCUTANEA CUELLO MOVIL SINA
 DENOPTIAS, TORAX SIEMTRICOE XPANSIBLE RUIDOS RITMISO TAQUICARDICOS PULMONES CLAOR
 VENTILADOS, ABOEM DISTENSIO ABDOMINAL CO DOLOR ALA PALAPCION EN EPIGASTRIO E HIPOCODNRIO
 IZQUEIRDO FLANCO IZQUEIRDO, PERISTALSIS AUSENTE, EXT SIN EDEMA,

PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL AFEBRIL TAQUICARDICA PALIDEZ CON SIGNOS DE SIRS CON
 HEMORGAMA CON LEUCOCITOCIS CON NEUTROFIIA, SIN COLECCION ABDOMINAL, CON CALCULOEN RIÑO
 IZQUEIROD Y VESICULA, PACIENTE QUEI TIENE PENDIETE UN UROTAC SE E INDICIA TAC DE ABDOEM
 CON DOBLE CONTRASTE Y ADEMAS COCNETP DE CX GENERAL Y CONCEPTO DE UROLOGIA CON PLACAS D
 EUROTAC,
 }SE FORMULA,

Evolucion realizada por: -Fecha: 06/07/16

06/07/2016 20:42:11 ME146 JULIO LUIS PASTRANA GRACIA
 PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, DX DE COLECCION INTRAPERITONEAL,
 POSTERIOR A CIRUGIA UROLOGICA--NEFERECTOMIA IZQUIERDA ??--SE LE COLOCO DREN
 INTRAPERITONEAL PARA DRENAJE DE COLECCION POSTOPERATORIA, CON EVOLUCION FAVORABLE, PERO
 POSTERIORMENTE COMENTA COMENZO A PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL Y CAMBIOS INFLAMATORIOS A NIVEL
 DE CICATRIZ QUIRURGICA.

AL EF. FC. 88 PM FR. 16 PM, ABDOMEN: DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN CUADRANTE
 SUPERIOR IZQUIERDO, ADEMAS IMPRESIONA ZONA DE FLUCTUACION A NIVEL DE CICATRIZ QUIRURGICA.
 ID. COLECCION RESIDUAL DE FISTULA PANCREATICA 2. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA 3. PIONEFROSIS.
 PLAN. POR EL MOMENTO CONTINUA EN MANEJO MEDICO--VALORACION POR UROLOGIA--EN ESPERA DE
 REPORTE RX DE TAC ABDOMINAL Y PELVICO CON CONTRASTE.

Evolucion realizada por: -Fecha: 06/07/16

06/07/2016 23:42:22 MG515 DANIEL FERNANDO NEIRA CARRILLO
 SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA, SE ENCUENTRA PACIENTE CON DRENAJE PURULENTO Y FETIDO EN
 LESIONES QUIRURGICAS POSTERIORES MY ABDOMINALES DERECHA. SE REALIZA DRENAJE, SE CUBRE CON
 APOSITOS. CONTINUA EN VIGILANCIA

Evolucion realizada por: -Fecha: 06/07/16

07/07/2016 09:00:45 ME237 EDGAR CASELLA GOMEZ

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

24
359

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08

INGRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

CREATININA, BUN, GLUCOSA, TRANSAMINASAS DENTRO DE LIMITES NORMALES, TIMPOS DE COAGULACION LEVEMENTE PROLONGADOS, PENDIENTE UROANALISIS, HEMOGRAMA Y ECOGRAFIA ABDOMINAL, SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

Evolucion realizada por: -Fecha: 05/07/16

05/07/2016 09:48:22 ME119 CARLOS ENRIQUE RAMIREZ ISAZA

DX. DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO

FISTULA PANCREÁTICA

S. REFIERE QUE DEBIÓ CONSULTAR NUEVAMENTE POR DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y REGIÓN LUMBAR DEL MISMO LADO. ESTE DOLOR SE AUMENTÓ MÁS LUEGO DEL RETIRO DEL DREN ABDOMINAL SEGUN SE INFORMA. HA PERSISTIDO CON SECRECIÓN TURBIA EN REGIÓN LUMBAR IZQUIERDA.

O. FC: 76/MIN. FR: 18/MIN. AFEBRIL.

MUCOSAS ROSADAS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA. ABDOMEN CON TUMEFACCIÓN EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO DOLOROSA, CICATRICES QUIRÚRGICAS RECIENTES.

A. SE DEBE DESCARTAR COLECCIÓN ABDOMINAL.

P. PENDIENTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL YA SOLICITADA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 05/07/16

05/07/2016 11:10:47 MG514 JUAN GABRIEL VALENCIA BELTRAN

SE REFORMULAN MEDICAMENTOS.

Evolucion realizada por: -Fecha: 05/07/16

05/07/2016 17:30:24 MG514 JUAN GABRIEL VALENCIA BELTRAN

ANTE HALLAZGOS DE ECOGRAFIA DE ABDOMEN, SE SOLICITA UROTAC. CON RESULTADOS SE DEFINIRA CONDUCTA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 05/07/16

05/07/2016 23:32:14 MG496 JHON SEBASTIAN OSORIO VALENCIA

PACIENTE DE 26 AÑOS CON IDX:

1. DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO

FISTULA PANCREATICA?

- COLECCION ABDOMINAL

- AP NEFECTOMIA IZQUIERDA?

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADA, SV: 90/50 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 SATO2: 90% AL AMBIENTE, REFIERE PERSISTENCIA DEL DOLOR, MANEJO PARCIAL DEL MISMO, REFIERE NAUSEAS, DEBIDO A HALLAZGOS ECOGRAFICOS Y ANTECEDENTE DE LA PACIENTE SE SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA, PENDIENTE REALIZACION DE UROTAC Y REVALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, SE OPTIMIZA ANALGESIA Y ANTIEMETICO, SE REALIZA FORMULACION.

ECO ABDOMINAL:

1. AUMENTO DEL TAMAÑO DEL RIÑON IZQUIERDO CON HIDRONEFROSIS GRADO IV, CON NEFROLITIASIS Y GAS EN SU INTERIOR

2. COLELITIASIS SIN SIGNOS DE COLECISTITIS AGUDA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareo 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Tabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Paciente a quién hace 2 meses se le realizó un procedimiento urológico, actualmente ha venido presentando un cuadro de dolor abdominal y secreción por un dren abdominal. La paciente presenta un aumento de volumen a nivel de la cicatriz quirúrgica. En este momento presenta salida de material purulento por el sitio de la herida quirúrgica, considero que la paciente tenía un absceso de la pared la cual presenta drenaje espontaneo de abundante material purulento. Se solicita a enfermería practicar curación.

Evolucion realizada por: -Fecha: 07/07/16

07/07/2016 12:30:58 MG017 FRANKIN ORTEGA GOMEZ
PTE DE 26 AÑOS CON CUADRO DE INFECCION SITIO QUIRURGICO EN LA PORCION EXTERNA DE LA HERIDA, POSTERIOR A NEFRECTOMIA IZQUIERDA ?? POR CUADRO DE DRONEFROSIS GRADO II. CONSULTA POR DOLOR ABDOMINLA, TUVO COMPLICACION POSTERIOR ARETIREO DE DREN POR COLECCION INTRABDOMINAL, EL DIA DE HOY DRENAJE EXPONTANEO DEL ABSCESO. ESTA P/ UROTAC Y VALORACIOFN POR UROLOGIA
S: REFIERE MEJORIA CLINICA, AFECTO DEPRESIVO. POR LAS COMPLICACIONES DELA CIRUGIA.

O.TA 120/70 FC 88 FR 18 POR MIN SAT 94 %

ERTA ORIENTADA ESTABLE

CP MV LIMPIO NO AGREGADOS

ABDOMEN DRENAJE DE MATERIAL PURULENTO EN HERIDA QUIRURGICA.

EXT MOVILES

PTE VALORADA POR CX GENERAL ORDENA VALORACIOFN POR UROLOGIA SEGUIR MANEJO ANTIBIOTICO Y CURACIONES DE ABSCESO DE PARED.

Evolucion realizada por: -Fecha: 07/07/16

07/07/2016 17:48:04 MG017 FRANKIN ORTEGA GOMEZ
PTE CON COMPLICACION DE CIRUGIA UROLOGICA, SE COMENTA PACIENTE ESTAMOS EN ESPERA DE VALORACION

Evolucion realizada por: -Fecha: 07/07/16

07/07/2016 18:32:57 ME068 JULIO ERNESTO PLAZAS JARAMILLO
TIENE PUERTOS DE LAPAROSCOPICA.
PROCEDIMIENTO PROGRAMADO UNA NEFRECTOMIA, POR PRRDIDA DE FUNCION RENAL IZQUIERDA. DESARROLLO UNA COLECCION EN FOSA RENAL IZQUIERDA. SE PRACTICO DRENAJE Y SE ABORTO NEFRECTOMIA.. QUE SE D EJO POR ESPACIO DE 1 S EMANA CUANDO FUE RETIRADO. Y LA PACIENTE D A DA DE ALTA. REGRSA 15 DIESPUES CON ASA RENAL IZQUIERDA QUE EN EL DIA DE HOY DRENA EN FORMA ESPONTANEA SE DA ORDEN DE HOSPITALIZACION. TRATAMIENTO MEDICO.

Evolucion realizada por: -Fecha: 07/07/16

08/07/2016 08:30:56 ME015 JOSE ANTONIO MARQUEZ
PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
ERCIENTEMENTE ESTUVO HOSPITALIZADA, Y SE NOS INTERCONSULTO POR COLECCION INTRABDOMINAL, POSTERIOR A NEFRECTOMIA IZQUIERDA. LE HICIERON DRENAJE PERCUTANEO.

6.J.O *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

REGRESA POR SUPURACION Y SIGNOS INFLAMATORIOS A NIVEL DEL FLANCO IZQUIERDO. LE HICIERON DRENAJE.

REVISO ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS RECIENTES, Y ALLI SE REPORTA EL RIÑON IZQUIERDO AUMENTADO DE VOLUMEN, COLECCION PERIRRENAL, CON DRENAJE A LA PARED ABDOMINAL.

REGULARES CONDICIONES GENERALES, MANIFESTANDO DOLOR.

F.C: 84/MIN.

ABDOMEN CON EMPASTAMIENTO DOLOROSO EN EL HIPOCONDRIO Y EN EL FLANCO IZQUIERDO. ORIFICIO CON SECRECION SEOPURULENTO EN EL FLANCO IZQUIERDO.

REVISADO EL CASO LA PATOLOGIA DE LA PACIENTE ES UROLOGICA, Y DEBE SER MANEJADA POR ESA ESPECIALIDAD.

SE DA DE ALTA POR CIRUGIA. ESTAREMOS ATENTOS.

Evolucion realizada por: -Fecha: 08/07/16

08/07/2016 14:38:04 ME067 AUGUSTO FERNANDO MUÑOZ MENDOZA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DX.

-POP TARDIO NEFRECTOMIA IZQUIERDA (MAYO-2016) POR PERDIDA DE FUNCION RENAL IZQUIERDA

-COLECCION INTRAABDOMINAL EN MANEJO

PACIENTE REFIERE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL AUNQUE MENOR INTENSIDAD, NIEGA FIEBRE.

SGS VITALES: FC 88, FR 20, T 36.4, TA 98/64, SATO2 95% SIN SUPLEMENTO.

MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS

CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES

RSCSRs NO SOPLOS. CP BIEN VENTILADOS NO SOBREAGREGADOS

ABD DISTENDIDO, NO SGS DE IRRITACION PERITONEAL. SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA

(COMENTA ENFERMERA JEFE DRENAJE DE SECRECION SEROPURULENTO), PERISTALTISMO +

EXTREMIDADES SIN EDEMAS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE NEFROLITIASIS IZQUIERDA CON INTENTO DE LITOTRIPSIA EPRCUTANEA, FALLIDA POR HALLAZGO DE PUS EN CAVIDAD ABDOMINAL, POSTERIOR A ESTO PERDIDA DE FUNCION RENAL

POR LO QUE REALIZARON NEFRECTOMIA IZQUIERDA (VER INFORME QUIRURGICO EN HISTORIA CLINICA

OLIO 160). PACIENTE REINGRESA EN ESTA COASION POR DOLOR ABDOMINAL CON DRENAJE POR HERIDA

QUIRURGICA DE SECRECION PURULENTO, CON REPORTE DE TAC ABDOMEN CONTRASTADO CON PIONEFROSIS

IZQUIERDA CON HALLAZGO DE IMAGENES SUGESTIVAS DE NEFROLITIASIS IZQUIERDA CON CALCULO

OBSTRUCTIVO EN PELVIS RENAL. PACIENTE EN EL MOMENTO HMD ESTABLE, AFEBRIL, NO SIRS CON

MODULACION DE SU DOLOR, ACTUALMENTE RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO

CON MEROPENEM (FI 04/07/16) HOY DIA 4. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER COMENTADA Y VALORADA

POR JUNTA MEDICO QUIRURGICA-UROLOGICA PARA DEFINIR CONDUCTA. SE INDICA PUEDE CONTINUAR

MANEJO ANTIBIOTICO EN CASA PARA LO CUAL SE SOLICITA HOMECARE CON EL SIGUIENTE MANEJO:

1. MEROPENEM 1 GR IV CADA 8 HRS HASTA COMPLETAR 14 DIAS

2. CURACIONES CADA DIA CON SOLUCION FISIOLOGICA SSN 0.9% DURANTE 1 MES.

SE REALIZARA CONTROL EL LUNES 3 PM EN CLINICA LOS ROSALES 4TO PISO

SE EXPLICA A FAMILIARES ACERCA DE CONDICION CLINICA Y CONDUCTA A SEGUIR.

SE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SGS DE ALARMA PARA RECONSULTA, INCLUSO SE ENTREGA TELEFONO

PERSONAL EN CASO DE NOVEDADES.

610 *HOSVITAL*

Anestesiologo

Usuario: DIMOIB

DIANA MARCELA HERNANDEZ IBARRA

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729		*1088003729*		G. Etareu 0		Edad: 26 AÑOS		Sexo: Femenino	
GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08		GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:08		Aten Egreso		HOSPITALIZACION		Pabellon Evolucion: 7 ESPECIALES PA-RE-AI	

Evolucion realizada por: - Fecha: 08/07/16

08/07/2016 15 12:26 ME067 AUGUSTO FERNANDO MUÑOZ MENDOZA

NOTA ADICIONAL

DEBE RECLAMAR REPORTE DE PATOLOGIA (DE CIRUGIA) Y LLEVARLO A CONTROL EL LUNES.

Evolucion realizada por: - Fecha: 08/07/16

09/07/2016 11:25:35 ME237 EDGAR CASELLA GOMEZ

Paciente en mejores condiciones generales. Cierre de Interconsulta de cirugía. Manejo por Urología.

Evolucion realizada por: - Fecha: 09/07/16

10/07/2016 16:03:08 MG488 JULIO CESAR MARTINEZ PULGAR

PACIENTE FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD, EN EL SERVICIO D E HOSPITALIZACION, CON DIAGNOSTICOS

ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA Y CONOCIDOS POR EL SERVICIO.

CONCIENTE, TRANQUILA, ORIENTADA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, OLERANDO VIA ORAL,

RSCRS SIN SOPLOS, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN ALTERACIONES GASTROINTESTINALES,

ERIDA POSTQUIRURGICA CORRESPONDIENTE A NEFRECTOMIA IZQUIERDA EN FLANCO IZQUIERDO QUE

DRENA SECRECCION SEROHEMATICA Y PURULENTA EN POCA A MODERADA CANTIDAD, SIN SINTOMATOLOGIA

SISTEMICA, REALMENTE NO SE NOTA COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL. PACIENTE DEAMBULA, CON LEVE

MANIFESTACION DE DOLOR A NIVEL DE LA ZONA DESCRITA PERO SIN SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL.

PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO D UROLOGIA, PARA EL DIA LUNES

11/07/2016 TIENE CITA EN CONSULTORIO DE UROLOGIA 4 PISO A LAS 3 PM.

POR LO PRONTO DEBE CONTINUAR BAJO IGUAL MANEJO FARMACOLOGICO.

Evolucion realizada por: - Fecha: 10/07/16

11/07/2016 23:21:14 MG483 JOHANA CAROLINA ROJAS MARQUEZ

NOTA MEDICA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DX ANOTADOS.

ES VALORADA HOY EN CONSULTORIOS POR EL DR MUÑOZ (UROLOGO), QUIEN SOLICITA MAÑANA TRASLADO

DE LA PACIENTE A CALCULASER A LAS 09+15 HRS PARA REVALORACION POR GRUPO DE ESPECIALISTAS.

NO HAY NOTA EN EL SISTEMA PUESTO QUE LA VALORACION LA HIZO EN CONSULTORIOS DE LA CLINICA.

FAMILIAR NOTIFICA A JEFE DE ENFERMERIA ACERCA DE ESTA SOLICITUD, SIENDO APROX LAS 21+00

HRS.

JEFE ENFERMERA DE TURNO INTENTA SOLICITAR AMBULANCIA PARA TRASLADO EN HRS DE LA MAÑANA,

PERO NO HA SIDO POSIBLE.

SE INTENTARA LOCALIZAR SERVICIO DE AMBULANCIA EN HRS DE LA MAÑANA, SIN EMBARGO SI NO ES

POSIBLE SE COMENTARA AL DR MUÑOZ ACERCA DE ESTA SITUACION PARA REPROGRAMAR CITA MEDICA.

Evolucion realizada por: - Fecha: 11/07/16

12/07/2016 14:12:38 MG389 JOHANA CASTAÑO CALDERON

6J.0 "HOSVITAL"

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec:04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec:18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

NOTA MEDICA:

DIAGNOSTICOS:

*POP TARDIO DE NEFRECTOMIA IZQUIERDA (MAYO 2016). POR PERDIDA DE FUNCION RENAL.

*COLECCION INTRABDOMINAL EN MANEJO.

EN EL MOMENTO PACIENTE EN VALORACION EN CALCULASER.

Evolucion realizada por: -Fecha: 12/07/16

12/07/2016 15:08:07 MG389 JOHANA CASTAÑO CALDERON

NOTA ACLARATORIA.

AL MOMENTO DE LA VALORACION LA PACIENTE NO ESTABA EN LA HABITACION, ESTA MAÑANA NO FUERON A CALCULASER PORQUE REFIEFRE NO LE AUTORIZARON LA AMBULANCIA.

SE ESCALA CASO AUDITORIA MEDICA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 12/07/16

12/07/2016 16:14:31 ME066 RODRIGO SILVA AGUILERA

urologiapaciete con absceso lumbar izquierdo cronico,,infecciones persistentes

,,en manejo a ctual con meropenem no ha presentado fiebre ,,se trata de

una pacinete con severa atrofia renal por calculo coraliforme,,quien

ocasiona infeccion epristente la pacinete debera ser llevada a cirugía una

vez se enfrie proceso infeccioso ,termine 10 días de meropenem y se

programara para lumbotomia y drenaje de absceso nefrectomia,,se programara

por dr hoyos la proxima semana

Evolucion realizada por: -Fecha: 12/07/16

13/07/2016 15:23:10 MG483 JOHANA CAROLINA ROJAS MARQUEZ

NOTA MEDICA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DX DESCritos, HISTORIA CLINICA CONOCIDA.

REFIERE SENTIR MEJORIA CLINICA, PERSISTE SECRECION POR HERIDA QUIRRUGICA EN REGION POSTERIOR, NIEGA FIEBRE. ADECUADA DIURESIS, TOLERA VIA ORAL.

O/ SGS VITALES: FC 82 FR 19 T 36 TA 98/64 SATO2 96%

CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES.

RSCSRs SIN SOPLOS. CP BIEN VENTILADOS NO SOBREAGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, HERIDA QUIRRUGICA CUBIERTA (PERSONAL DE ENFERMERIA INFORMA

ESCASA SECRECION EN HERIDA QX POSTERIOR), HAY DOLOR A LA PALPACION EN HEMIABDOMEN

IZQUIERDO SIN SGS DE IRRITACION PERITONEAL.

EXTREMIDADES SIN EDEMAS, ADECUADA EPRFUSION DISTAL.

NEUROLOGICO SIN DEFICIT.

A/ PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DESCRITA, ABSCESO LUMBAR IZQUIERDO CRONICO, ATROFIA RENAL SEVERA POR CALCULO CORALIFORME QUE OCASIONA INFECCION PERSISTENTE. EN MANEJO ACTUAL CON

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

MEROPENEM (FI 04/07/16) HOY DIA 9/10 DE TRATAMIENTO. PENDIENTE TERMINAR CICLO ANTIBIOTICO Y REPROGRAMAR PARA LLEVAR A CABO DRENAJE DE ABSCESO Y NEFRECTOMIA LA PROXIMA SEMANA. PACIENTE EN EL MOMENTO HMD ESTABLE, AFEBRIL, NO SIRS, NO SGS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE INDICA DEBE CONTINUAR MANEJO EMDIOC. QUEDAMOS ATENTOS

Evolucion realizada por: -Fecha: 13/07/16

14/07/2016 18:55:18 MG488 JULIO CESAR MARTINEZ PULGAR
PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS.
ACTUALMENTE CONCIENTE, TRANQUILA, ORIENTADA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL

SCSRS SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA, LIMPIA, CON ESCASA SECRECCION, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

PACIENTE DEBE CONTINUAR EN HOSPITALIZACION, BAJO SEGUIMIENTO POR UROLOGIA, VIGILANCIA POR MEDICINA GENERAL, CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA, IGUAL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON

MEROPENEM HOY DIA 10 DE 10.

PACIENTE A LA ESPERA DE TERMINACION DE TERAPIA ANTIBIOTICA PARA REPROGRAMACION DE DRENAJE + NEFRECTOMIA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 14/07/16

15/07/2016 08:41:30 MG520 STIBEN ANDRES OSORIO JIMENEZ
FORMULACION DOBLE POR INVENTARIO DE AUDIFARMA

Evolucion realizada por: -Fecha: 15/07/16

15/07/2016 16:07:43 MG428 DIANA CATALINA TELLO TORRES
NOTA MEDICA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS

PACIENTE REFIERE EL DIA DE HOY PRESENTA MAYOR DISTENSION ABDOMINAL, PREDOMINIO FLANCO IZQUIERDO, NO PICOS FEBRILES, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR. TOLERA VIA ORAL. NO OTRO SINTOMA.

O/ PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL AL TACTO.

SIGNOS VITALES: TA: 90/55 FC: 78 FR: 18 TEMP 36.5 GRADOS. SATO2: 98% C/C: MUCOSAS ORAL

UMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA A LA LUZ. TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIVO, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE, HERIDA QUIRURGICA FLANCO IZQUIERDO CUBIERTA, BLANDO NO DOLOR A LA PALPACION. EXTREMIDADES SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

A/ PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DESCRITA, ABSCESO LUMBAR IZQUIERDO CRONICO, ATROFIA RENAL SEVERA POR

CALCULO CORALIFORME QUE OCASIONA INFECCION PERSISTENTE. EN MANEJO ACTUAL CON MEROPENEM HOY DIA 10/10, ULTIMA DOSIS 24+00. PENDIENTE REPROGRAMAR PARA LLEVAR A CABO DRENAJE DE ABSCESO

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

365

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareo 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Y NEFRECTOMIA LA PROXIMA SEMANA. PENDIENTE REVALORACION POR UROLOGIA, NO ES POSIBLE COMUNICACION TELEFONICA CON DR VELAZCO, UROLOGO DE TURNO. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SRIS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE BAJO GASTO, DISTENSION ABDOMINAL PREDOMINIO FLANCO IZQUIERDO. SOLICITO PARA CLINICOS CONTROL, HEMOGRAMA, PCR, NAK, BUN, CREAT TOMAR MAÑANA. MANEJO MEDICO INSTAURADO SIN CAMBIOS. Evolucion realizada por: -Fecha: 15/07/16

16/07/2016 11:49:44 MG428 DIANA CATALINA TELLO TORRES
NOTA MEDICA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS

S/ PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE, INTENSIDAD MODERADA EN FLANCO Y REGION LUMBAR IZQUERDA, PREDOMINIO FLANCO IZQUIERDO, NO PICOS FEBRILES, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR. TOLERA VIA ORAL. NO OTRO SINTOMA.

O/ PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL AL TACTO.

SIGNOS VITALES:

TA: 90/55 FC: 78 FR: 18 TEMP 36.5 GRADOS. SATO2: 98% C/C: MUCOSAS ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA A LA LUZ. TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIVO, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE, HERIDA QUIRURGICA FLANCO IZQUERDO CUBIERTA, BLANDO NO DOLOR A LA PALPACION. EXTREMIDADES SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

PARACLINICOS 16/07/2016: CREAT: 0.74 BUN 15.4 K 4.47 NA 140 CH WBC 10410 HB 9.9 HTO 31% N 58% L: 27% PLT: 592000 PCR 15.8

A/ PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DESCRITA, ABSCESO LUMBAR IZQUIERDO CRONICO, ATROFIA RENAL SEVERA POR CALCULO CORALIFORME QUE OCASIONA INFECCION PERSISTENTE. COMPLETA 10 DIAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA CON MEROPENEM. EN PROCESO DE REPROGRAMACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SRIS NI DE BAJO GASTO, CONTROL SINTOMATICO, PARA CLINICOS CONTROL ELECTROLITOS NORMALES, FUNCION RENAL CONSERVADA, PCR LEVEMENTE ELEVADA, SIN OTRA ALTERACION DE RFA. SE VALORA EN CONJUNTO CON DR HOYOS, UROLOGO, QUIEN INDICA MANEJO ANALGESICO INTRAHOSPITALARIO, OBSERVACION CLINICA DURANTE 48 HORAS POSTERIOR A RETIRO DE ANTIBIOTICOTERAPIA. SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR/REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 16/07/16

17/07/2016 13:40:27 MG428 DIANA CATALINA TELLO TORRES
NOTA MEDICA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareo 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AIAten Ingreso TRIAGE
Aten Egreso HOSPITALIZACION

S/ PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE, INTENSIDAD MODERADA EN FLANCO Y REGION LUMBAR IZQUERDA, PREDOMINIO FLANCO IZQUIERDO, NO PICOS FEBRILES, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR. TOLERA VIA ORAL. NO OTRO SINTOMA.

O/ PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL AL TACTO. SIGNOS VITALES:

TA: 110/65 FC: 78 FR: 18 TEMP 36.5 GRADOS. SATO2: 98% C/C: MUCOSAS ORAL HUMEDA,

CONJUNTIVAS

ORMOCROMICAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA A LA LUZ. TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIVO, RSCS RITMICOS SIN

SOPLOS, RSRS CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE, HERIDA QUIRURGICA

FLANCO IZQUIERDO CUBIERTA, BLANDO NO DOLOR A LA PALPACION. EXTREMIDADES SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR <

SEG.

PARACLINICOS 16/07/2016: CREAT: 0.74 BUN 15.4 K 4.47 NA 140 CH WBC 10410 HB 9.9 HTO 31% N

58% L: 27%

PLT: 592000 PCR 15.8

A/ PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DESCRITA, ABSCESO LUMBAR IZQUIERDO CRONICO, ATROFIA RENAL SEVERA POR

CALCULO CORALIFORME QUE OCASIONA INFECCION PERSISTENTE. COMPLETA 10 DIAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA CON MEROPENEM. EN PROCESO DE REPROGRAMACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. EN EL MOMENTO ESTABLE

HEMODINAMICAMEE, SIN SRIS NI DE BAJO GASTO, CONTROL SINTOMATICO. EL DIA DE AYER VALORADA POR DR HOYOS, UROLOGO, QUIEN INDICA MANEJO ANALGESICO INTRAHOSPITALARIO, OBSERVACION

CLINICA DURANTE 48 HORAS POSTERIOR A RETIRO DE ANTIBIOTICOTERAPIA. SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 17/07/16

18/07/2016 09:55:33 MG483 JOHANA CAROLINA ROJAS MARQUEZ

NOTA MEDICA

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON DX DESCRITOS, CONOCIDA POR EL SERVICIO.

S/ REFIERE MEJORIA AUNQUE PERSISTE CON DOLOR EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO. TOLERA VIA ORAL, ADECUADA DIURESIS, NIEGA FIEBRE.

O/ SGS VITALES: FC 89 FR 20 T 36.5 TA 87/54 SATO2 96% SIN SUPLEMENTO

ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, MUCOSAS HIDRATADAS.

RSCRS SIN SOPLOS. CP BIEN VENTILADOS NO SOBREGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, CON HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA NO SGS DE SANGRADO, NO

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB

DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00 Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES SIN EDEMAS.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT.

A/ PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN EL SERVICIO CON DX DE ABSCESO LUMBAR IZQUIERDO, ATROFIA RENAL SEVERA POR CALCULO CORALIFORME QUE OCASIONA INFECCION PERSISTENTE. RECIBIO CICLO ANTIBIOTICO CON MEROPENEM. PERSISTE CON DRENAJE DE LIQUIDO PURULENTO POR HERIDA QUIRURGICA AUNQUE MENOR CANTIDAD, EVOLUCION CLINICA CON TENDENCIA A LA MEJORIA, HMD ESTABLE, NO SIRS, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO. MAÑANA SERA REVALORADA POR EL DR HOYOS, UROLOGO EN CALCULASER PARA DEFINIR REALIZACION DE LUMBOTOMIA, DRENAJE DE ABSCESO Y LUMBECTOMIA. POR AHORA SE INDICA CONTINUAR MANEJO ANALGESICO Y CURACIONES DIARIAS.

Evolucion realizada por: -Fecha: 18/07/16

18/07/2016 11:47:03 MG483 JOHANA CAROLINA ROJAS MARQUEZ

****NOTA ADICIONAL****

SE REVALORA PACIENTE EN CONJUNTO CON EL DR HOYOS- NEFROLOGO DE CALCULASER.

PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DESCRITA DX ANOTADOS.

RECIBIO CICLO ANTIBIOTICO CON EMROPENEM ACTUALMENTE EN ESPERA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUE EN JUNTA MEDICO QUIRURGICA SE ACORDO LLEVAR A CABO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN UNA SEMANA, ESTO CON EL FIN DE RECUPERAR LA PARTE NUTRICIONAL PREVIO A CIRUGIA.

SE EXPLICA TAMBIEN QUE DADO A LA COMPLEJIDAD DE SU CASO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE LLEVARA A CABO JUNTO CON CIRUGIA GENERAL, ONCOLOGO NEFROLOGO Y NEFROLOGO (DR HOYOS). POR AHORA CON INDICACION DE SALIDA, ORDENES DE CIRUGIA SERAN TRAMITADAS EN CALCULASER, POR PERSONAL ADMINISTRATIVO.

SE EXPLICA A PACIENTE QUE MAÑANA SERA VALORADA POR EL DR BOHORQUEZ (ONCOLOGO NEFROLOGO) EN LA LIGA CONTRA EL CANCER EN HRS DE LA MAÑANA, PARA ESTO SE DAN INDICACIONES CLARAS A LA PACIENTE.

SE INDICA EL JUEVES RECONSULTAR A CALCULASER PARA LLEVAR A CABO CURACION DE HERIDA QUIRURGICA.

SE INDICA EGRESO HOSPITALARIO CON TODAS LAS RECOMENDACIONES MENCIONADAS, ORDEN PARA REALIZACION DE CURACIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS CADA DIA CON SOLUCION SALINA DURANTE UN MES (TRAMITE REALIZADO Y AUTORIZADO PARA REALIZAR CURACIONES POR PARTE DE PERSONAL DE ANGELES AL LLAAMDO).

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SGS DE ALARMA.

SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 18/07/16

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cantidad	Descripción	Observaciones
<u>1 TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)</u>		
Fecha de Orden: 04/07/2016		
TIEMPO DE PROTROMBINA (TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)) :17.3 seg	11.8 -	
15.1 seg		

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareo 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec:04/07/2016 20:48:08 GRESO Fec:18/07/2016 11:55:00 Ingreso TRIAGE
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Aten Egreso HOSPITALIZACION

CONTROL PT :13.5 seg - seg

INR :1.32 -

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/07/2016 01:09:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

Fecha de Orden: 04/07/2016

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TIEMPO DE TROMBOPLASTINA) :35.4 seg

24.3 - 35.0 seg

CONTROL PTT :30.1 seg - seg

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/07/2016 01:09:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS)

Fecha de Orden: 04/07/2016

RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS :20.40 10^3 4 - 10.5 10^3 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS :4.21 $0^6/l$ 4.00 - 5.40 $0^6/l$

HEMOGLOBINA (HEMOGLOBINA) :11.40 g/dl 12.00 - 17.00 g/dl

HEMATOCRITO (HEMATOCRITO) :35.40 % 39.00 - 46.00 %

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO :84.10 fl 80.00 - 96.00 fl

MCH :27.10 pg 27.00 - 33.00 pg

RDW-CV :14.9 % 11.00 - 16.00 %

MPV :9.3 fL 9.00 - 13.00 fL

DIFERENCIAL MANUAL :COMENTA NEUTROFILOS:85%

LINFOCITOS:11% MONOCITOS:4% - %

BASOFILOS% :0.2 % 0.00 - 1.50 %

LINFOCITOS :2.3 10^3 1.00 - 3.50 10^3 MONOCITOS :2.1 10^3 0.00 - 0.80 10^3 NEUTROFILOS :15.9 10^3 2.00 - 7.50 10^3 EOSINOFILOS :0.0 10^3 0.00 - 0.70 10^3 *BASOFILOS* :0.1 10^3 0.00 - 0.10 10^3

MCHC :32.20 g/dL 31.00 - 37.00 g/dL

RECUENTO DE PLAQUETAS METODO AUTOMATICO :473.0 10^3 150.0 - 450.0 10^3

LINFOCITOS % :11.4 % 15.00 - 50.00 %

MONOCITOS % :10.4 % 0.00 - 8.00 %

NEUTROFILOS % :78.0 % 45.00 - 69.00 %

EOSINOFILOS % :0.0 % 0.00 - 6.00 %

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/07/2016 03:09:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 AMILASA

Fecha de Orden: 04/07/2016

AMILASA (AMILASA) :56.00 UI/L 28.00 - 100.00 UI/L

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

891409981 - 0

Pag: 14 de 22
Fecha: 18/07/16

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08 GREGO Fec: 18/07/2016 11:55:00 Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

1 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

Fecha de Orden: 04/07/2016

BILIRRUBINA TOTAL (BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA) :0.58 mg/d 0.00 - 1.20
mg/d

BILIRRUBINA DIRECTA :0.32 mg/d 0.00 - 0.20 mg/d

BILIRRUBINA INDIRECTA :0.26 mg/d 0.0 - 0.6 mg/d

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 CLORO [CLORURO]

Fecha de Orden: 04/07/2016

CLORO [CLORURO] :98.7 VALORES DE REFERENCIA

DE 1 A 30 DÍAS : 95 - 116 mmol/L

DE 31 A 364 DÍAS : 93 - 112 mmol/L

DE 1 A 65 AÑOS : 96 - 110 mmol/L

DE 66 A 110 AÑOS : 94 - 110 mmol/L mmol - mmol

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

Fecha de Orden: 04/07/2016

CREATININA (CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS) :0.83 mg/d 0.51 - 0.95
mg/d

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Fecha de Orden: 04/07/2016

GLICEMIA (GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORI) :99.00 mg/d
74 - 109 mg/d

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 NITROGENO UREICO (BUN)

Fecha de Orden: 04/07/2016

NITROGENO UREICO (NITROGENO UREICO (BUN)) :11.6 mg/d 6 - 20 mg/d

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 POTASIO

Fecha de Orden: 04/07/2016

POTASIO EN SUERO (POTASIO) :4.38 VALORES DE REFERENCIA

DE 1 A 30 DÍAS : 3.6 - 6.1 mmol/L

DE 31 A 364 DÍAS : 3.6 - 5.8 mmol/L

DE 1 A 60 AÑOS : 3.1 - 5.1 mmol/L

DE 61 A 110 AÑOS : 3.7 - 5.4 mmol/L mmol - mmol

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

RESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GREGO Fec: 18/07/2016 11:55:00
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Aten Egreso HOSPITALIZACION

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 SODIO

Fecha de Orden: 04/07/2016

SODIO (SODIO) : 136.0 VALORES DE REFERENCIA

DE 1 A 30 DÍAS : 132 - 147 mmol/L

DE 31 A 364 DÍAS : 129 - 143 mmol/L

DE 1 A 65 AÑOS : 133 - 145 mmol/L

DE 66 A 110 AÑOS : 132 - 146 mmol/L mmol - mmol

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]

Fecha de Orden: 04/07/2016

TGP/ ALAT (TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO) : 38 U/L 0

- 33 U/L

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]

Fecha de Orden: 04/07/2016

TGO/ ASAT (TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO) : 41 U/L 0 -

32 U/L

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 01:40:00 REALIZADO POR: DIANA LORENA RAMIREZ

1 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

Fecha de Orden: 04/07/2016

COLOR : amaril -

ASPECTO : Lig. Turbio -

DENSIDAD : 1.020 1000 - 1030

pH : 5.00 -

LEUCOCITOS EN ORINA : 500 -

NITRITOS : pos -

SEDIMENTO URINARIO : C Bacterias : +

Leucocitos : 60000 x/ml

Eritro Eum : 9000 x/ml

Hemoco : ++

Cel Epi Ba : 3000 x/ml -

PROTEINAS EN ORINA : 75 mg/d 0 - 30 mg/d

GLUCOSA EN ORINA : Normal mg/d 0 - 50 mg/d

CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA INCLUYE LA DETERMINACION : neg mg/d
- mg/d

UROBILINOGENO : Normal mg/d 0 - 1 mg/d

BILIRRUBINAS EN ORINAS : neg -

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareo 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00

INGRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

SANGRE EN ORINA :250 Ery/ 0 - 5 Ery/

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 08:50:00 REALIZADO POR: SABINA ANDREA SAENZ OLIVAR

1 ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCO:

Fecha de Orden: 04/07/2016

HALLAZGOS

Se observa hígado de forma, tamaño, contornos y ecoestructura normal, sin lesiones focales o difusas en su interior.

No hay dilatación de la vía biliar intra o extrahepática. Coledoco de 3,7 mm.

Vesícula biliar normodistendida de paredes delgadas, con múltiples calculos en su interior.

Lo visualizado de la cabeza del páncreas es de tamaño y morfología normal.

El bazo es de forma y tamaño normal.

Riñón derecho de forma, tamaño, contornos y ecoestructura normal sin dilataciones pielocaliciales, calculos en su interior ni colecciones perirenales.

Se observa riñón izquierdo aumentado de tamaño con dilatación pielocalicial, grandes calculos en su interior y gas. No se observaron colecciones perirenales.

Grandes vasos del retroperitoneo no son visualizables por abundante interposición de gas.

Vejiga vacía la cual no es valorable.

No se observa líquido libre.

CONCLUSIÓN

1. AUMENTO DEL TAMAÑO DEL RIÑÓN IZQUIERDO CON HIDRONEFROSIS GRADO IV, CON NEFROLITIASIS Y GAS EN SU INTERIOR.

2. COLELITIASIS SIN SIGNOS DE COLECISTITIS AGUDA.

Atentamente,

MARIA ALEJANDRA SANCHEZ SUAREZ

RESIDENTE DE RADIOLOGIA

RM 661454

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/07/2016 12:51:36 REALIZADO POR: OSCAR VALLEJO GIRALDO

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA GENERAL

Fecha de Orden: 05/07/2016

OBSERVACIONES:

RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 UROTAC

Fecha de Orden: 05/07/2016

INTERCONSULTA POR: UROLOGIA

Fecha de Orden: 05/07/2016

OBSERVACIONES:

RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: CAROLINA

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Elareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:08 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

RODRIGUEZ RODRIGUEZ

2 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

Fecha de Orden: 06/07/2016

Tac abdomen simple y contrastado

TOMO DE ABDOEM SIMPLE Y CON DOBLE CONTRASTE
CREATINIAN DE 0,93

TÉCNICA UTILIZADA

Se realizan cortes axiales desde las cúpulas diafragmáticas, hasta la sínfisis púbica, antes y durante la administración de contraste yodado por vía oral y vía venosa periférica, observando:

HALLAZGOS

Empleame pleural bilateral escaso derecho y moderado izquierdo con componente atelectasico pasivo.

Hígado de tamaño, contornos y densidad normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas.

No hay dilatación de la vía biliar.

Focos de litiasis multiples en la vesícula biliar.

Páncreas con ausencia de parte del cuerpo y la cola con clips quirurgicos en su topografía.

No hay dilatacion del conducto pancreatico.

El bazo con alteracion de su morfología y densidad con imagen muy sugestiva de laceracion irregular, con colección que realza con el medio de contraste en su interior que mide 54 x 33 mm. Hay extension tambien de la colección hacia el saco menor anterior al páncreas donde mide 50 x 24 mm de diámetros mayores.

Glándulas suprarrenales sin nódulos o masas.

El riñon derecho con nefrograma estriado en la fase contrastada, lo que sugiere pielonefritis.

El riñon izquierdo con adelgazamiento severo del parenquima con dilatacion importante de cavidades pielocolectoras por hidronefrosis grado IV, con gas en seno renal y calculo en la pelvis, obstructivo, de 16 mm. Tambien hay calculo coraliforme de 22 mm en el polo

inferior del seno renal y otras de menor tamaño en la región interpolar. Hacia el polo superior del seno renal se aprecia un calculo coraliforme de 28 x 18 mm que se extiende en sentido posterior atravesando un defecto cortical posterior en el riñon, con extension del calculo hacia los tejidos blandos de la pared posterior del abdomen, con fistula y salida de liquido de la superficie cutanea en escasa cantidad. Los hallazgos son compatibles con pñonefrosis. Hay multiples adenopatias retroperitoneales perirenales y

suprarrenales anteriores izquierdas de hasta 25 mm.

Hay tambien gas en el plano intermuscular de la pared abdominal anterior en el hipocondrio y flanco izquierdos con una colección laminar de liquido que se conecta con el efecto en la superficie cutanea, posible sitio de drenaje previo.

Vejiga de paredes delgadas, sin patología intrínseca o signos de compresión extrínseca.

Utero sin alteracion.

Quistes ovaricos de aspecto benigno de origen folicular.

Escasa cantidad de liquido libre en la pelvis.

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

Camara gastrica con edema de su pared en forma difusa posiblemente por el fenomeno inflamatorio contiguo.

Asas intestinales delgadas sin alteracion.

Marco colico sin lesion endoluminal.

Estructuras óseas y tejidos blandos de la pared abdominal sin alteración.

CONCLUSIÓN

1. PNEUMOTORAX IZQUIERDA CON IMAGEN MUY SUGESTIVA DE LACERACION IRREGULAR DEL BAZO CON COLECCION MUY SUGESTIVA DE ABCESO INTRAESPLENICO Y PERIESPLENICO CON EXTENSION AL SACO MENOR Y ADENOPATIAS RETROPERITONEALES.

2. FENOMENO INFLAMATORIO DE LA CAMARA GASTRICA POR CONTIGUIDAD.

3. SIGNOS QUE SUGIEREN PIELONEFRITIS DERECHA.

4. NEFROLITIASIS IZQUIERDA CON CALCULO OBSTRUCTIVO EN LA PELVIS RENAL Y UN CALCULO PROTRUYENDO POR UN DEFECTO EN LA CORTICAL DEL RIÑON IZQUIERDO HACIA LA PARED ABDOMINAL POSTERIOR CON FISTULACION A LA SUPERFICIE CUTANEA.

5. COLELITIASIS.

6. DERRAME PLEURAL BILATERAL.

7. ESCASA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE.

8. SE REQUIERE VALORACION URGENTE POR CIRUGIA.

Atentamente,

DR. CESAR AUGUSTO MAYORGA
MEDICO RADIOLOGO

FECHA Y HORA DE APLICACION: 08/07/2016 11:07:34 REALIZADO POR: CESAR AUGUSTO MAYORGA
HURTADO

Tac abdomen simple y contrastado

TÉCNICA UTILIZADA

Se realizan cortes axiales desde las cúpulas diafragmáticas, hasta la sínfisis púbica, antes y durante la administración de contraste yodado por vía oral y vía venosa

periférica, observando:

HALLAZGOS

Derrame pleural bilateral escaso derecho y moderado izquierdo con componente atelectasico pasivo.

Hígado de tamaño, contornos y densidad normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas.

No hay dilatación de la vía biliar.

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729	*1088003729*	G. Etareo 0	Edad: 26 AÑOS
1088003729	CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Sexo: Femenino
INGRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00		INGRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00	
Aten Ingreso TRIAGE		Aten Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI			

Focos de litiasis multiples en la vesicula biliar.

Páncreas con ausencia de parte del cuerpo y la cola con clips quirurgicos en su topografia.

No hay dilatacion del conducto pancreatico.

El bazo con alteracion de su morfologia y densidad con imagen muy sugestiva de laceracion irregular, con coleccion que realza con el medio de contraste en su interior que mide 54 x 33 mm. Hay extension tambien de la coleccion hacia el saco menor anterior al pancreas donde mide 50 x 24 mm de diametros mayores.

Glándulas suprarrenales sin nódulos o masas.

El riñon derecho con nefrograma estriado en la fase contrastada, lo que sugiere

pielonefritis.

El riñon izquierdo con adelgazamiento severo del parenquima con dilatacion importante de cavidades pielocolectoras por hidronefrosis grado IV, con gas en seno renal y calculo en la pelvis, obstructivo, de 16 mm. Tambien hay calculo coraliforme de 22 mm en el polo inferior del seno renal y otras de menor tamaño en la región interpolar. Hacia el polo superior del seno renal se aprecia un calculo coraliforme de 28 x 18 mm que se extiende

hacia el sentido posterior atravesando un defecto cortical posterior en el riñon, con extension del calculo hacia los tejidos blandos de la pared posterior del abdomen, con fistula y

salida de liquido de la superficie cutanea en escasa cantidad. Los hallazgos son compatibles con piodonefrosis. Hay multiples adenopatias retroperitoneales perirrenales y pararenales anteriores izquierdas de hasta 25 mm.

Hay tambien gas en el plano intermuscular de la pared abdominal anterior en el hipocondrio y flanco izquierdos con una coleccion laminar de liquido que se conecta con el efecto en la superficie cutanea, posible sitio de drenaje previo.

Vejiga de paredes delgadas, sin patologia intrínseca o signos de compresión extrínseca.

Utero sin alteracion.

Quistes ovaricos de aspecto benigno de origen folicular.

Escasa cantidad de liquido libre en la pelvis.

Camara gastrica con edema de su pared en forma difusa posiblemente por el fenomeno inflamatorio contiguo.

Las intestinales delgadas sin alteracion.

Marco colico sin lesion endoluminal.

Estructuras óseas y tejidos blandos de la pared abdominal sin alteración.

CONCLUSIÓN

1. PIONEFROSIS IZQUIERDA CON IMAGEN MUY SUGESTIVA DE LACERACION IRREGULAR DEL BAZO CON COLECCION MUY SUGESTIVA DE ABSCESO INTRAESPLENICO Y PERIESPLENICO CON EXTENSION AL SACO MENOR Y ADENOPATIAS RETROPERITONEALES.

2. FENOMENO INFLAMATORIO DE LA CAMARA GASTRICA POR CONTIGUIDAD.

3. SIGNOS QUE SUGIEREN PIELONEFRITIS DERECHA.

4. NEFROLITIASIS IZQUIERDA CON CALCULO OBSTRUCTIVO EN LA PELVIS RENAL Y UN CALCULO PROTRUYENDO POR UN DEFECTO EN LA CORTICAL DEL RIÑON IZQUIERDO HACIA LA PARED ABDOMINAL POSTERIOR CON FISTULACION A LA SUPERFICIE CUTANEA.

5. COLELITIASIS.

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

GRESO Fec: 04/07/2016 20:48:00 GRESO Fec: 18/07/2016 11:55:00 ten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

6. DERRAME PLEURAL BILATERAL.

7. ESCASA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE.

8. SE REQUIERE VALORACION URGENTE POR CIRUGIA.

Atentamente,

DR. CESAR AUGUSTO MAYORGA
MEDICO RADIOLOGOFECHA Y HORA DE APLICACION: 08/07/2016 11:08:08 REALIZADO POR: CESAR AUGUSTO MAYORGA
HURTADO1 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLACUETAS)

Fecha de Orden: 15/07/2016

RECuento DE GLOBULOS BLANCOS : 10.41 10^3 4 - 10.5 10^3 RECuento DE GLOBULOS ROJOS : 3.62 $10^6/l$ 4.00 - 5.40 $10^6/l$

HEMOGLOBINA (HEMOGLOBINA) : 9.90 g/dl 12.00 - 17.00 g/dl

HEMATOCRITO (HEMATOCRITO) : 31.80 % 39.00 - 46.00 %

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO : 87.80 fl 80.00 - 96.00 fl

MCH : 27.30 pg 27.00 - 33.00 pg

RDW-CV : 16.2 % 11.00 - 16.00 %

MPV : 9.1 fl 9.00 - 13.00 fl

DIFERENCIAL MANUAL : NI % - %

BASOFILOS % : 0.6 % 0.00 - 1.50 %

LINFOCITOS : 2.8 10^3 1.00 - 3.50 10^3 MONOCITOS : 1.2 10^3 0.00 - 0.80 10^3 NEUTROFILOS : 6.1 10^3 2.00 - 7.50 10^3 EOSINOFILOS : 0.3 10^3 0.00 - 0.70 10^3 BASOFILOS* : 0.1 10^3 0.00 - 0.10 10^3

MCHC : 31.10 g/dL 31.00 - 37.00 g/dL

RECuento DE PLAQUETAS METODO AUTOMATICO : 592.0 10^3 150.0 - 450.0 10^3

LINFOCITOS % : 27.0 % 15.00 - 50.00 %

MONOCITOS % : 11.1 % 0.00 - 8.00 %

NEUTROFILOS % : 58.8 % 45.00 - 69.00 %

EOSINOFILOS % : 2.5 % 0.00 - 6.00 %

FECHA Y HORA DE APLICACION: 16/07/2016 05:45:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ1 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

Fecha de Orden: 15/07/2016

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

EPICRISIS

86
376

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729	*1088003729*	G. Etareu 0	Edad: 26 AÑOS
1088003729	CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Sexo: Femenino
GRESO Fec:04/07/2016 20:48:08		GRESO Fec:18/07/2016 11:55:00	
Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI		Aten Ingreso TRIAGE	
		Aten Egreso HOSPITALIZACION	

CREATININA (CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS) :0.74 mg/d 0.51 - 0.95
mg/d

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/07/2016 06:04:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ

1 NITROGENO UREICO (BUN)

Fecha de Orden: 15/07/2016

NITROGENO UREICO (NITROGENO UREICO (BUN)) :15.4 mg/d 6 - 20 mg/d

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/07/2016 06:04:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ

1 POTASIO

Fecha de Orden: 15/07/2016

POTASIO EN SUERO (POTASIO) :4.47 VALORES DE REFERENCIA

DE 1 A 30 DÍAS : 3.6 - 6.1 mmol/L

DE 31 A 364 DÍAS : 3.6 - 5.8 mmol/L

DE 1 A 60 AÑOS : 3.1 - 5.1 mmol/L

DE 61 A 110 AÑOS : 3.7 - 5.4 mmol/L mmol - mmol

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/07/2016 06:33:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ

1 SODIO

Fecha de Orden: 15/07/2016

SODIO (SODIO) :140.0 VALORES DE REFERENCIA

DE 1 A 30 DÍAS : 132 - 147 mmol/L

DE 31 A 364 DÍAS : 129 - 143 mmol/L

DE 1 A 65 AÑOS : 133 - 145 mmol/L

DE 66 A 110 AÑOS : 132 - 146 mmol/L mmol - mmol

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/07/2016 06:33:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA

Fecha de Orden: 15/07/2016

PROTEINA C REACTIVA (PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTIT) :15.8 mg/l
0.0 - 5 mg/l

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/07/2016 06:04:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
19.00 AMPOLLAS	RANITIDINA (CLORHIDRATO) SOLUCION INYECTABLE

6J.0 *HOSVITAL*

Usuario: DIMOIB DIANA MARCELA MONSALVE IBARRA

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareu 0

Edad: 26 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec:04/07/2016 20:48:00 EGRESO Fec:18/07/2016 11:55:00

Aten Ingreso TRIAGE

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 7 ESPECIALES PA-RE-AI

9,00 AMPOLLAS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE
3,00 BOLSA	SOLUCION SALINA X 500 ML
17,00 AMPOLLAS	MEROPENEM X 1 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
8,00 MILIGRAMOS	MORFINA 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
19,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INY.
4,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE
1.540,00 CC	SOLUCION SALINA X 500 ML

JOHANA CAROLINA ROJAS MARQUEZ

Reg. 76-7937/13

MEDICINA GEN FRAI

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729

1088003729

G. Etareo 0

Edad: 25 AÑOS

1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Sexo: Femenino

INGRESO Fec: 21/05/2016 06:29:28 GREGO Fec: 25/05/2016 10:00:08 ten Ingreso HOSPITALIZACION

Aten Egreso HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 10 SALA DE RECUPERACION CIRUGIA

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO

C. EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

EVOLUCIONES

22/05/2016 12:04:47 ME191 JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA

POP NEFRECTOMIA ZQUIERDA.

ESTABLE . AFEBRIL DOLOR AREA QX . DREN ESCASO CONTENIDO SEROHEMATICO

DIURESIS OK .

INDICACION . MAÑANA HEMOGRAMA DE CONTROL

SUSPENDER VANCOMICINA .

CONTINUAR MEROPENEM

DIETA LIQUIDA . RESTO IGUAL

Evolucion realizada por: -Fecha: 22/05/16

23/05/2016 10:39:42 ME191 JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA

DOLOR AREA QX

AFEBRIL .

ABDOMEN BLANDO

HG 9 . DREN 10 CC . SEROHEMATICO

INDICACION . SENTAR DIETA LIQUIDA .

AUMENTAR INGESTA DE LIQUIDOS . RESTO IGUAL

Evolucion realizada por: -Fecha: 23/05/16

24/05/2016 12:35:29 MG488 JULIO CESAR MARTINEZ PULGAR

SE ABRE FOLIO PARA INFORMAR QUE EN HORAS DE LA MAÑANA NOS COMUNICAMOS CON EL UROLOGO DR, SILVA, LE COMENTAMOS CONDICION CLINIOCA DE LA PACIENTE EN MENCION Y NOS RECOMENDO RETIRAR DREN DE ZONA ABDOMINAL DERECHA, E INICIAR DIETA BLANDA.

SE RECUERDA QUE ES UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE POP DE NEFRECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA.

Evolucion realizada por: -Fecha: 24/05/16

24/05/2016 16:05:11 ME066 RODRIGO SILVA AGUILERA

urologia pacinete 3 dia pop de nefrectomia izquiada por basceso

„atrofia renal izquierda,,,,,evoluciona muy bien no fie3bre abdomen blando fc

78 tolera la via oral abdomen blando

C/ retirar sonda vesical ,por lo demas igual manejo

Evolucion realizada por: -Fecha: 24/05/16

25/05/2016 10:31:52 ME191 JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA

ESTABLE . AFEBRIL . TOLERA LA VIA ORAL .

69
37

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729	*1088003729*	G. Etareo 0	Edad: 25 AÑOS
1088003729	CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ	Sexo: Femenino	
INGRESO Fec:21/05/2016 06:29:26 GREGO Fec:25/05/2016 10:00:00		Aten Ingreso	HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 10 SALA DE RECUPERACION CIRUGIA		Aten Egreso	HOSPITALIZACION

ABDOMEN BLANDO . SIN Sonda SIN DREN
 HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCION
 SE DECIDE ALTA CONTROL EN UNA SEMANA .
 FORMULA INCAPACIDAD RECOMENDACIONES GENERALES
 Evolucion realizada por: -Fecha: 25/05/16

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cantidad	Descripción	Observaciones
<u>2 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR EN TUBO INCLUYE HEMOCLASIFICACION DE DONANTE Y RECEPTOR</u>		
Fecha de Orden: 21/05/2016		

<u>2 UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS (ESTANDAR)</u>	2 UNIDADES PARA TRANSFUNDIR
--	-----------------------------

Fecha de Orden: 21/05/2016

RASTREO ANTICUERPOS:1

UNIDAD:16201066

SELLO:16201066

FECHA Y HORA DE APLICACION:23/05/2016 16:26:01 REALIZADO POR: LILIANA CONSTANZA LONDOÑO

HINCAPIE

RASTREO ANTICUERPOS:1

PRUEBA CRUZADA:1

UNIDAD:16201014

SELLO:16201014

FECHA Y HORA DE APLICACION:23/05/2016 16:24:14 REALIZADO POR: LILIANA CONSTANZA LONDOÑO

HINCAPIE

INTERCONSULTA POR: PATOLOGIA ANATOMICA Y CLINICA

Fecha de Orden: 21/05/2016

OBSERVACIONES: hidronefrosis izquierda . riñon no funcional . nefrectomia iza

RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: CAROLINA

RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERMOCITARIOS) RECUENTO DE PLAQUETAS

Fecha de Orden: 22/05/2016

RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS :18.95 10³ 4 - 10.5 10³RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS :3.35 0⁶/ 4.00 - 5.40 0⁶/

HEMOGLOBINA (HEMOGLOBINA) :9.00 g/dl 12.00 - 17.00 g/dl

HEMATOCRITO (HEMATOCRITO) :29.60 % 39.00 - 46.00 %

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO :88.40 fl 80.00 - 96.00 fl

MCH :26.90 pg 27.00 - 33.00 pg

RDW-CV :21.2 % 11.00 - 16.00 %

MPV :9.6 fL 9.00 - 13.00 fL

DIFERENCIAL MANUAL :COMENTA NEUTROFILOS:84%

LINFOCITOS:16% % - %

BASOFILOS% :0.2 % 0.00 - 1.50 %

LINFOCITOS :2.8 10³ 1.00 - 3.50 10³

70
38c

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1088003729	*1088003729*	G. Etareo 0	Edad: 25 AÑOS
1088003729	CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ		Sexo: Femenino
INGRESO Fec:21/05/2016 06:29:26		GRESO Fec:25/05/2016 10:00:00	
Pabellon Evolución: 10 SALA DE RECUPERACION CIRUGIA		Aten Ingreso HOSPITALIZACION	
		Aten Egreso HOSPITALIZACION	

MONOCITOS :0.8 10³ 0.00 - 0.80 10³
NEUTROFILOS :15.3 10³ 2.00 - 7.50 10³
EOSINOFILOS :0.1 10³ 0.00 - 0.70 10³
BASOFILOS :0.0 10³ 0.00 - 0.10 10³
MCHC :30.40 g/dL 31.00 - 37.00 g/dL
RECuento DE PLAQUETAS METODO AUTOMATICO :337.0 10³ 150.0 - 450.0 10³

LINFOCITOS % :14.6 % 15.00 - 50.00 %
MONOCITOS % :4.1 % 0.00 - 8.00 %
NEUTROFILOS % :80.8 % 45.00 - 69.00 %
EOSINOFILOS % :0.3 % 0.00 - 6.00 %
FECHA Y HORA DE APLICACION:23/05/2016 05:39:00 REALIZADO POR: CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

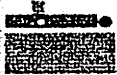
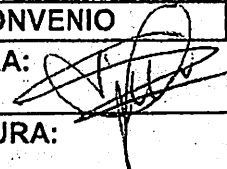
7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
6,00 AMPOLLAS	RANITIDINA (CLORHIDRATO) SOLUCION INYECTABLE
6,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE
27,00 BOLSA	SOLUCION SALINA X 500 ML
6,00 AMPOLLAS	MEROPENEM X 1 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
8,00 AMPOLLAS	VANCOMICINA AMPOLLA X 500 MG
6,00 AMPOLLAS	DIPIRONA 1 GR SOLUCION INYECTABLE
15,00 MILIGRAMOS	MORFINA 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE

MARTIN PEDRO TOLOZA GONZALES

Reg. 020005

MEDICINA GENERAL

 Calculaser S.A. NIT. 816.002.451-8	AUDITORIA INTERNA FACTURACION		
	FACTURA	Fve 1232	
	FECHA	30-6-16	
NOMBRE DEL USUARIO <u>CAROLINE RAMIREZ</u>			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD <u>1088003229</u>			
ENTIDAD <u>CPS SANDAS</u>			
FACTURA	SI	NO	N/A
Cumple con los requisitos de la DIAN	/		
Servicio facturado corresponde a la autorización (Cups y nombre)	/		
La factura esta discriminada si es tarifa lss o Propia.	/		
AUTORIZACION			
Datos de identificación correctos	/		
Datos de IPS correctos	/		
CUPS correspondientes con la orden	/		
Fecha de Vigencia el día del procedimiento	/		
Preautorización Liberada el día del procedimiento	/		
Copago recaudado		/	
Firma del usuario en la autorización.		/	
PROCEDIMIENTO			
Nota de Cirugia, procedimiento o consulta con firma medico en la misma hoja.	/		
RECORD ANESTESIA			
ORDEN MEDICA			
Cumple criterios del Decreto 2200 (nombre, documento identidad, fecha, nombre del servicio o medicamento completo, firma y sello del medico)	/		
HOJA MEDICAMENTOS (si el paciente estuvo hospitalizado)			/
SI EL SERVICIO ES NO POS CUENTA CON:			
Detalle de Cargos	/		
Formato de Justificación No Pos (POS)			
Fallo de Tutela			
TARIFA CORRESPONDE CON EL CONVENIO			
PERSONA QUE AUDITO LA FACTURA: 			
SEGUNDA AUDITORIA DE LA FACTURA:			

VOLANTE DE AUTORIZACION DE SERVICIOS Pág No 1 /1
Solicitud: 68146583 Fecha: 27/06/2016:10:23
Depende: 68146430 Orden Médica: SI0000039335562
Secuencia:

Compania: EPS SANITAS Nit: 8002514406 Codigo EPS005
Plan: (10) INTEGRAL Telefono: 018000919100 Num_Vol: 303846

Nombre Usuario Identificacion Fec.Nacim Tel.Resid
RAMIREZ_SANCHEZ, CAROLINA C 1088003729 01/06/1990 NO INFORMADO
Direccion Contrato Antig Categ Tel.Acudie
CALLE 74 # 74 - 64 ORMOZA CUB 30-10-594085-1-5 475-S C
Municipio Departamento E-Mail
(66001) PEREIRA @

Medico Ordena Identificacion Codigo
CALCULASER S.A. N 816002451
Medico Practica: Identificacion Codigo Telefono
CALCULASER S.A. N 816002451 3213924
Direccion Departamen Municipio
CR 19 No. 12-50 Piso LOCAL F (66001) RISARALDA (66001) PEREIRA
Institucion: Identificacion Codigo Telefono
CALCULASER S.A. N 816002451 3213924
Direccion Departamento Municipio
CR 19 No. 12-50 Piso LOCAL F (66001) RISARALDA (66001) PEREIRA

Tipo Proced. Clase Lugar Sesione
TERAPEUTICO QR HOSPITALARIO 1 2
Guia Tipo Volante Estancia
NO APLICA POR INTERCONSUL HOSPITALARIA

Servicio	Descripcion Servicio	PqtBi	Grupo
555721	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA(321010171)	N	0

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN

CONDICION

VOLANTE NORMAL

FIRMA Y SELLO

Copia(No.1)

Institucion

Funcionario Aprueba
CASTILLO_HERRERA, JORGE HE
Cargo
SUPERV-COORD- DIRECTOR-
ASESOR MED NIVEL 4

Oficina
PEREIRA

Telefono

Elabora
CHJH

Ciudad
PEREIRA

Fecha impresion
27/06/2016:10:23

VALIDO POR 180 DIAS HASTA: 26/10/2016

Información del usuario

Fecha/Hora: 2016-05-21 2016-05-25 03:37:00

Cédula de Ciudadanía: 1088003729

Nombre Completo: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Género: Femenino

Fecha de Nacimiento: 1990-06-01

Edad: 26a 0m 29d

Dirección: MZ A CASA 12

Ciudad: Pereira

Teléfono(s): 3152165288

TERRANOVA

Aseguradora: EPS SANITAS

Cuidador: CARLOS ALBERTO MORA

Información del Ingreso

Fecha de Ingreso: 2016-05-25 03:37:00

[Nota de cirugía] Autor: Jorge Alberto Hoyos . R.M.7625-99 (Médico Especialista) 2016-06-28 18:18:41

Diagnóstico prequirúrgico: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑÓN Y DEL URETER

Procedimiento: NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA

Via: Mismo acto igual via

Lateraldad: Izquierda

Descripción Qx: RIÑÓN HIDRONEFROTICO, NO FUNCIONAL, PIONEFROSIS, NEFROSTOMIA. POSICIÓN DE LUMBOTOMIA SONDA FOLLEY 14 FR, MINILAP SUBCOSTAL PARA PUERTO DE 10 MM CÁMARA, 10 MM FOSA ILIACA IZQUIERDA. 10 MM DE TRABAJO, RIÑÓN FIBROSO FIJO ADHERIDO A ÓRGANOS VECINOS, PÁNCREAS, BAZO Y COLON. SE LIBERA COLON HACIA MEDIAL Y RIÑÓN EN SU TOTALIDAD, SE LIGA VENA RENAL CON CLIPS DE HEM O LOCK, PAQUETE VASCULAR ARTERIAL ADHERIDO AL VASO QUE NO PERMITE DISECCIÓN ADECUADA CON SANGRADO EN SU MOVILIZACIÓN POR LO TANTO SE DECIDE AMPLIACIÓN DEL PUERTO DE FOSA ILIACA IZQUIERDA LOGRANDO COMPRESIÓN MANUAL DE LA ARTERIA, SE REALIZA LIGADURA EN BLOQUE CON VICRYL DEL 1, PREVIO CLAMPEO CON SATINSKY, SE EXTRAE RIÑÓN EN SU TOTALIDAD SE ENVÍA A PATOLOGÍA, REVISO HEMOSTASIA, SURGICEL AL AREA DEL PEDICULO RENAL POR PUERTO DE 10 MM SE FIJA CON SEDA 2.VICRYL DEL 1 A LA FASCIA, PROLENE A LA PIEL SE RETIRA NEFROSTOMIA. AYUDANTE DR RODRIGO SILVA

Diagnóstico postquirúrgico: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑÓN Y DEL URETER

Ayudante: Rodrigo . Silva Aguilera

Otros Profesionales: ANESTESIOLOGO DR ECHEVERRY

Conducta:


Dr. Jorge Alberto Hoyos .
Médico Especialista
R.M.7625-99
Firma Digitalizada

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica

74
31

NOTA DE PROCEDIMIENTO

Información del usuario

Fecha/Hora: 2016-05-21 2016-05-25 03:37:00

Cédula de Ciudadanía: 1088003729

Nombre Completo: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Género: Femenino

Fecha de Nacimiento: 1990-06-01

Edad: 26a 0m 29d

Dirección: MZ A CASA 12

Ciudad: Pereira

Teléfono(s): 3152165288

TERRANOVA

Aseguradora: EPS SANITAS

Cuidador: CARLOS ALBERTO MORA

Información del Ingreso

Fecha de Ingreso: 2016-05-25 03:37:00

[Nota de cirugía] Autor: Jorge Alberto Hoyos . R.M.7625-99 (Médico Especialista) 2016-06-28 18:18:41

Diagnóstico prequirúrgico: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑÓN Y DEL URETER

Procedimiento: NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA

Via: Mismo acto igual vía

Lateralidad: Izquierda

Descripción Qx: RIÑÓN HIDRONEFROTICO, NO FUNCIONAL, PIONEFROSIS, NEFROSTOMIA. POSICIÓN DE LUMBOTOMIA Sonda FOLLEY 14 FR, MINILAP SUBCOSTAL PARA PUERTO DE 10 MM CÁMARA, 10 MM FOSA ILIACA IZQUIERDA. 10 MM DE TRABAJO, RIÑÓN FIBROSO FIJO ADHERIDO A ÓRGANOS VECINOS, PÁNCREAS, BAZO Y COLON. SE LIBERA COLON HACIA MEDIAL Y RIÑÓN EN SU TOTALIDAD, SE LIGA VENA RENAL CON CLIPS DE HEM O LOCK, PAQUETE VASCULAR ARTERIAL ADHERIDO AL VASO QUE NO PERMITE DISECCIÓN ADECUADA CON SANGRADO EN SU MOVILIZACIÓN POR LO TANTO SE DECIDE AMPLIACIÓN DEL PUERTO DE FOSA ILIACA IZQUIERDA LOGRANDO COMPRESIÓN MANUAL DE LA ARTERIA, SE REALIZA LIGADURA EN BLOQUE CON VICRYL DEL 1, PREVIO CLAMPEO CON SATINSKY, SE EXTRAE RIÑÓN EN SU TOTALIDAD SE ENVÍA A PATOLOGÍA, REVISO HEMOSTASIA, SURGICEL AL AREA DEL PEDICULO RENAL POR PUERTO DE 10 MM SE FIJA CON SEDA 2.VICRYL DEL 1 A LA FASCIA, PROLENE A LA PIEL SE RETIRA NEFROSTOMIA. AYUDANTE DR RODRIGO SILVA

Diagnóstico postquirúrgico: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑÓN Y DEL URETER

Ayudante: Rodrigo . Silva Aguilera

Otros Profesionales: ANESTESIOLOGO DR ECHEVERRY


Dr. Jorge Alberto Hoyos .
Médico Especialista
R.M.7625-99
Firma Digitalizada

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica

Información del usuario

Fecha/Hora: 2016-04-25 2016-04-25 10:25:00

Cédula de Ciudadanía: 1088003729

Nombre Completo: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Género: Femenino

Fecha de Nacimiento: 1990-06-01

Edad: 26a 1m 7d

Dirección: MZ A CASA 12

Ciudad: Pereira

Teléfono(s): 3152165288

TERRANOVA

Aseguradora: EPS SANITAS

Cuidador: CARLOS ALBERTO MORA

Información del Ingreso

Fecha de Ingreso: 2016-04-25 10:25:00

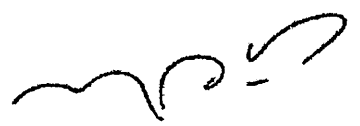
Fecha de Egreso: 2016-04-26 16:34:57

[Nota de Evolución] Autor: Nestor Ricardo Botia Silva R.M.3532-83 (Médico Especialista) 2016-04-25 10:37:19

Estado de salud: Estable

Nota de evolución: ASISTE PACIENTE A CONTROL CON RESULTADO DE RENOGAMA, COMENTO EL CASO CON EL DR ROMERO Y EL DR VELASCO , SE ACUERDA QUE LA CIRUGÍA SE PUEDE HACER POR LAPAROSCOPIA YA QUE ES MINIMAMENTE INVASIVA

Diagnóstico principal: N136 - PIONEFROSIS



Dr. Nestor Ricardo Botia Silva
Médico Especialista
R.M.3532-83
Firma Digitalizada

Esta Información es fiel copia de la Historia Clínica

Calculaser S.A.

CALCULASER SA
816002451

Dirección.
Cra 19 # 12-50 Local F Megacentro Pinares

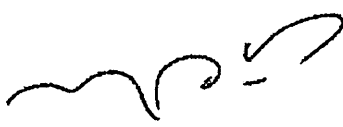
Teléfonos.

PBX 3116510 - Celular: 3154122452

Cédula de Ciudadanía: 1088003729
Nombre Completo: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ
Género: Femenino
Fecha de Nacimiento: 1990-06-01
Edad: 26a 1m 7d
Dirección: MZ A CASA 12
Ciudad: Pereira
Teléfono(s): 3152165288
TERRANOVA
Aseguradora: EPS SANITAS
Plan: Cotizante
Cuidador: CARLOS ALBERTO MORA
Fecha atención: 2016-04-25
Diagnóstico: Debe registrarse el diagnóstico en la epicrisis o nota de salida o nota de ingreso

Ordenes de Procedimiento

Descripción	Cantidad	Justificación
NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	1	PACIENTE CON PIONEFROSIS, RIÑON NO FUNCIONAL


Dr. Nestor Ricardo Botia Silva
Médico Especialista
R.M.3532-83
Firma Digitalizada

74
38-

Información del usuario

Fecha/Hora: 2016-03-28 2016-03-28 07:51:00

Cédula de Ciudadanía: 1088003729

Nombre Completo: CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Género: Femenino

Fecha de Nacimiento: 1990-06-01

Edad: 26a 1m 7d

Dirección: MZ A CASA 12

Ciudad: Pereira

Teléfono(s): 3152165288

TERRANOVA

Aseguradora: EPS SANITAS

Cuidador: CARLOS ALBERTO MORA

Información del Ingreso

Fecha de Ingreso: 2016-03-28 07:51:00

[Nota de cirugía] Autor: Nestor Ricardo Botia Silva R.M.3532-83 (Médico Especialista) 2016-03-28 10:52:01

Diagnóstico prequirúrgico: N200 - CALCULO DEL RIÑON

Procedimiento: NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CALCULO O CUERPO EXTRAÑO POR NEFROTOMIA **Via:** Unico

Lateralidad: Izquierda

Descripción Qx: ANESTESIA GENERAL DR. PINZON. POSICION DE LITOTOMIA. ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA GENITAL. PASO DE CISTOSCOPIO 22 FR Y COLOCACION DE CATETER URETERAL DE PUNTA ABIERTA EN EL URETER IZQUIERDO. SE RETIRA EQUIPO Y SE DEJA UNA SONTA VESICAL 16 FR A CYSTOFLO. POSICION DE DECUBITO VENTRAL. ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA LUMBAR EXTENSA. BAJO VISION FLUOROSCOPICA Y OPACIFICANDO EL SISTEMA PIELOCALICIAL SE PUNCIONA EL CALIZ SUPERIOR CON AGUJA CHIBA. SE INTRODUCE GUIA SENSOR Y SE DILATA EL TRACTO CON FACIALES Y CON TELESCOPICOS DE ALKEN. AL PASO DEL PRIMER DILATADOR SE OBTIENE MATERIAL FRANCAMENTE PURULENTO. SE INSTALA UNA CAMISA DE AMPLATZ, SE RETIRAN DILATADORES. SE PASA NEFROSCOPIO Y SE VISUALIZA ABUNDANTE MATERIAL FIBRINO PURULENTO. SE DEJA UNA SONTA DE NEFROSTOMIA 22 FR Y SE DECIDE NO MANIPULAR EL CALCULO POR EL ALTO RIESGO SEPTICEMIA. SE RETIRA EQUIPO Y SE DEJA UNA SONTA DE NEFROSTOMIA DE 20 FR. SANGRADO MINIMO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
Nro de Calculos: Tamaño: Ancho: Alto: Litiasis residual: **Diámetro Calculo Residual:** Sangrado (ML): **Anormalidad Anatómica:**

Hallazgos: BOLSA HIDRONEFROTICA CON PUS: PIONEFROSIS IZQUIERDA SE REMITE MATERIAL A CULTIVO ANTIBIOGRAMA Y SE DEJARA HOSPITALIZADA PARA MANEJO AB

Diagnóstico postquirúrgico: N200 - CALCULO DEL RIÑON **Diagnóstico adicional 1:** N136 - PIONEFROSIS

Diagnóstico adicional 2: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

[Epicrisis] Autor: Nestor Ricardo Botia Silva R.M.3532-83 (Médico Especialista) 2016-03-28 11:08:32

Condiciones de Salida: Estable **Destino del paciente:** Casa

Resumen Historia Clínica: 27 AÑOS INGRESA PARA NLP + COMPLEMENTARIOS. POR CALCULO CVORALIFORME COMPLEJO IZQUIERDO EN RIÑON HIDRONEFROTICO. YA VIENE DE HOSPITALIZACION PARA MANEJO DE IVU CON CUADRO DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA QUE MEJORA SUSTANCIALMENTE. SE REALIZA LA PUNCION Y DILATACION ENCONTRANDO GRAN CANTIDAD DE MATERIAL PURULENTO POR LO QUE EL PROCEDIMIENTO SE DEJA EN NEFROTOMIA Y SE DECIDE NO MANIPULAR EL CALCULO. SE REMITE A HOSPITALIZACION PARA MANEJO AB, VIGILAR EVOLUCION, ESTUDIO CON RENOGRAMA DIURETICO, CONTROL DE RX Y DEFINIR LUEGO LA SEGUNDA PARTE DE LA NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA.

Causa externa: Enfermedad general **Tipo de diagnóstico:** Confirmado Repetido **Diagnóstico principal:** N200 - CALCULO DEL RIÑON

Diagnóstico adicional 1: N136 - PIONEFROSIS

Conducta:

76
805



Dr. Nestor Ricardo Botla Silva
Médico Especialista
R.M.3532-83
Firma Digitalizada

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica

CLINICA LOS ROSALES S.A.

891409981

[RDesQui]

Fecha: 21/05/16

Hora: 10:07:29

Página: 38

DESCRIPCION DE CIRUGIAS

Paciente: 1088003729

CAROLINA RAMIREZ SANCHEZ

Edad: 25 AÑOS

Empresa: SANITAS EPS

Sala: QUIROFANO 4

Fecha Cirugia: 21/05/2016

CIRUGIAS**CANT CÓDIGO****DESCRIPCIÓN****Grp OX****UVR**

1 16074 NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (PAQUETE SIN HOI

Médico: JAIME VELASCO PIEDRAHITA

Especialidad: UROLOGIA

Via: LAPAROSCOPICA

DESCRIPCION CIRUGIA 16074**NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (PAQUETE SIN HOI**

Medico ME104 JAIME VELASCO PIEDRAHITA

Esp. UROLOGIA

Diagnostico Preoperatorio: N132 HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER**Diagnostico Postoperatorio:** N132 HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER**Tipo de Herida:** LIMPIA CONTAMINADA **Tipo de Anestesia:** GENERAL **Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA**Cantidad de Sangrado:** 800 ml. **Via:** UNICA VIA**Realizacion Acto Quirurgico:** Hora Inicio 08:00:00 Hora Final 10:00:00**Tiempo de Perfusión:** 0 min. **Tiempo de Clamp:** 0 min.**Descripcion Quirurgica:**

RINON HIDRONEFROTICO . NO FUNCIONAL . PIONEFROSIS . NEFROSTOMIA
POSICION DE LUMBOTOMIA SONTA FOLEY 14 FR . MINILAP SUB COSTAL PARA PUETO DE 10 MM CAMARA . 10 MM FOSA
ILIACA IZQUIERDA . 10 MM FLANCO IZQUIERDO DE TRABAJO . - : . RINON FIBROSO . FIJO . ADHERIDO A ORGANOS
VECINOS . PANCREAS BAZO Y COLON . SE LIBERA COLON HACIA MEDIAL . Y RINON EN SU TOTALIDAD . SE LIGA VENA
RENAL CON CLIPS DE HEM O LOK . PAQUETE VASCULAR ARTERIAL ADHERIDO AL VASO QUE NO PERMITE DISECCION
ADECUADA CON SANGRADO EN SU MOVILIZACION POR LO ANTERIOR SE DECIDE AMPLIACION DEL PUERTO DE FOSA ILIACA
IZQUIERDA LOGRANDO COMPRESION MANUAL DE LA ARTERIA . SE REALIZA LIGADURA EN BLOQUE CON VICRYL DEL 1
PREVIO CLAMPEO CON SATINSKY . SE EXTRAER RINON EN SU TOTALIDAD SE ENVIA A PATOLOGIA . REVISO HEMOSTASIA
SURGICEL AL AREA DEL PEDICULO RENAL , DREN AL LECHO RENAL POR PUERTO DE 10 MM . SE FIJA CON SEDA 2.
VICRYL DEL 1 A LA FASCIA . PROLENE A LA PIEL . SE RETIRA NEFROSTOMIA. AYUDANTE DR RODRIGO SILVA UROLOGO

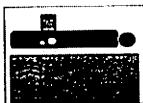
Complicacion:

JAIME VELASCO PIEDRAHITA

Reg. 1197

UROLOGIA

*** FIN DEL REPORTE



Calculaser S.A.

Pereira, Julio 17 de 2016

ANÁLISIS DE CASO CAROLINA RAMÍREZ SÁNCHEZ CC 1088003729

CALCULASER S.A y su comité de seguridad del paciente con presencia especial de urólogos se reúne con el objeto de analizar el caso de la usuaria cuyo documento es 1088003729 y definir el plan de acción correspondiente.

Se consideró importante para este análisis revisar los testimonios de los profesionales participantes (ayudante urólogo Dr. Rodrigo Silva y Erika Milena Martínez Instrumentadora) en la cirugía y quienes fueron testigos por observación directa de los hallazgos quirúrgicos del acto médico en la paciente Carolina Ramírez, los mismos se aportan como anexo.

Se realiza una revisión sistemática de los antecedentes, la cronología de atención en salud, los recursos empleados en la atención y finalmente se realizan las conclusiones y el plan de manejo frente al caso. De acuerdo a lo mencionado se procede a describir el detalle del análisis así:

1. **ANTECEDENTES:** Infecciones urinarias a repetición, cálculo coraliforme izquierdo, pionefrosis, sepsis urinaria que requirió tratamiento intrahospitalario con antibioticoterapia, bolsa hidronefrotica con exclusión renal.

2. **CRONOLOGIA DE ATENCION:**

- Historia clínica: paciente de 26 años, quien llega por primera vez a IPS Calculaser S.A para procedimiento Litotripcia Extracorpórea por cálculo izquierdo; procedimiento a practicar por el Dr. Francisco vallejo el día 03 de marzo de 2016, profesional que define paciente portadora de cálculo coraliforme no candidata a Litotripcia, por lo cual se solicita Nefrolitotomia

SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408



Calculaser S.A.

percutánea (Este procedimiento es el tratamiento de elección cuando el paciente presenta cálculos coraliformes, ya que, presenta resultados excelentes y una recuperación rápida en la mayoría de los casos).

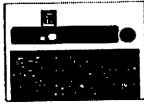
- Una vez se recibe la autorización se programa usuaria y en chequeo preanestésico, realizado por el Dr. Jaime Hernando Echeverry, encuentra: "Paciente que asiste a chequeo Prequirúrgico para Nefrolitotomía percutánea por cálculo coraliforme gigante. No tiene antecedentes patológicos previos excepto infecciones urinarias a repetición con tratamiento antibiótico. Al examen se encuentra en malas condiciones generales, pálida, débil, polipneica TA 102/64 FC 120 FR 28 taquicardia sin soplos, pulmones bien ventilados, tiene un parcial de orina francamente patológico con hematuria proteinuria y nitritos positivos y un urocultivo que reporta E coli multirresistente, sensible a cefotaxime cefoxitina, ertapenem, gentamicina. Cuadro hemático con leucocitosis con Neutrofilia y Hb de 7,3 Se suspende la programación del procedimiento hasta que la paciente esté en condiciones adecuadas, se debe tratar su sepsis urinaria por vía endovenosa por el riesgo de desarrollar septicemia que puede ser mortal. Se remite como urgencia vital"
- Dadas las condiciones de la paciente se programa para Nefrolitotomía percutánea el 28 de marzo de 2016 con el Dr. Néstor Botia y Dr. Virgilio Romero, donde se evidencia en la ejecución del procedimiento salida franca de material purulento, se deja sonda de nefrostomía y se solicita hospitalización para continuar manejo con antibiótico. se entrega orden para Renograma y radiografía simple de abdomen se envió muestra a cultivo y control con resultados.
- El 18 de abril la usuaria asiste a control con el Dr. Néstor Botia donde se describe en la historia Clínica: " TRAE RENOGRAMA SOLICITADO CON BASE EN HALLAZGO DE RIÑÓN IZQUIERDO HIDRONEFROTICO Y PURULENTO POR LO QUE SE TUVO QUE POSTPONER LA NLP. EL RENOGRAMA MUESTRA UNA BOLSA HIDRONEFROTICA NO FUNCIONAL CON UN RIÑÓN OPUESTO SANO. SE EXPLICA A LA

SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408



Calculaser S.A.

PACIENTE QUE EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS SU RIÑÓN IZQUIERDO HACE MAS DAÑO QUE BENEFICIO POR LO CUAL SE LE RECOMIENDA UNA NEFRECTOMIA IZQUIERDA ABIERTA CON DX DE HIDRONEFROSIS PIONEFROSIS Y LITIASIS COMPLEJA EN RIÑÓN EXCLUIDO"

- El día 25 de abril de 2016 se realiza nuevo control definiendo la vía quirúrgica laparoscópica se adjunta nota medica: "ASISTE PACIENTE A CONTROL CON RESULTADO DE RENOGRAMA, COMENTO EL CASO CON EL DR ROMERO Y EL DR VELASCO , SE ACUERDA QUE LA CIRUGÍA SE PUEDE HACER POR LAPAROSCOPIA YA QUE ES MINIMAMENTE INVASIVA"
- De acuerdo al nivel de complejidad y convenios vigentes se programó procedimiento en la Clínica Rosales el día 21 de mayo procedimiento a realizar por el Dr. Jorge Hoyos y ayudante urólogo Dr. Rodrigo Silva, en donde se inició abordaje laparoscópico con presencia de sangrado que requirió técnica mano asistida para control del sangrado, como hallazgo importante se encuentran cambios anatómicos secundarios a procesos infecciosos, por lo cual se hizo resección de tejido, el cual fue enviado a patología. Se adjunta nota quirúrgica que describe técnicamente el procedimiento.
- Paciente que requirió hospitalización posterior al acto quirúrgico, tuvo evolución favorable dándose alta médica y posteriormente reingresando para manejo medico con antibiótico por presencia de infección, siendo tratada y monitoreada por el equipo médico de urología de Calculaser S.A.
- Paciente quien nuevamente asiste a control el día 23 de junio de 2016, se ejecuta actividad descrita en la nota así: "ASISTE A CONTROL POP DE NEFRECTOMIA IZQUIERDA, DRENAJE 10 CC RETORNO CLARO, ESTABLE, PLAN RETIRO DE CATÉTER DE DRENAJE."

SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408



Calculaser S.A.

- En días posteriores paciente que es comentada por hospitalización en Clínica los Rosales nuevamente por episodio infeccioso, fue evaluada a través del convenio de la Clínica Los Rosales, sin embargo, conociendo el caso de la paciente el médico tratante Dr. Jorge Hoyos evalúa la paciente con resultado de patología y urotac para explicar resultado y conducta a seguir, la cual se describe a continuación en historia Clínica:

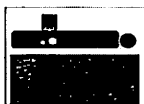
"Paciente conocida, historia de larga data de urolitiasis consistente en gran calculo renal coraliforme izquierdo, muy sintomática con varios episodios de infección urinaria. se llevó a tratamiento quirúrgico del cálculo en Calculaser (nefrolitotomía percutánea) pero al inicio del procedimiento durante la punción de la vía excretora del riñón se evidencio salida de gran cantidad de material purulento lo cual impidió la continuación del procedimiento por alto riesgo de infección generalizada, también se pudo evidenciar gran deterioro del tejido renal funcional. se decidió iniciar tratamiento antibiotico de amplio espectro en hospitalización en clínica comfamiliar y realizar derivación urinaria y drenaje de contenido renal con nefrostomía percutánea. posterior al término del tratamiento antibiotico y con marcado deterioro nutricional de la paciente por su enfermedad de base se decide estudiar bajo gammagrafía renal que informa la ausencia funcional del riñón izquierdo lo cual cambia la indicación quirúrgica a la extirpación total del riñón para extraer el foco de posibles infecciones. fue llevada a cirugía encontrando una zona con cambios post infecciosos con fibrosis y adherencias de los órganos cercanos como bazo colon pancreas al tejido residual renal, se inicio liberación del remanente renal y por los cambios anatomicos asociados a las múltiples infecciones se presenta sangrado importante en el intraoperatorio, se extrae tejido no funcional de fibrosis y contenido purulento y se controla sangrado terminando el acto quirúrgico. presenta evolución irregular en el post operatorio con secreción abundante por herida de contenido pancreático y purulento, estableciéndose diagnóstico de fístula pancreática post quirúrgica, con el apoyo de cirugía general se realiza manejo conservador y cubrimiento antibiotico con evolución favorable. en imágenes diagnosticas se evidencio aun tejido renal remanente no funcional con litiasis en su interior. patología informo tejido de fibrosis no funcional, tejido pancreático. en la actualidad vuelve a ingresar por evento infeccioso y salida de material purulento por región lumbar (zona de nefrostomía previa) recibió tratamiento antibiotico con buena respuesta clínica. en el momento estable afebril tolera la vía oral. se explica de manera clara la situación actual a la paciente y al familiar (esposo) informando que se discutió caso en junta urológica con dr bohorquez urologo oncologo dr hoyos y dr silva urologos, considerando que la paciente amerita tratamiento quirúrgico para drenaje de colección en tejido

SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408



Calculaser S.A.

84
396

renal no funcional y extracción de litiasis . entienden y aceptan la conducta por lo que se decide programar para cirugía en una semana aproximadamente, con grupo quirúrgico conformado por urología y apoyo de cirugía general".

- De acuerdo a lo descrito en la historia clínica del párrafo anterior se entregan órdenes a la paciente y su familia para realización de Drenaje de colección retroperitoneal y heminefrectomía vía abierta.
- Atendiendo la solicitud de la usuaria y su familia de obtener un segundo concepto se programa consulta con el Dr. German Bohórquez en la Liga contra el cáncer el día 21 de julio de 2016, quien conceptúa los mismos procedimientos definidos por el Dr. Hoyos. Se propone a la paciente realizar cirugía en conjunto con el Dr. Jorge Hoyos y Dr. German Bohórquez en la IPS Liga Contra el Cáncer, una vez se coordinen los trámites administrativos.

3. ANALISIS DE RECURSOS:

Recurso Humano: Los profesionales en urología que participaron en el acto quirúrgico nefrectomía por laparoscopia cuentan con la idoneidad y la experticia acreditada para la realización de dicho acto, por tanto, no hay fallas en la elección del recurso humano técnico y en su capacidad.

Recurso tecnológico: el equipo de laparoscopia y sus accesorios cuentan con el aval técnico soportado en la hoja de vida, por lo cual, no hubo errores atribuibles a este ítem.

Salas de Cirugía: se encuentran habilitadas para urología, el nivel de complejidad en el cual se realiza el procedimiento corresponde a los antecedentes de la paciente y los riesgos propios del procedimiento.

Método: tal como se describe en la cronología de las atenciones de la usuaria el método elegido corresponde a un consenso de los urólogos expertos buscando minimizar los riesgos al paciente

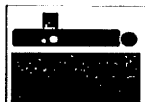
Acto quirúrgico: El procedimiento se realiza con la técnica descrita en la literatura científica. Los hallazgos descritos y anormales anatómicamente

SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408



Calculaser S.A.

corresponden a condiciones inherentes a la paciente y patologías descritas lo que dificultó la realización convencional del procedimiento.

Registros Clínicos: se encuentra en la cronología de los registros clínicos el detalle de lo realizado en la paciente, sin embargo y pese a la descripción de la nota quirúrgica de la Nefrectomía, donde se hace alusión a la presencia de tejido fibroso y adherencia a órganos vecinos, se considera el registro pudo haber sido más detallado para evitar confusiones o interpretaciones erradas.

4. CONCLUSIÓN:

una vez se cuenta con análisis del caso por un equipo interdisciplinario conformado por urología, auditor médico, enfermera y directora de calidad se concluye que el caso no constituye un evento adverso teniendo en cuenta que los profesionales el método y la maquinaria, infraestructura y demás aspectos inherentes al acto quirúrgicos fueron pertinentes, idóneos y corresponden a la necesidad y patología de la paciente; por lo cual y teniendo en cuenta las condiciones de la paciente y los hallazgos en el acto quirúrgico corresponden a una complicación quirúrgica la cual debe ser tratada con un nuevo acto quirúrgico.

Se deriva del análisis el siguiente planteamiento a ejecutar en aras de resolver la situación de enfermedad de la usuaria y en aras de generar mejoras como institución:

ACCION	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Contactar y explicar a la paciente y su familia su condición de enfermedad, hallazgos del acto quirúrgico realizado en mayo "Nefrectomia" y explicar alternativas de tratamiento, entregar ordenes médicas.	Dr. Jorge Hoyos	18 de julio de 2016
Coordinar y efectuar segundo concepto en		

SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408



Calculaser S.A.

396

urología con el Dr. German Bohórquez en Liga contra el cáncer para atender solicitud de la usuaria.	Calculaser S.A	21 de Julio de 2016
Programar acto quirúrgico derivado del concepto médico	EPS Sanitas Calculaser S.A Liga contra el Cáncer.	5 de Agosto 2016
Realizar seguimiento a la usuaria y su evolución médica.	EPS Sanitas Calculaser S.A	El tiempo que se considere necesario hasta que la usuaria presente mejoría de su condición médica.
Disponer la historia clínica como el recurso de connotación legal e ideal para detallar los hallazgos quirúrgicos y en general todo lo que tenga relación con la atención integral del usuario.	Calculaser S.A	Acción a realizar en el tiempo.

Es importante reiterar que Calculaser S.A se caracteriza por su compromiso con el proceso de recuperación y/o rehabilitación de cada usuario que requiere nuestros servicios prestando cada servicio dentro del marco normativo y la disponibilidad de recursos técnicos, administrativos y humanos competentes.

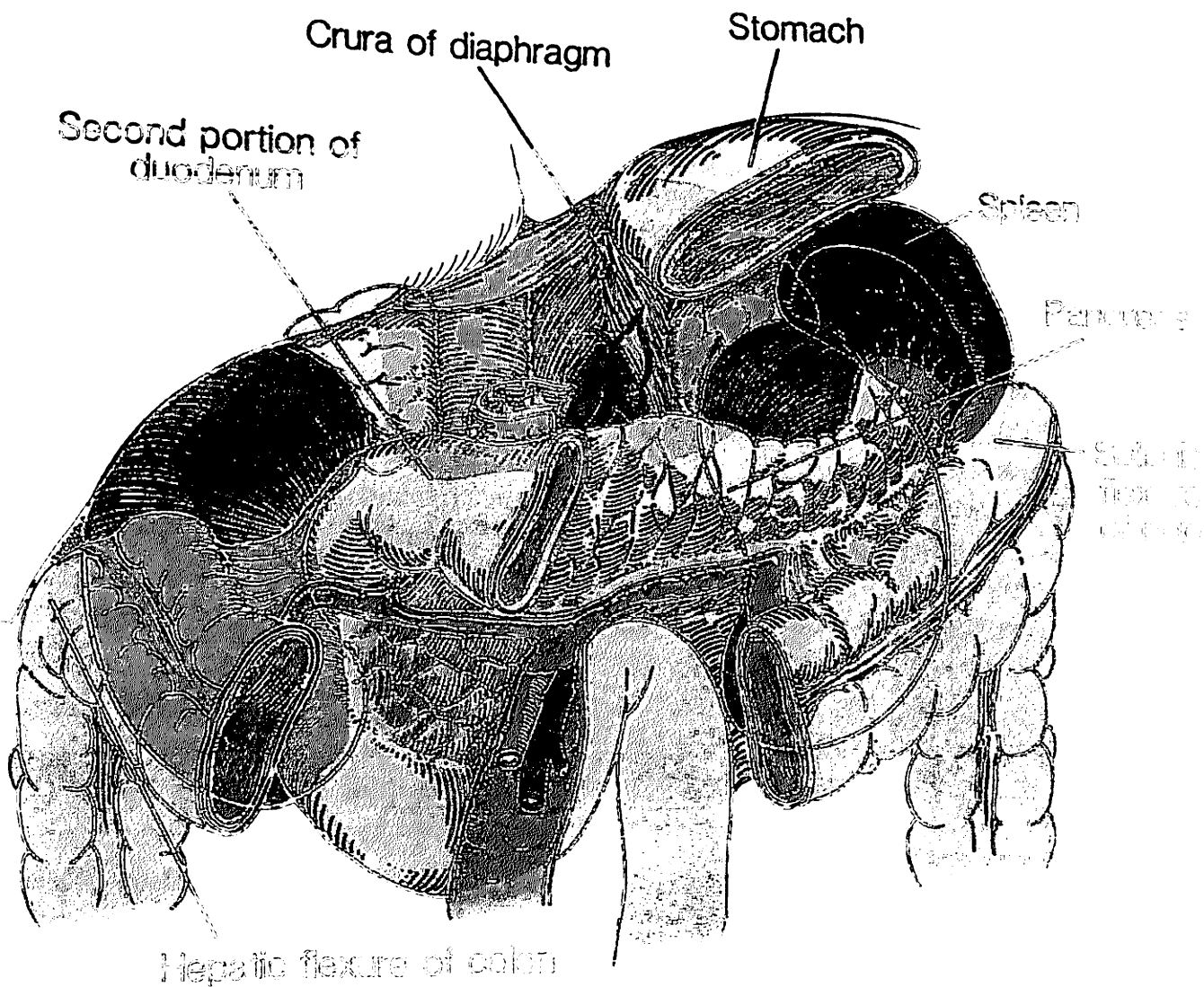
SEDE PEREIRA CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES

Teléfono 3116510 Celular 3154122452

SEDE ARMENIA CARRERA 12 # 0-75 CONSULTORIO 513-514 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ

Teléfono 7450388 Celular 3166900408

87
397



398

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: REVISIÓN DE 10 CASOS

Alberto Francisco Leoni, Pablo Kinleiner¹, Martín Revol², Alejandro Zaya³ y Alejandro Odicino.

Servicio Infectología. Hospital Aeronáutico Córdoba. Córdoba.

¹Servicio de Urología del Nuevo Hospital San Roque

²Servicio de Urología de Hospital Rawson y Hospital Aeronáutico Córdoba. Córdoba.

³Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Rawson. Córdoba. República Argentina.

Resumen.- OBJETIVO: Comunicar nuestra experiencia en Pielonefritis Xantogranulomatosa (PX) forma de presentación, manifestaciones clínicas, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

MÉTODO: Se efectuó un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo, durante un período de 6 años.

RESULTADO: Estudiamos 10 pacientes: 8 femeninos y 2 masculinos, con una media de 50 años. El dolor lumbar y abdominal, pérdida de peso, palidez conjuntival, litiasis renal y evolución crónica, se presentaron en todos los casos. El 80% presentaron fiebre con masa abdominal palpable, y el 60 % antecedentes de infección del

tracto urinario. El diagnóstico inicial, en la mayoría de los casos, fue de uropionefrosis. Dos casos (20 %), se asociaron a cáncer y otros 2 (20%) con Psoriasis. La mortalidad fue del 10%.

En el laboratorio general el hallazgo más común fue anemia, eritrosedimentación muy acelerada y leucocitosis. En el sedimento urinario la piuria. El urocultivo convencional fue positivo en el 50% de los pacientes. Por el contrario, el cultivo de orina obtenido en oportunidad de la nefrostomía, siempre presentó desarrollo. En todos los casos, la forma de presentación fue unilateral y difusa, sin predominancia en la localización.

La radiografía abdominal directa mostró la presencia de litiasis, la ecografía aumento del tamaño renal, con un patrón de hidronefrosis y/o abscesos intraparenquimatosos y la TAC fue útil para demostrar la extensión lesional.

CONCLUSIONES: La PX, es una enfermedad poco frecuente, del tipo inflamatoria infecciosa crónica, con brotes agudos de origen infeccioso, del parénquima renal. La mayoría de los casos se presentan en mujeres de edad media. El diagnóstico de certeza es histopatológico; el tratamiento con antibióticos no soluciona el problema pero es útil para el control del proceso infeccioso y evita las complicaciones sépticas. No obstante el tratamiento definitivo es quirúrgico, realizando nefrectomía total o parcial según corresponda. Se propone la nefrostomía como acción facilitadora para el diagnóstico microbiológico y la cirugía (nefrectomía).

CORRESPONDENCIA

Alberto Francisco Leoni
Servicio Infectología
Hospital Aeronáutico Córdoba
Córdoba. (Argentina)

afleoni@hotmail.com

Trabajo recibido: 118 de mayo 2009.

Palabras clave: Pielonefritis xantogranulomatosa. Presentación clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Nefrostomía.

Summary.- OBJECTIVE: To report our experience with clinical presentation, appearance, diagnosis and treatment of Xanthogranulomatous pyelonephritis (XP).

METHODS: Multicenter, observational, descriptive and retrospective study carried out during six years.

RESULTS: We studied 10 patients, 8 women and 2 males, with an average age of 50 years. All cases presented with lumbar and abdominal pain, loss of weight, conjunctival pallor, renal lithiasis and chronic evolution. Fever and palpable abdominal mass, were present in 80% of cases and 60% presented history of urinary tract infection. Initial diagnosis, in most cases, was pyonephrosis. Two cases (20%) were associated with cancer and other 2 (20%) with Psoriasis. Mortality was of 10%.

Laboratory hallmark were anemia, high SGV rate and leukocytosis. Urinary sediment showed pyuria. Urine culture was positive in the 50% of the patients. On the other hand urine cultures obtained from nephrostomy tube were always positive.

The onset was unilateral and diffuse in all cases without predominance in the location. Direct abdominal x-ray showed lithiasis, ultrasound showed increased renal size, with a pattern of hydronephrosis and/or intraparenchymatous abscesses. CT scan was useful to demonstrate disease extension.

CONCLUSIONS: Xanthogranulomatous pyelonephritis (XP) is a chronic and unusual inflammatory-infectious disease with acute episodes involving renal parenchyma. Most cases appear in medium aged women. Histopathologic study offers the accurate diagnosis. Antibiotic therapy avoids septic complications. Total or partial nephrectomy is the definitive treatment. We propose nephrostomy because it facilitates the microbiological diagnosis and surgery (nephrectomy).

Keywords: Xanthogranulomatous pyelonephritis. Clinical presentation. Diagnosis. Treatment. Nephrostomy.

INTRODUCCIÓN

La Pielonefritis Xantogranulomatosa (PX) es una variante rara, atípica y severa; corresponden a menos del 1% de las pielonefritis crónicas (1-7). Esta afección fue descrita por primera vez en 1916 por Schlagenhauser (4,5), Osterlin en 1944 la denominó Xantogranuloma (4) y Avnet y colaboradores describen en el año 1963 el primer caso pediátrico (8).

Generalmente se presenta en adultos, siendo más común en mujeres jóvenes (4,8,9) y se aso-

cia en el 2/3 de casos con cálculos renales infectados (3,4,10-12). Es común que comprometa a un solo riñón, aunque la afectación bilateral es posible (2,4).

Se acompaña con destrucción parcial (6,13) o total del parénquima renal, siendo esta la forma más común. La Tomografía Computada (TC), es el método diagnóstico ideal, ya que no solo permite determinar la magnitud de la afectación del parénquima, sino también, su extensión extrarrenal y su asociación con neoplasia (2,7-11,13).

A pesar que esta enfermedad se presenta con infección concomitante, donde se mencionan la recuperación de microorganismos solos o asociados como: *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus sp*, *Pseudomonas sp*, *Streptococcus sp* (5,11,12,14), incluso anaerobios (14,15); el empleo de antibióticos no resuelve el problema. La nefrectomía ya sea parcial o total es la resolución definitiva (2,5,) y el diagnóstico de certeza, es siempre histopatológico (10,16-18).

La xantogranulomatosis es un tipo particular de inflamación. Esta puede ser debida a un defecto en el proceso de degradación de las bacterias en los macrófagos, especialmente cuando se agrega a la infección, la obstrucción por litiasis. Los factores responsables de la acumulación de lípidos y del colesterol en la lesión, no están definidos (1-6, 8).

Al examen macroscópico la anatomía patológica muestra, generalmente, un riñón amarillento, aumentado de tamaño y con litiasis en su interior. Al examen microscópico se encuentran macrófagos cargados de lípidos (histiocitos espumosos), que explican su color, además de la necrosis e infiltrado con leucocitos, células plasmáticas (10, 11).

Este proceso crónico y destructivo puede afectar a otros órganos como: Vesícula biliar (19,20), apéndice (21), tejido óseo (22), ovario (23), vejiga (24), recto (25), próstata (26), epidídimo (27) y endometrio (28).

La amiloidosis (29), aunque infrecuente, es una de las formas de expresión como complicación de una enfermedad de evolución prolongada.

Actualizamos y comunicamos nuestra experiencia en la atención de pacientes afectados de esta enfermedad poco común: forma de presentación, manifestaciones clínicas, diagnóstico, seguimiento y tratamiento y destacamos las ventajas de la nefrostomía, previa a la nefrectomía.

400

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Este abarcó la población total de pacientes internados durante un período de 6 años (febrero/2002 a enero/2008). Se efectuó en 3 centros asistenciales de la ciudad de Córdoba - República Argentina - (Hospital Guillermo Rawson, Hospital Aeronáutico Córdoba, Nuevo Hospital San Roque). La muestra comprendió el estudio de 10 historias clínicas seleccionadas de pacientes con diagnóstico histopatológico de PX. Se analizaron datos demográficos, antecedentes, manifestaciones clínicas y de laboratorio, diagnóstico por imágenes, evolución y tratamiento.

RESULTADOS

Se analizaron 10 pacientes, 8 de sexo femenino (80%) y 2 masculino (20%), entre 22 y 74 años, con una media de 50 años, un rango de 52. La sospecha diagnóstica inicial fue en el 80% de los casos uropirosis y cáncer en el 20%. El 60% tuvo antecedentes de ITU recurrente, el 50% de diabetes familiar (solo uno padecía de diabetes) y 3 (30%) eran hipertensos. El motivo de consulta más frecuente fue por dolor lumbar y abdominal (100%) y fiebre (80%) (Tabla I).

La signosintomatología que manifestaron los pacientes al ingreso, en todos los casos (100%) fue: Dolor lumbar y abdominal, pérdida de peso, palidez conjuntival, litiasis renal y evolución crónica de la enfermedad. Fiebre elevada y masa abdominal palpable en el 80% de los casos. En 2 pacientes (20%) se comprobó asociación con cáncer (Epidermoide del sistema pielocalicial y Carcinoma metastásico de células transicionales invasor de vejiga) y en otros 2 (20%) con Psoriasis. En ninguno de nuestros pacientes se constató hepato y/o esplenomegalia (Tabla II).

El laboratorio mostró anemia en el 100% de los casos, eritrosedimentación de 100 mm³ o más en el 90% y leucocitosis en el 70%. El sedimento de orina presentó piuria en el 100%, hematuria en el 80% y bacteriuria en el 60% de los casos. El urocultivo, recolectado por la técnica de chorro medio, mostró desarrollo en 5 casos (50%) y el obtenido por nefrostomía en los 4 casos en que se realizó (100%). Los cultivos tuvieron similar recuperación microbiana (cultivo por chorro medio/nefrostomía) en 1 caso (*Enterobacter spp.*), en los restantes no hubo coincidencia. Se recuperaron diversos microorganismos: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter spp.*, *Morganella morganii*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus coagulans negativa*, *Streptococcus anaerobius*,

Citrobacter freundii, *Streptococcus viridans*. En 2 casos (20%) hubo desarrollo polimicrobiano. De las enzimas hepáticas la fosfatasa alcalina se presentó alterada en 6 casos sobre 8 en que se realizó (75%). La GPT se presentó incrementada en 2 casos (20%), la GOT en 1 (10%), sobre 9 pacientes en que se realizaron. Todos los pacientes tenían serologías negativas para hepatitis y no contaban con antecedentes tóxicos, ni ingesta de drogas que la justificaran. La gammaglobulina se presentó incrementada en 4 de los 6 casos en que se realizó (66%). Los estudios de creatinemia y uremia arrojaron cifras dentro de la normalidad en el total de casos (Tabla III).

En todos los casos (100%) el compromiso fue unilateral, en 6 (60%) se comprometió del riñón derecho y en 4 (40%) el izquierdo. La Rx. directa de abdomen se realizó en 8 casos, en 7 permitió observar litiasis a nivel renal (87%). En 4 de ellas, tipo coralliforme (57%). La ecografía mostró en todos los casos (100%) aumento del tamaño renal, en 9 casos mostró litiasis (90%), patrón de hidronefrosis en 8 (80%), en 5 casos imágenes líquidas intraparenquimatosas (50%), en 5 (50%) alteración en relación corticomedular. En 2 casos sospecha de cáncer, en uno de ellos fue positivo. La TAC mostró aumento del tamaño renal en los 9 casos (100%) en que se realizó, litiasis renal en 8 oportunidades (88.8%), alteración en la eliminación del medio de contraste en 7 (77.7%), uronefrosis obstructiva en 3 casos y extensión lesional a la grasa perirrenal en 7 oportunidades (77.7%). En todos los casos (100%) el compromiso involucró todo el parénquima renal (global) y en 7 casos (70%) se estadificó como estadio 2, es decir con compromiso del parénquima renal y del espacio de Gerota (Tabla IV).

A todos los pacientes se les efectuó nefrectomía y a 4 de ellos nefrostomía previa. Las complicaciones quirúrgicas se presentaron en 5 casos (50%): sepsis y absceso de pared, 2 casos y absceso de Psoas, hemorragia y 1 caso la mortalidad fue del 10% (1 caso) por sepsis, en un paciente que padecía conjuntamente carcinoma epidermoide del sistema pielocalicial. Se emplearon, en el tratamiento, diversos tipos de antibióticos, ya sea en forma empírica inicial o según resultados de las pruebas de sensibilidad o identificación microbiana. En 7 casos se les prescribió más de un tipo de antibiótico (70%) (Tabla V).

DISCUSIÓN

Presentamos nuestra experiencia de 6 años ya que en nuestro medio no hay registros de publicaciones previas, excepto un caso asociado a flora polimicrobiana (14) también comunicado por nosotros,

TABLA I. PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: DATOS GENERALES.

Fecha Diagnóstico	Hospital	Sex						
Paciente 1	Rawson	F	22	no	no	—	Fiebre dolor lumbar y abdominal	Tumor renal vs. Uropionefrosis
Paciente 2	Aeronáutico	F	62	no	no	HTA ^a	Fiebre, dolor lumbar y abdominal	Uropionefrosis
Paciente 3	San Roque	F	52			Psoriasis	Fiebre, dolor lumbar y abdominal	Uropionefrosis
Paciente 4	San Roque	F	50	si	si	HTA ^a	Fiebre, dolor lumbar y abdominal	Uropionefrosis
Paciente 5	Rawson	F	63	si	no	Diabetes HTA ^a	Fiebre, dolor lumbar, deterioro del estado general	Uropionefrosis
Paciente 6	San Roque	F	41	si	si	—	Fiebre, dolor lumbar y abdominal	Uropionefrosis
Paciente 7	San Roque	F	46	no	si	Chagas	Fiebre, dolor lumbar y abdominal	Uropionefrosis
Paciente 8	Aeronáutico	M	70	no	no	HTA ^a	Fiebre, dolor lumbar y hematuria	Uropionefrosis
Paciente 9	San Roque	F	27	si	si	—	Fiebre, dolor lumbar y abdominal	Tumor vía escretora, Uropionefrosis
Paciente 10	San Roque	M	74	si	si	Psoriasis	Dolor lumbar, abdominal y hematuria	Uropionefrosis vs. Tumor de Vejiga

* IUR: I

A: Hipertensión

401

que nos alentó en la búsqueda de esta patología, tan poco común.

Desde que Schlagenhauer describe por primera vez en 1916 a la PX, esta enfermedad continúa siendo infrecuente (4,5). La bibliografía hace pocas menciones de este proceso inflamatorio y en general, los estudios casuísticos, no enrolan demasiados pacientes. Estas comunicaciones, excepto casos aislados, son efectuadas por médicos patólogos (11,17,21-23,28).

Nuestros hallazgos no difieren, significativamente, a lo observado en las mayorías de las series (1-7,9,11,30) que hacen referencia a esta enfermedad. La inmensa mayoría de los casos involucran a mujeres, generalmente, de edad media, con compromiso unilateral renal global, asociada a litiasis y con falta de función del órgano comprometido. Todos nuestros pacientes se presentaron una evolución crónica, fiebre elevada, dolor lumbar y abdominal, masa palpable abdominal, pérdida de peso y palidez conjuntival.

El laboratorio, en la mayoría de los casos, reveló anemia, leucocitosis, e hipocromía muy acelerada, con un sedimento urinario patológico que mostró, en la mayoría de los casos, piuria, hematuria y bacteriuria. El hepatograma mostró incremento, fundamentalmente, en la fosfatasa alcalina y en escasas oportunidades en las transaminasas, simulando un proceso colestásico, hecho también resaltado en otras publicaciones (2,3,6,7,9,11).

El urocultivo fue positivo en la mitad de los casos (50%), a diferencia de la literatura general que menciona una mayor recuperación, en alrededor del 75% (1,6,7,9,11). Los cultivos negativos son comprensibles debido a la asociación de la infección con la uropatía obstructiva. Los hallazgos microbiológicos no demostraron predominancia de algún tipo de microorganismo. Destacamos aislamientos polimicrobianos y recuperaciones diferentes entre los cultivos de orina por chorro medio y el material recolectado en oportunidad de la realización de la nefrostomía. Estas discordancias también son observadas por Malek RS y Elder, JS. (6). El material obtenido por nefrostomía, al contrario del urocultivo convencional, siempre que se realizó (4 casos), presentó desarrollo microbiano. Esto explica los cultivos negativos, ya que éstos pacientes presentan verdaderos abscesos renales encapsulados y/o obstrucción de la vía urinaria por litiasis (Figura 1). Consideramos a la nefrostomía, como acción facilitadora, previa a la nefrectomía (Figura 2). Este criterio, si bien se aplica en pacientes que presentan colecciones renales o perirenales, no están descriptos en la literatura, como

TABLA II. PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Síntomas	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8	Paciente 9	Paciente 10
Fiebre	≥ 39° C	≥ 39° C	≥ 38° C	≥ 39° C	38° C	≥ 39° C	≥ 39° C	No	≥ 39° C	No
Dolor Lumbar y abdominal	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Masa Palpable	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si
Pérdida de Peso	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Palidez conjuntival	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Litiasis renal	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Tiempo de evolución	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica	Crónica
Hepatomegalia/Esplenomegalia	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Asociación con Diabetes	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	No
Asociación con Psoriasis	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si
Asociación con Cáncer	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si
					Carcinoma epidermoide del Sistema Pielocalcical					Carcinoma Urotelial de células transicionales de vejiga

TABLA III. PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: LABORATORIO.

Laboratorio	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8	Paciente 9	Paciente 10
Anemia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Leucocitosis	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si
↑ VSG	Si (116 mm)	Si (112 mm)	Si (120 mm)	Si (44 mm)	Si (105mm)	Si (120 mm)	Si (105 mm)	Si (120 mm)	Si (120 mm)	Si (100 mm)
Piuria	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Hematuria	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
Bacteriuria	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si
Urocultivo (+)	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si
Urocultivo Microorganismo	> 10 ⁵ UFC/ ml E. coli + P. mirabilis	> 10 ⁵ UFC/ ml Enterobacter spp.	Sin desarrollo	Sin desarrollo	> 10 ⁵ UFC/ ml Enterobacter spp.	> 10 ⁵ UFC/ ml Morganella morganii	Sin desarrollo	Sin desarrollo	Sin desarrollo	> 10 ⁵ UFC/ml E. coli Enterococcus faecalis
Cultivo Nefrostomia	E. coli P. mirabilis St. coagulasa (-) Streptococcus anaerobio	Enterobacter spp.	No se realizó	No se realizó	No se realizó	> 10 ⁵ UFCol/ml Citrobacter freundii	No se realizó	No se realizó	> 10 ⁵ UFCol/ml Streptococ- cus viridans	No se realizó
↑ GOT	Si	No	No	No	Sin datos	No	No	No	No	No
↑ GPT	Si	Si	No	No	Sin datos	No	No	No	No	No
↑ FAL	Si	Si	Sin datos	No	Sin datos	No	Si	Si	Si	Si
↑ Gammaglobulina	Si	Sin datos	Sin datos	No	Sin datos	Si	No	Sin datos	Si	Si
Creatininemia/ Uremia	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

403 93

TABLA IV. PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: DIAGNOSTICO POR IMÁGENES.

Paciente	Localización	Rx. Abdomen	Ecografía	TAC	Lesión Renal	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3
1	Riñón izquierdo	Litiasis Renal Coreiforme	> tamaño Hidronefrosis Litiasis Imágenes líquidas en su interior Imagen tumoral polo superior	> tamaño - Litiasis Renal Uronefrosis Múltiples imágenes hipodensas en su interior Infiltración grasa perirrenal Falta de eliminación de contraste	Global		Si	
2	Riñón Derecho	Litiasis Renal Coreiforme	> tamaño Hidronefrosis Litiasis Imágenes líquidas en su interior	> tamaño - Litiasis Renal Voluminosa masa sólida en cara postero externa que infiltra grasa perirrenal y áreas líquidas con tabiques en el interior. Falta de eliminación de contraste	Global		Si	
3	Riñón Derecho	Litiasis Renal Coreiforme	> tamaño Hidronefrosis Litiasis renal Alt. Relación Cór./Med.	No se realizó	Global	Si (según ecografía)		
4	Riñón Derecho	No se realizó	> tamaño Litiasis múltiples en pelvis. Colección líquida Alt. Relación córt./med	> tamaño - Litiasis piélicas y caliciales Uronefrosis obstructiva Engrosamiento de la grasa perirrenal Falta de eliminación de contraste	Global		Si	
5	Riñón Derecho	No se realizó	> tamaño Masa heterogenea c/on áreas líquidas de 90 x 70 mm mesorrenal.	> tamaño Lesion heterogenea de 10 mm Afectación de la grasa perirrenal	Global		Si	
6	Riñón Derecho	Litiasis Renal Coreiforme	> tamaño Hidronefrosis severa Litiasis renal Múltiple Alt. Relación córt./med	> tamaño - Litiasis coraliforme Aumento de la densidad de la grasa perirrenal Falta de eliminación de contraste	Global		Si	
7	Riñón Izquierdo	Litiasis Renal Múltiple	> tamaño y lobulado Hidronefrosis marcada Múltiples imágenes anecoicas algunos con litiasis en su interior Imágenes líquidas en su interior Alt. Relación córt./med	> tamaño Litiasis Renal Uronefrosis Múltiples imágenes hipodensas en su interior Aumento de la densidad grasa perirrenal Falta de eliminación de contraste.	Global		Si	
8	Riñón Izquierdo	No mostró alteraciones	> tamaño Hidronefrosis Microlitiasis multiples	> tamaño - Pequeñas litiasis calicilares Hidronefrosis Moderada dilatación de ureter hasta zona pelviana. Adenopatias en cadena iliaca izquierda	Global	Si		
9	Riñón Izquierdo	Litiasis Renal	> tamaño Severa hidronefrosis Litiasis renal Alt. relación córtico medular	> tamaño Litiasis Renal coraliforme Dilatación pielocalicial Retado en la eliminación del contraste Aumento de la densidad de la grasa perirrenal. Ganglios retroperitoneales	Global		Si	
10	Riñón Derecho	Litiasis Renal	> tamaño Hidronefrosis Litiasis renal múltiples Lesión tumoral en vejiga	> tamaño - Litiasis Renal Hidronefrosis severa Disminución de la eliminación del medio de contraste Alteración de la arquitectura renal	Global	Si		

404 94

paso previo a la nefrectomía en este tipo de patología. Este enfoque terapéutico ya ha sido propuesto por nosotros (33).

Destacamos en 5 de nuestros pacientes antecedentes familiares de diabetes (50%), pero solo uno de ellos presentaba esta enfermedad. Otros autores poseen similares observaciones, con porcentuales que varían entre el 5 al 40% (31). Para Berrah-Bennaceur, Farad AB y col (4) es considerada, un factor predisponente. Resaltamos el padecimiento de Psoriasis en 2 (20%) de nuestros pacientes. En nuestra revisión bibliográfica no pudimos hallar la asociación de esta enfermedad y PX. La Psoriasis, en forma similar a la PX, es una enfermedad en la que se describen en su patogenia causas multifactoriales. Es desencadenada o exacerbada por diversos factores ambientales, entre los que se mencionan a las infecciones como lo que padecen nuestros pacientes. Se invocan, igualmente, defectos en el sistema inmune (2,4,11),

que es otra de las hipótesis en el origen de la PX, además de la predisposición genética.

Por el contrario a lo que se mencionan en algunos estudios de revisión, de esta enfermedad (2,3,6,7,9,11), en ninguno de nuestros pacientes pudimos constatar hepatomegalia y/o esplenomegalia.

En discrepancia con lo mencionado en la literatura (2,5,7-9,14,16,17) en 5 oportunidades (50%), se presentaron complicaciones quirúrgicas. Estas complicaciones son comprensibles si tenemos en cuenta que se remueve un foco séptico y en general con adherencias a estructuras vecinas (7/10 casos), lo que implica un trauma quirúrgico adicional. Un paciente falleció por sepsis, el cual tenía como factor predisponente un carcinoma epidermoide del sistema pielocalicial (Figura 4). En acuerdo con la mayoría de los autores (1-9) el tratamiento con antibióticos,

TABLA V. PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO.

Tratamiento	Nefrostomía	Nefrectomía	Complicaciones Quirúrgicas	Antibiótico
Paciente 1	si	si	No	Ciprofloxacina-Gentamicina Ampicilina/ Sulbactam
Paciente 2	si	si	No	Ciprofloxacina-Ceftazidima
Paciente 3	no	si	Absceso de pared y Músculo de psoas	Amoxicilina/Clavulanato Gentamicina- Cefazolina
Paciente 4	no	si	Hemorragia	Ceftriaxona-Amikacina Piperacilina/Tazobactam
Paciente 5	no	si	Shock séptico Óbito	Ciprofloxacina
Paciente 6	si	si	No	Ceftriaxona Amoxicilina/Clavulanato
Paciente 7	no	si	No	Gentamicina-Cefazolina
Paciente 8	no	si	No	Cefazolina
Paciente 9	si	si	Absceso de pared	Ciprofloxacina
Paciente 10	no	si	Sepsis	Ampicilina-Nitrofurantoína Ciprofloxacina-Gentamicina-Colistin



FIGURA 1. Vista macroscópica de la pieza quirúrgica de un riñón con PX, con apertura de colección (absceso) intraparenquimatoso posterior a la nefrectomía.



FIGURA 2. Paciente con PX, presenta drenaje (nefrostomía) por punción percutánea, como paso previo a la nefrectomía.

antes, durante y en el postquirúrgico inmediato es esencial para controlar el proceso infeccioso y, fundamentalmente, contribuiría a evitar los compromisos a distancia o sistémicos, pero es incapaz, por sí mismo, de erradicar la infección.

En concordancia con otras publicaciones (1-3,6,7,9,11,16), los hallazgos radiológicos más sobresalientes fueron el aumento de tamaño renal, litiasis y exclusión renal. La radiografía directa de abdomen permite visualizar litiasis, generalmente, coraliforme (Figura 3). La ecografía permite demostrar la desestructuración del parénquima, con patrón de hidronefrosis (Figura 4). Y, la TAC, en forma similar a la ecografía, precisó el diagnóstico y la extensión lesional; cuando la hubo (Figura 5).

Cuando se cuenta con experiencia previa, es posible, con la ayuda de la clínica, el laboratorio y los métodos complementarios (especialmente la tomografía), presumir dicha afección, antes de contar con los estudios anatomopatológicos (2,13). El diagnóstico de certeza (Gold Standard) es histopatológico. Como lo demuestran nuestras figuras, el riñón se presenta macroscópicamente aumentado de tamaño con una pobre delimitación córtico-medular y sustitución de su color habitual por un tejido amarillento tipo adiposo, además de cavidades quísticas; es decir un riñón completamente desestructurado (Figuras 6,7). Microscópicamente, como es descrita por los patólogos (6,9,10,11,14,17), existe una reacción inflamatoria difusa (pielonefritis crónica) que infiltra el riñón con histiocitos cargados de lípidos denominados células espumosas (o "foamy cells"), que se disponen en bandas o islotes, células gigantes, leucocitos neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas, con escaso parénquima funcional (Figuras 8,9).

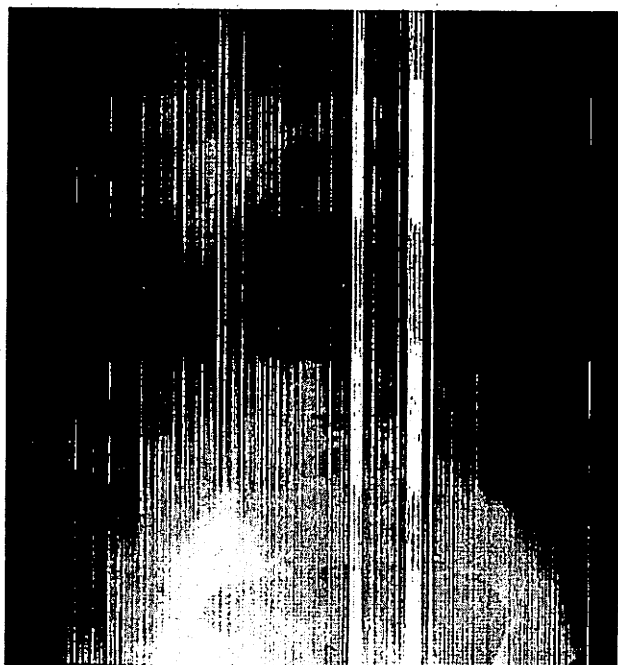


FIGURA 3. Rx directa de abdomen que muestra litiasis coraliforme.

El hallazgo de la asociación con cáncer, merece mención destacada, la cual se presentó en 2 pacientes (20%), ambos de la vía excretora; uno epidermoide de la pelvis renal y otro urotelial de la vejiga (Figuras 10,11). Los tumores renales asociados a PX, son infrecuentes, Ballesteros Sampol J. (31) menciona en su revisión el 1.7%, siendo los adenocarcinomas renales los más frecuentes y los uroteliales con una incidencia muy inferior. Son, prácticamente, de imposible sospecha en el preoperatorio, ya que está

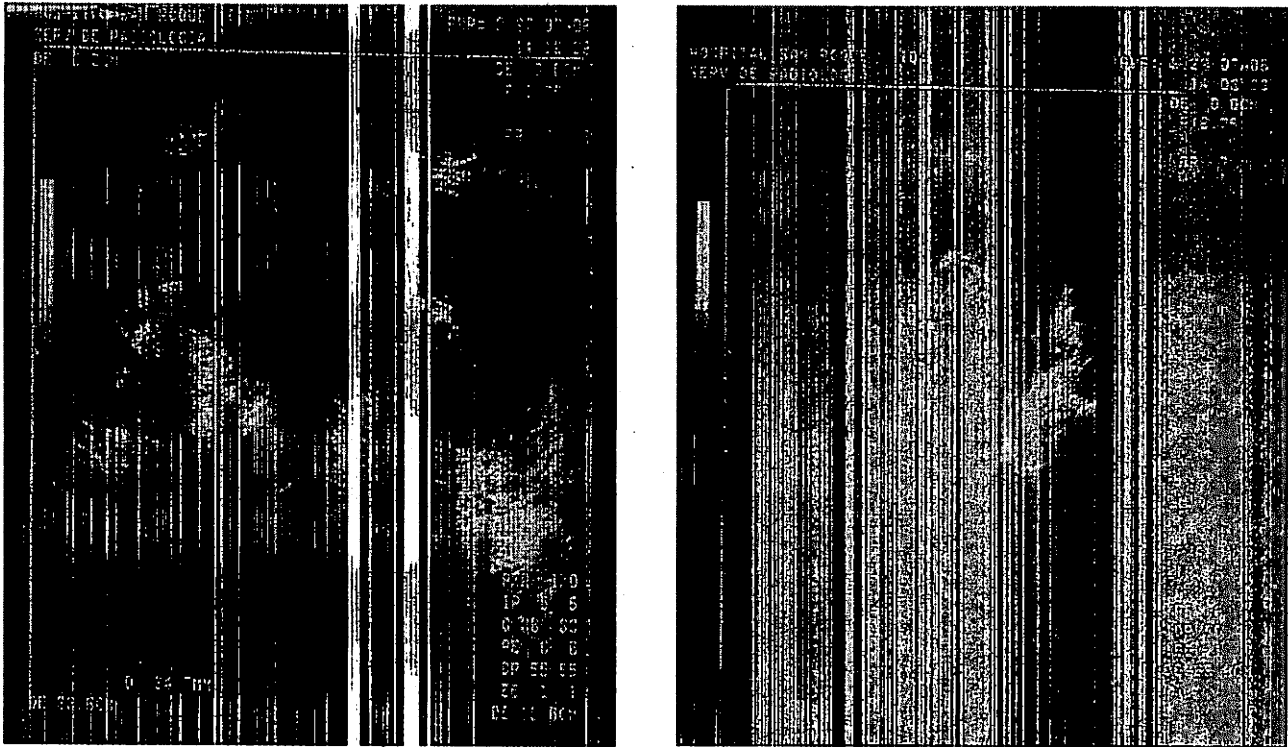
9A
407

FIGURA 4. Ecografía renal de paciente con PX, muestra aumento de tamaño renal, pobre diferenciación del parénquima, severa hidronefrosis, detritus en su interior (uropioneofrosis?), evidencia de múltiples imagen de litiasis.

enmascarada por este tipo de pielonefritis; son de hallazgo histopatológico (32). Estos tumores se asocian, como a nuestros pacientes, con urolitiasis de larga data e infección urinaria crónica; como factores predisponentes (31).

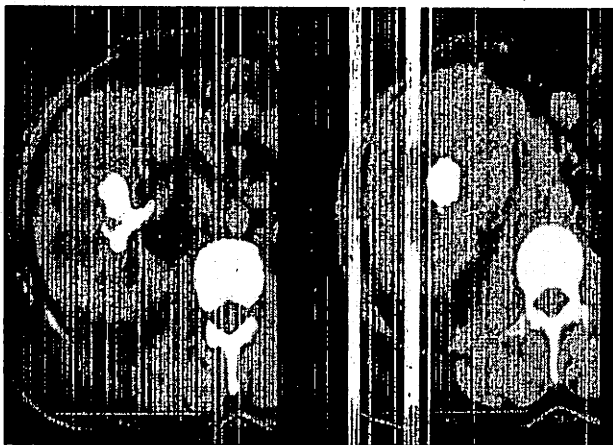


FIGURA 5. TAC renal en paciente con PX, que muestra riñón aumentado de tamaño, litiasis coraliforme, hidronefrosis severa, falta de eliminación de medio de contraste, e infiltración de la grasa perirrenal.

En total acuerdo con la mayoría de los autores (2-7,9,11,12,14-18), la nefrectomía se constituye en la indicación primaria, ya sea total y o parcial, fundamentalmente en niños o procesos focalizados. Pero aconsejamos el drenaje percutáneo previo a la nefrectomía como forma más segura para la comprobación de la flora que compromete al riñón enfermo. Además permite un mejor acceso quirúrgico para la nefrectomía (14,33).

La mortalidad fue del 10%, 1 caso, por sepsis asociada a cáncer como factor predisponente. Ballesteros Sampol J. (31), en un artículo de revisión, menciona la mortalidad global por esta enfermedad del 24% y, específica, del 4%.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos, en general, no difieren demasiado de otras comunicaciones. Nuestra casuística, fundamentalmente, se presentó en mujeres de edad media con fiebre, dolor lumbar y abdominal, masa palpable abdominal, pérdida de peso y enfermedad de evolución prolongada.

La anemia, leucocitosis y eritrosedimentación acelerada, fueron los hallazgos más frecuentes en la

408

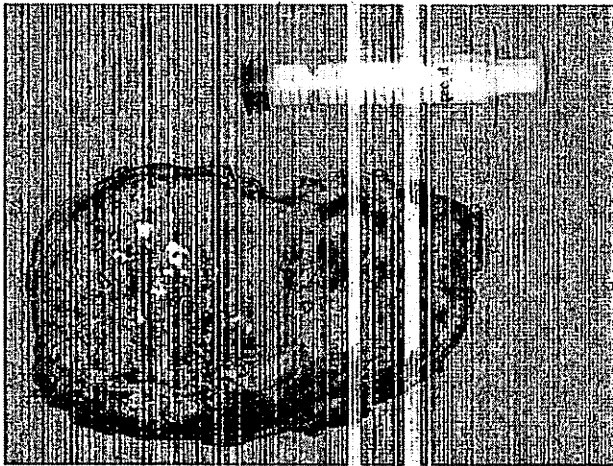


FIGURA 6. Vista macroscópica de una pieza quirúrgica de un riñón con PX. Se muestra aumento de tamaño, alterado en su anatomía por el proceso inflamatorio, con espesamiento capsular, fibrosis intensa, nódulos amarillos brillantes y salientes.

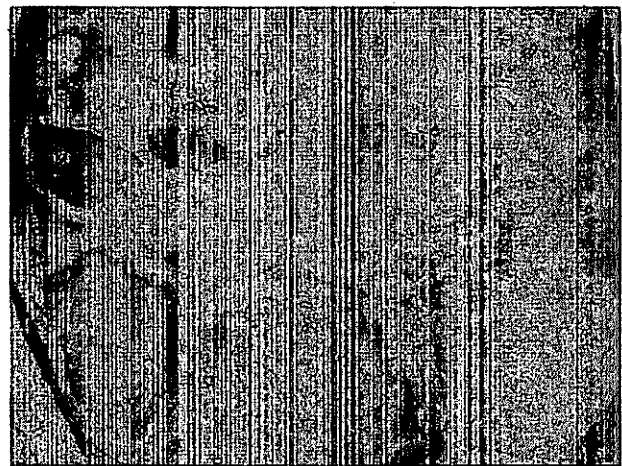


FIGURA 7. Vista macroscópica del interior de una pieza quirúrgica de un riñón con PX. Presencia de varias cavidades quísticas.

analítica sanguínea. En la orina fueron la hematuria y la piuria.

La recuperación bacteriana por urocultivo convencional es baja, por el proceso obstructivo al que se asocia.

La ecografía y la TAC pueden ser muy sugestivos del diagnóstico, más aún, cuando existe experiencia previa en la atención de esta patología. Un

patrón ecográfico con riñón aumentado de tamaño, con evidencias de litiasis e hidronefrosis, podrían sugerir esta enfermedad. La tomografía siempre es útil, para determinar la extensión lesional del proceso, sobre todo cuando involucra órganos vecinos. Esta enfermedad debería tenerse en cuenta ante cualquier comprobación de masa renal difusa o localizada.

Resaltamos la importancia del drenaje percutáneo previo a la cirugía, que a nuestro entender,

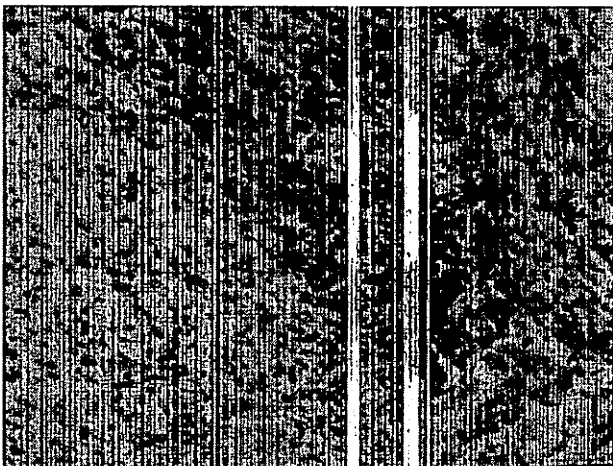


FIGURA 8. (Vista microscópica HE - 5 x): que muestra la presencia de numerosos histiocitos espumosos agrupados conteniendo lípidos, que se denominan células xantomatoides y se asocia a una infiltración inflamatoria difusa con células redondas donde destacan los plasmocitos.

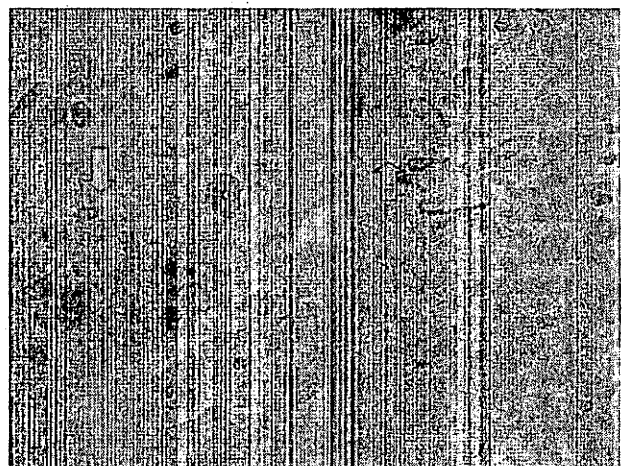


FIGURA 9. (Vista microscópica - aumento intermedio): Muestra Células espumosas (flecha ascendente), gigantes multinucleadas (flecha descendente) e infiltrado inflamatorio mononuclear.

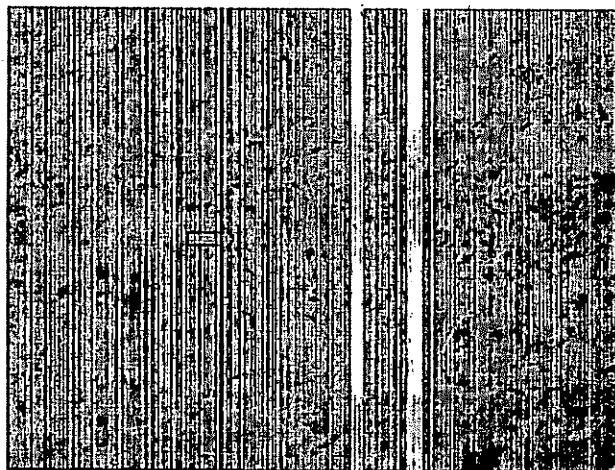


FIGURA 10. (Vista microscópica - aumento intermedio): Carcinoma epidermoide invasor. Se observan algunas perlas corneas en el centro (flecha).

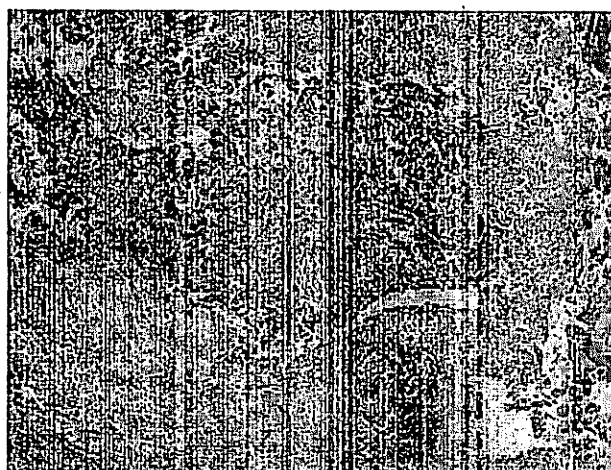


FIGURA 11. (HE 10x.- mediano aumento): Aspecto de área de carcinoma urotelial invasor.

es un método facilitador para la nefrectomía. Logra disminuir la masa renal previa a la extirpación del órgano, y de ese modo favorece el proceso quirúrgico, sobre todo, cuando existen procesos con invasión de los tejidos perinéfricos. Este drenaje, siempre que sea posible realizarlo, atempera el cuadro séptico agudo, facilita el abordaje y la técnica quirúrgica en un segundo tiempo. Además, mejora la recuperación microbiana. Por este motivo recomendamos, siempre que sea posible, recluir todos los cultivos preoperatoriamente a nuestro alcance; ya sea por el método de chorro medio o por punción percutánea. Igualmente, se deberían efectuar los cultivos intraquirúrgicos. El tratamiento con antibiótico/s, si bien, por sí solo no es capaz de solucionar el problema, es útil en el control del proceso infeccioso y evita las complicaciones sépticas. Para que esta terapéutica sea eficaz es de vital importancia tener bien identificados los agentes bacterianos, con su respectiva sensibilidad. No obstante el tratamiento definitivo es siempre quirúrgico, realizando nefrectomía total o parcial según corresponda.

El síndrome obstructivo y la infección urinaria recurrentes son factores predisponentes para tumores de la vía excretora, por lo cual es comprensible la asociación de la PX con cáncer. Por el contrario no encontramos una clara explicación con su asociación a Psoriasis. Aunque sabemos que ambas enfermedades podrían deberse a trastornos inmunes, o que la infección crónica que padecen este tipo de pacientes podrían constituirse en detonadores de la Psoriasis, en individuos genéticamente predispuestos.

Las complicaciones sépticas posquirúrgicas fueron las más frecuentes debido a varios factores,

pero destacamos la infección concomitante y la adherencia a estructuras vecinas del riñón afectado, lo que implicó una cirugía laboriosa y traumática.

Siempre el diagnóstico, de certeza, es histopatológico, ya sea macro o microscópico, el cual es imprescindible no solo para confirmar el diagnóstico de PX, sino también su asociación con cáncer.

Encuadramos a esta enfermedad como inflamatoria-infecciosa crónica, con brotes agudos de origen infeccioso.

La mortalidad se asocia a enfermedades concurrentes, fundamentalmente cáncer.

AGRADECIMIENTOS

Al servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Roque.

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

1. Sobel JD, Kake D. Urinary Tract Infection. Chapter 66 In: Mandell, Bennett y Dolin. Principles and Practice of Infectious Diseases. Sixth edition (Vol. 1) Elsevier Churchill Livingstone, 2005. Pag 395.
- **2. Zorzos I, Moutzouris V, Korakianitis G, Katsou G. Analysis of 39 cases of xanthogranulomatous pyelonephritis with emphasis on CT and findings.

- Disponible en: www.ecri.org/t/BCRO2/sciprg/abs/pc/0378.htm; 2000.
- **3. Van Vlem B, Billiouw JM. Xanthogranulomatous Pyelonephritis. *N Engl Med*. 2000; 342: 1572.
 4. Berrah-Bennaceur, Farad AB et al. La Pyelonephrite Santo-Granulomateuse. Approche Étiopathogénique á propos de deux cas. *Sem Hop Paris* 1999;75: 1362-7.
 - *5. Cabrera G, Fernández-Maldonado J, Mijares M, Gallego E, Roa Marquez J. Pielonefritis Xantogranulomatosa. *Rev Ven Urol* 1997; 29: 93-103.
 - **6. Malek, RS, Elder, JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis. A critical analysis of 26 cases and of the literature. *J Urol* 1978; 119:589.
 - **7. Lopez de Meza B, Gomez E, Gomez P. Pielonefritis Xantogranulomatosa: reporte de 15 casos y revisión de la literatura. *Urol Colomba* 1996; 5: 15-24.
 8. Matthews GJ, McLoire, JA, Churchill BA, Steckler RE, Khoury AE. Xanthogranulomatous Pyelonephritis in Pediatric Patients. *Ped Urol* 1995; 153: 483-8.
 - **9. Chuang, CK, Laim K, Chang PL, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: Experience in 36 cases. *J Urol* 1992; 147:337.
 10. Tiguert R, Gheiler EL, Yousif T, Tefilli MV, Mills K, Grignon DJ et al. Focal Xanthogranulomatous Pyelonephritis presenting as a Renal tumor with vena cava thrombus. *J Urol* 1998; 160:117-8.
 - **11. Parsons, MA, Harris, SC, Longstaff AF, Granger, RG. Xanthogranulomatous pyelonephritis: A pathological, Clinical and etiologial analysis of 87 cases. *Diag Histopathol* 1993; 6: 203.
 12. Moriya A, Kubota K, Morita N. A case emphysematous pyelonephritis combined with emphysematous xanthogranulomatous pyelonephritis. *Hinyokika Kyo* 1989; 35: 295-300.
 13. Alam A, Chander BN. Xanthogranulomatous Pyelonephritis: Diagnosis using Computed Tomography. *MJAFI* 2004; 60: 36-88.
 14. Leoni A.F, Luque A, Samouelli R, Valverde J. Pielonefritis Xantogranulomatosa Asociada a Flora Polimicrobiana. *Rev Par Infect* 2004; 6: 23-27.
 15. Langale LA, Rice CL and Brown N. Emphysematous pyelonephritis in a xanthogranulomatous kidney. An unusual cause of pneumoperitoneum. *Arch Surg* 1980; 123: 153.
 16. Oosterhof, GO, Delaere, KP. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Urol Int* 1986; 41:180.
 - *17. Watt, I, Kristesen, IB. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Arch Pathol Microbiol Scand Sect A* 1980; 89:89.
 18. Perez, LM, Thrasher, JB Anderson, EC. Successful management of bilateral Xanthogranulomatous pyelonephritis by bilateral partial nephrectomy. *J Urol* 1993; 149:100.
 19. Reaño, Gustavo; Sánchez Lihon, Juvenal; Ruiz Figueroa, Eloy Francisco; Celis Zapata, Juan; Payet Meza, Eduardo; Berrospi Espinoza, Francisco; Chávez, Iván; Young Tabusso, Frank; Doimi, Franco. Colecistitis xantogranulomatosa: Análisis de 6 casos. *Rev gastroenterol Perú*; 2005; 25: 93-100.
 20. Silva O., Verónica; Arístides F., Guillermo; Ordenes V., Manuel; Moya P., Edisson; Cassalino F., Renato. Colecistitis xantogranulomatosa. *Rev. Chil. Cir* 2004; 56: 178-181.
 21. Tardío JC, Burgos F, Riupérez J, Inflamación xantogranulomatosa del apéndice. *Patología* 1996; 29: 135-137.
 22. Cozzuto D, Xanthogranulomatous osteomyelitis. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108: 973-976.23
 23. Pace EH, Voet RL, Melacon JT, Xanthogranulomatous oophoritis: An inflammatory pseudotumor of the ovary. *Int J Gynecol Pathol* 1984; 3: 398-402.
 24. Walther M, Glenn FJ, Vellios F, Xanthogranulomatous cystitis. *J Urol* 1985; 134: 745-746.
 25. Davis M, Whitley ME, Haque HK, et al. Xanthogranulomatous abscess of a mullerian Duch remnant. A rare lesion of the rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 755-759.
 26. Miekos E, Wlodarczyk W, Szram S. Xanthogranulomatous prostatitis. *Int Urol Nephrol* 1986; 18: 433-437.
 27. Wiener LB, Riehl PA, Baum N. Xanthogranulomatous epididymitis: A case report. *J Urol* 1987 138: 621 - 622.
 - *28. Russack B, Lammers RJ. Xanthogranulomatous endometritis. Reporto six cases and a proposed mechanism of development. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114: 929-932.
 29. Bronsoms JM, Vallés M, Mas H, Sant F y Llobet M. Pielonefritis xantogranulomatosa y amiloidosis sistémica; *Nefrología* 1995; XV: 371-374.
 30. Quinn FM, Dick AC, Corbally MT, McDermott MB, Guiney EJ. Xanthogranulomatous pyelonephritis in childhood; *Arch Dis Child* 1999; 81: 483-486.
 - **31. Ballesteros Sampol J. Inusuales formas clínicas de presentación y asociaciones patológicas raras de la pielonefritis xantogranulomatosa. *Arch Esp Urol* 2002; 55(2) 119-130.
 - *32. Rizzi A O, Alvarez P D, Muro F y col. Carcinoma de células escamosas de la pelvis renal. Presentación de un caso clínico. *Rev Arg de Urol* 2005; 70 (4): 262-5.
 33. Revol M, Arribillaga L, Paladini M, Valverde J, Leoni A, Manavella H. Pielonefritis Xantogranulomatosa: Enfoque Terapéutico a Propósito de dos casos. XXXVI Congreso de la Federación Argentina de Urología, XLII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología. 2006; Sesión Casos Clínicos TL 34.



Abscesos renales y peri-renales: análisis de 44 casos

Juan Fullá O., Oscar Storme C., Alberto Fica C., M. Antonieta Varas P.,
José Flores M., Fernando Marchant G. y Daniel Varas F.

Renal and perinephric abscesses: a series of 44 cases

Renal abscesses are infrequent event and may occasionally be fatal. In order to characterize its main clinical features, its diagnosis and evolution, a retrospective-descriptive study was done with cases identified between 1996 and 2006 in a teaching hospital. Forty-four cases were collected (mean age 49.9 years). Diabetes mellitus was present in 38.6%, urinary calculi in 36.4%, and previous urinary tract infection in 11.4% of the studied population. *Enterobacteriaceae* were the most frequent isolated microorganisms (44.4%), and 33.3% had a polymicrobial culture in abscess samples. *Staphylococcus* was rarely identified. Main therapeutic approaches were minimally invasive procedures (pigtails, percutaneous drainage or nephrostomy) in 50% followed by surgical interventions (nephrectomy or surgical debridement) in 43.3%. Only 20.5% of patients were treated exclusively by antibiotics. Minimally invasive procedures were applied progressively after 2001 ($p < 0.005$). In this series case-fatality rate was 4.5%, 13.6% ($n = 6$) developed septic shock. Nephrectomy was performed in 9 cases (20.5%). Patients selected for nephrostomy had a lower risk for ICU admission (Odds Ratio 0.083 IC95 0.008-0.911). Renal abscesses are cause of morbidity but had a low case-fatality ratio; the therapeutic approach has changed in recent years favoring at present minimally invasive procedures.

Key words: Renal absceso, perinefric abscess, therapy, percutaneous drainage, nephrectomy.

Palabras clave: Absceso renal, absceso perirrenal, piodiagnóstico, tratamiento, drenaje percutáneo, nefrectomía.

Hospital Clínico Universidad
de Chile, Santiago

Departamento de Urología (JFO,

OSC, JFM, FMG, DVF)

Departamento de Medicina Sección

Infectología (AFC)*

Facultad de Medicina,

Universidad de Chile

Estudiantes de Medicina (JFO, AV,
DVF)

Recibido: 4 de agosto de 2003

Aceptado: 4 de mayo de 2009

Correspondencia a:

Alberto Fica Cubillos

albertofica@gmail.com

*AFC trabaja actualmente en

Hospital Militar de Santiago, Chile

Introducción

Los abscesos renales y peri-renales corresponden a infecciones supuradas que comprometen el riñón y/o el espacio perinefrítico^{1,2}. Son infrecuentes pero potencialmente letales, con cifras de mortalidad que en los primeros reportes alcanzaban 50% a pesar de un drenaje adecuado².

No existe una presentación clínica característica del absceso renal y se debe sospechar frente a la presencia de síntomas de infección urinaria que no responden a un tratamiento antimicrobiano adecuado. En pacientes diabéticos y ancianos, esta presentación puede ser aún más vaga y el examen físico muchas veces no refleja la gravedad de la infección, por lo que el diagnóstico se retrasa aumentando el riesgo de mala evolución y su letalidad. Es debido a esto que el diagnóstico definitivo se realiza mediante imágenes.

Las características epidemiológicas de esta patología han cambiado durante las últimas décadas. En la época pre-antimicrobiana predominaban los microorganismos grampositivos, asociados a traumatismos ocupacionales, especialmente en el sexo masculino. Hoy en día, estos cuadros son más frecuentes en mujeres, predominando las bacterias gramnegativas, y se deben generalmente a una complicación tardía de una infección urinaria, espe-

cialmente si ésta se asocia con la presencia de urolitiasis³. Otros factores de riesgo descritos incluyen diabetes mellitus, obstrucción ureteral, reflujo vesico-ureteral, uso de drogas endovenosas e inmunosupresión.

La cirugía y el uso de antimicrobianos son los pilares fundamentales del tratamiento. Durante los últimos años, y debido a los avances en el estudio de imágenes, han surgido como alternativas varias estrategias mínimamente invasoras tales como el drenaje percutáneo, el uso de *pigtales* o la nefrostomía, que han obviado la necesidad de procedimientos quirúrgicos.

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia clínica y terapéutica sobre esta patología acumulada durante 11 años en nuestro centro asistencial.

Pacientes y Métodos

Mediante registros computacionales disponibles en el Servicio de Estadística, se identificaron casos de pacientes con el diagnóstico de absceso renal y peri-renal, ingresados a diferentes servicios clínicos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 1996 y 2006. Se revisaron los registros clínicos y se obtuvieron datos demográficos como sexo, edad, síntomas, factores de riesgo, estudio de laboratorio y de imágenes. En los

412



casos en que fue posible aislar un microorganismo, ya fuese del absceso o el urocultivo, se registró la información pertinente.

En todos los casos se obtuvo el número de días de estadía, el lugar de hospitalización (sala general, cuidados intermedios o cuidados intensivos) y el tratamiento reali-

zado, ya fuese médico (sólo tratamiento antimicrobiano), invasor (definición arbitraria para la instrumentación con *pigtail*, drenaje percutáneo o nefrostomía) y/o quirúrgico (aseos quirúrgicos o nefrectomía). Se registró la respuesta al tratamiento y la condición al egreso. Cuando fue posible, se realizó un seguimiento hasta un año desde la fecha del alta con el fin registrar los casos de recidiva.

En relación a las complicaciones, se agrupó a los pacientes en cinco grandes categorías: disfunción renal, disfunción hepática, *shock* séptico, nefrectomía, muerte. Cuando hubo deceso se indagó acerca de su causa. Todos los datos fueron ingresados a una base de datos digital (programa SPSS v12). Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas con un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Características de los pacientes. Se identificaron 44 casos en el período bajo estudio. La edad promedio de los pacientes fue de 49,9 años (rango 6-81 años) y sólo dos pacientes tenían menos de 15 años (4,5%). La mayoría fue observada en mujeres (77,3%). Entre los factores de riesgo se encontraron: uso previo de antimicrobianos en el último mes (40,9%), diabetes mellitus (38,6%), litiasis urinaria (36,4%), infección urinaria previa (11,4%) y el antecedente de alguna cirugía o procedimiento urológico durante los últimos 3 meses (9,2%) (Tabla 1).

Características clínicas y de laboratorio. Los principales síntomas al ingreso fueron dolor lumbar (81,8%), fiebre (70,5%) y síntomas urinarios (34,1%) (Tabla 1).

Más de 75% del total presentó leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva (PCR), y más de la mitad ingresó con elevación de creatininemia ($> 1,2$ mg/dl) (Tabla 1).

Sólo en 72,1% de los casos se pudo contar con informe del urocultivo disponible en el registro clínico (Tabla 2). El urocultivo fue positivo para algún microorganismo en aproximadamente 60% de los casos donde éste fue solicitado. En más de la mitad de los casos en los que se aisló un microorganismo ($n = 19$), éste correspondió a *Escherichia coli* (Tabla 2). Aproximadamente en 40% de los casos se identificaron agentes no habituales como *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* sp, *Proteus vulgaris* y *Enterococcus* sp, correspondiendo este último a 10% del total de microorganismos aislados (Tabla 2).

El informe de cultivo del absceso constaba en el registro clínico solamente en 9 casos, desconociéndose lamentablemente si se solicitó en todos los pacientes. Los agentes más frecuentes fueron *E. coli* y *K. pneumoniae* (Tabla 3). Sin embargo, sólo en tres de estos casos (un tercio) hubo concordancia entre el urocultivo y el agente identificado en el absceso. Estos casos correspondieron

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio. Abscesos renales y peri-renaes (n: 44). Hospital Clínico Universidad de Chile.	
Características demográficas	Frecuencia
Edad promedio en años (rango, desviación estándar)	49,9 (6-81; 17,8)
Sexo	
Hombres	10 (22,7%)
Mujeres	34 (77,3%)
Factores asociados	
Litiasis urinaria	16 (36,4%)
Diabetes mellitus	17 (38,6%)
Infección urinaria previa	5 (11,4%)
Uso de antimicrobianos último mes	18 (40,9%)
Cirugía o procedimiento urológico (últimos tres meses)	4 (9,2%)
Síntomas	
Fiebre	31 (70,5%)
Dolor lumbar	36 (81,8%)
Síntomas urinarios	15 (34,1%)
Hematuria	7 (15,9%)
Parámetros de laboratorio al ingreso	
Leucocitos por mm ³	
< 11.000	10 (24,3%)
11.000-16.900	15 (36,6%)
17.000-25.000	14 (34,2%)
> 25.000	2 (4,9%)
PCR mg/L	
< 20	1 (2,9%)
20 - 100	3 (8,8%)
> 100	30 (88,2%)
Creatininemia mg/dl	
< 1,2	12 (48%)
1,2 - 2,8	12 (48%)
> 2,8	1 (4%)
Sedimento urinario	
Leucocituria	30 (68,2%)
Placas de pus	2 (4,5%)
Rodillos	22 (50%)
Hematuria	26 (59,1%)



a abscesos asociados a *E. coli* en dos pacientes con urocultivos positivos con resultado polimicrobiano, asociados a *Proteus* y *Enterococcus* sp, respectivamente. El tercer paciente tuvo un cultivo de absceso positivo a *Enterococcus* sp, en quien también se tuvo un urocultivo polimicrobiano (*Enterococcus* sp y *Proteus* sp)

Tabla 2: Análisis del urocultivo
Abscesos renales y peri-renales (n=44)
Hospital Clínico Universidad de Chile

Análisis del urocultivo	Frecuencia
Con urocultivo disponible n/N(%)	32/44 (72,1%)
Urocultivo positivo sobre el total disponible	19/32 (59,4%)
Microorganismo	
<i>Escherichia coli</i>	18 (94,7%)
<i>Enterococcus</i> sp	1 (5,3%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 (5,3%)
<i>Enterobacter agglomerans</i>	1 (5,3%)
<i>Proteus vulgaris</i>	1 (5,3%)
<i>Enterococcus</i> sp + <i>Proteus mirabilis</i>	1 (5,3%)

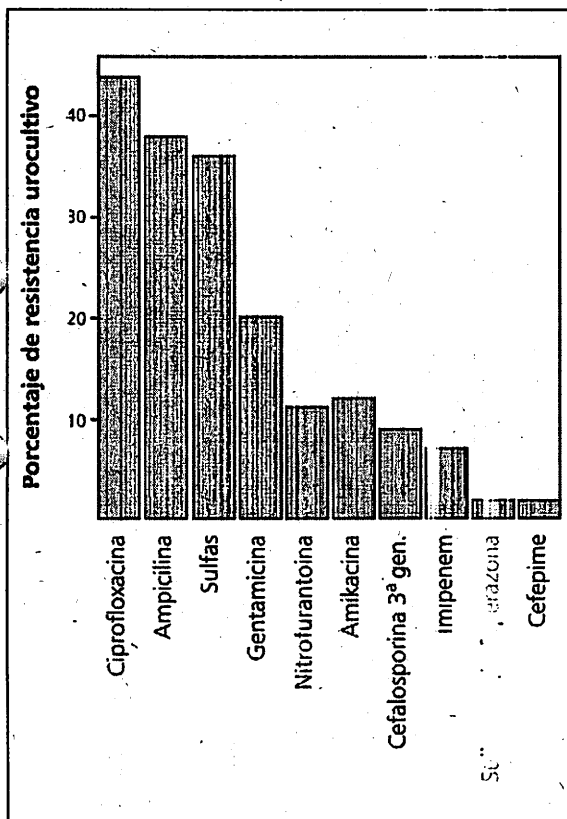


Figura 1. Porcentaje de resistencia a los diferentes antimicrobianos. Abscesos renales y peri-renales (n: 44). Hospital Clínico Universidad de Chile.

En un paciente se identificó *S. aureus* en el absceso (Tabla 3), asociado a la presencia de un cálculo coraliforme en el riñón, sin evidencias de otro foco del cual pudiese haber provenido el agente. En tres pacientes se identificaron abscesos con cultivos polimicrobianos, dos de ellos con las asociación de enterobacterias-*Enterococcus* sp, y un caso con *E. coli* asociada a *Fusobacterium* sp. En este último caso, la paciente presentó, concomitantemente, una sepsis de foco abdominal por diverticulitis, asumiéndose un mecanismo patogénico de contigüidad.

La resistencia reportada en el urocultivo para los diferentes antimicrobianos se informa en la Figura 1. Destaca el alto porcentaje de resistencia a quinolonas, ampicilina, sulfas, aminoglucósidos e incluso nitrofurantoína y cefalosporinas de 3ª generación.

La principal ubicación o tipo correspondió a los abscesos renales (43,2%) y en segundo lugar a la piodonefrosis (25%). La tercera modalidad fue para abscesos peri-renales (18,2%, Tabla 4). No se observó una distribución asimétrica entre abscesos en el lado derecho o izquierdo (Tabla 4).

Tabla 3: Cultivo del absceso
Abscesos renales y peri-renales (n=44)
Hospital Clínico Universidad de Chile

Cultivo del absceso	Frecuencia
<i>Escherichia coli</i>	2 (22,2%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2 (22,2%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 (11,1%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 (11,1%)
Cultivo polimicrobiano	3 (33,3%)
Total	9 (100%)

Tabla 4: Frecuencia de abscesos renales y peri-renales según su ubicación anatómica (n=44). Hospital Clínico Universidad de Chile

Ubicación	Frecuencia	Derecho	Izquierda
Renal	19 (43,2%)	13	6
Piodonefrosis	11 (25,0%)	3	8
Peri-renal	8 (18,2%)	3*	3*
Peri-renal-piodonefrosis	2 (4,5%)	2	0
Otros	4 (9,1%)	2	2
Total	44 (100%)	23 (51,8%)	19 (43,2%)

*2 casos peri-renales sin información sobre lateralidad.



418

Tabla 5. Modalidad de tratamiento: médico, invasor o quirúrgico según ubicación de abscesos renales y peri-renales (n = 44). Hospital Clínico Universidad de Chile.				
Ubicación	Tratamiento médico solamente (%)*	Pigtail, drenaje percutáneo o nefrostomía (%)*	Aseo quirúrgico o nefrectomía (%)*	Total
Renal	7 (36,8%)	6 (31,6%)	6 (31,6%)	19
Peri-renal	1 (12,5%)	4 (50,0%)	3 (37,5%)	8
Pionefrosis	1 (9,1%)	7 (63,6%)	3 (27,3%)	11
Peri-renal-pionefrosis	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2
Otros	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Total	9 (20,5%)	22 (50,0%)	13 (29,5%)	44
* como porcentaje de la ubicación				

Tabla 6. Tratamiento antimicrobiano utilizado como primera opción. Abscesos renales y peri-renales (n = 44). Hospital Clínico Universidad de Chile.		
Antimicrobiano	Frecuencia	Promedio días de uso
Cefalosporinas 3ª gen	23 (51,8%)	8
Ciprofloxacina	12 (27,3%)	10
Imipenem/cilastatina	2 (4,5%)	9
Cefalosporinas 1ª gen	2 (4,5%)	10
Clindamicina	1 (2,3%)	5
Sulbactam/cefoperazona	1 (2,3%)	3
Vancomicina	1 (2,3%)	15
Total	42* (95,5%)	8,6
* Con información disponible.		

Tratamiento. Se analizó en base a la ubicación del absceso y si éste fue llevado a cabo según tres condiciones excluyentes: sólo antimicrobianos, técnicas mínimamente invasoras o cirugía. En términos globales, la principal estrategia terapéutica fue el uso de técnicas mínimamente invasoras (n = 22; 50%). El aseo quirúrgico (n = 4) o la nefrectomía (n = 9) fueron aplicadas en 29,5% de los casos. Sólo 20,5% (n = 9) de los pacientes fue sometido a un tratamiento médico exclusivo (Tablas 5 y 6). En orden decreciente, los compuestos más utilizados como antimicrobianos correspondieron a cefalosporinas de 3ª generación y quinolonas (Tabla 6). La mayor parte de los pacientes (n = 33; 75%) recibió un tratamiento antimicrobiano combinado y el resto (n = 11; 25%) monoterapia.

Del total de abscesos renales o de ubicación peri-renal, la mayor parte fue manejado con terapia antimicrobiana aislada o procedimientos mínimamente invasores (pigtail, drenaje percutáneo o nefrostomía; 68,4 y 62,5%, respectivamente). El aseo quirúrgico y la nefrectomía fueron utilizados en una fracción menor, cercana al tercio de los casos (Tabla 5).

Es importante señalar que las técnicas mínimamente invasoras presentaron un crecimiento importante como alternativa terapéutica a partir del año 2002. Antes de dicha fecha tan sólo fueron utilizadas en tres oportunidades, aumentando significativamente a 19 casos luego de ese año (p < 0,005 por la prueba de Chi cuadrado, Tabla 7).

De las cinco complicaciones consideradas, la más frecuente correspondió a disfunción renal (n = 15; 34,1%), luego nefrectomía (n = 9; 20,5%) y shock séptico (n = 6; 13,6%). En esta serie se reportaron además dos fallecimientos (letalidad 4,5%), ambos debidos a falla multiorgánica secundaria a shock séptico, observados en el grupo tratado con técnicas mínimamente invasoras (Tabla 7).

La presencia de edad mayor a 60 años, diabetes

Tabla 7. Forma de resolución según la ubicación de abscesos renales y peri-renales (n = 44). Hospital Clínico Universidad de Chile.				
Período	Forma de resolución		Tratamiento quirúrgico	Total
	Sólo antimicrobianos	Técnicas mínimamente invasoras		
1998-2001*	6	3	7	16
2002-2006*	3	3	6	12
Total	9	6	13	28
Letalidad	-	2	-	2
Reconvalecencia	-	5	1	6
* p < 0,005 por prueba de χ^2 para distribución de proporciones según período.				



415

mellitus, litiasis renal o el uso previo de antimicrobianos no se asoció al desarrollo de disfunción hepática o renal, shock séptico o a la necesidad de nefrectomía ni aseos quirúrgicos. Asimismo, el tipo de tratamiento no influyó en el desarrollo de estas complicaciones o en el desenlace fatal que tuvieron algunos pacientes (datos no mostrados). Sin embargo, los pacientes seleccionados para nefrostomía tuvieron menos riesgo de ingresar a UCI respecto a otras modalidades (Odds Ratio 0,083 IC_{95%} 0,008-0,911).

Se observó una tendencia a una mayor estadía hospitalaria según gravedad, utilizando como marcador el lugar de hospitalización. Los tres pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos tuvieron un promedio de 29 días de estadía (DS \pm 21,9), los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios (n = 3) tuvieron un promedio de hospitalización de 16,3 días (DS \pm 8) y los pacientes internados en sala general (n = 1) presentaron una hospitalización promedio de 11,2 días (DS \pm 6); estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas al aplicar una prueba no paramétrica.

Se estudió la recidiva hasta un año posterior a la cual fue posible llevar a cabo en 32 pacientes con seguimiento registrado hasta ese momento. De ellos se reportó recidiva en 6 casos (18,7%), ocurriendo en dos de ellos durante el primer mes. Las recidivas fueron observadas en pacientes tratados con técnicas mínimamente invasoras o quirúrgicas (Tabla 7).

Discusión

El diagnóstico de un absceso renal y peri-renal, tanto en adultos como niños, se hace dificultoso dada su vaga sintomatología^{2-4,13}. Se manifiestan principalmente con fiebre, calofríos y dolor lumbar. El examen físico generalmente no refleja la gravedad de la infección por lo que el diagnóstico se retrasa aumentando el riesgo de una evolución desfavorable y la letalidad.

Además de la sospecha clínica es importante la confirmación mediante imágenes, siendo la TAC el examen de elección⁵. Un tratamiento efectivo incluye el uso de antimicrobianos orales y endovenosos.

Los factores asociados con una pobre respuesta al tratamiento antimicrobiano son: abscesos de gran tamaño, uropatía obstructiva, reflujo vésico-ureteral grave, diabetes mellitus, edad avanzada e infecciones por microorganismos formadores de gas. El drenaje quirúrgico se debe considerar cuando no existe una mejoría clínica dentro de los tres primeros días de tratamiento. En el caso que exista uropatía obstructiva se debe de comunicar la vía urinaria lo más rápidamente posible. La nefrectomía se reserva para los casos en que existe un daño extenso y difuso del parénquima renal y en aquellos pacientes mayores en quienes la sobrevida depende de un manejo quirúrgico agresivo⁶.

La mayoría de los trabajos chilenos publicados referentes al tema, datan de fines de la década de los ochenta por lo que encontramos necesario publicar nuestra experiencia. La mayor serie nacional fue publicada por Baeza y cols en el año 1988, la que incluyó 55 casos de abscesos peri-renales.³ Dentro de los resultados, se encontró un claro predominio en el sexo femenino, afectando más frecuentemente al grupo etario entre la cuarta y la sexta década de vida. Los síntomas predominantes fueron dolor, fiebre y compromiso del estado general. Como patologías asociadas, las más frecuentemente encontradas fueron litiasis renal (45%) y diabetes mellitus (21,8%). Dichos resultados son similares a los presentados por Prieto y cols en 1985, quienes describieron un claro predominio en mujeres, mayores de 50 años, siendo el dolor, masa palpable y fiebre los principales síntomas⁷.

En ambos trabajos los principales agentes aislados desde el absceso correspondieron a *E. coli*, *Klebsiella* sp, *Proteus* sp y *S. aureus*. Como tratamiento, la mayor parte fue sometida a lumbotomía y drenaje quirúrgico. El drenaje percutáneo fue utilizado en una minoría.

Los datos anteriormente expuestos difieren en algunos aspectos a los reportados en nuestra serie. Si bien la epidemiología es similar, manteniendo un claro predominio en el sexo femenino y afectando al grupo etario entre 40 y 60 años, las patologías asociadas han cambiado. La diabetes mellitus se presenta como el mayor factor asociado, observándose en 38,6% de los pacientes, debiéndose este aumento a una mayor incidencia de dicha patología crónica en nuestra población. La microbiología también ha experimentado modificaciones; si bien *E. coli* sigue siendo el microorganismo más frecuentemente aislado, *S. aureus* ya no es encontrado de forma frecuente y en nuestra serie solamente fue reportado en un caso. Dicho cambio puede ser explicado ya que antiguamente existía un predominio de este agente en los hombres debido a una mayor incidencia de trauma ocupacional, correspondiendo por lo tanto, la principal vía a diseminación por contigüidad. Actualmente, la mayoría de los microorganismos se diseminan de forma ascendente, predominando aquellos encontrados en la vía urinaria como los bacilos gramnegativos. En el caso de *Fusobacterium*, su presencia puede ser atribuida a la concomitancia de un proceso diverticular complicado con diseminación del agente al riñón del paciente.

Las complicaciones fueron frecuentes en nuestra serie, destacando una letalidad de 4,5%, la disfunción renal, el shock séptico y la necesidad de nefrectomía en 20% de los casos. En esta serie, las dos muertes, secundarias a un shock séptico, correspondieron a pacientes mayores de 65 años y portadores de diabetes mellitus. En ambos casos se trató de un absceso de ubicación peri-renal.

Desafortunadamente, no todos estos pacientes contaron con un estudio microbiológico óptimo, careciendo casi un

1515
416

tercio de ellos de un urocultivo para el estudio de esta patología. Además, otro 30% se presentó con un urocultivo negativo, determinando ambos factores, la ausencia de información necesaria para poder enfocar adecuadamente la antibioterapia. Por otra parte, se pudo determinar que la resistencia de los agentes identificados en esta serie es mayor en porcentaje lo descrito en pacientes ambulatorios en Chile, destacando el alto porcentaje de resistencia a ciprofloxacina, superior al 40%, cifra ostensiblemente mayor a lo reportado en pacientes no hospitalizados.⁸⁻⁹ Las altas tasas de resistencia y la alta frecuencia de agentes inhabituales (sólo 63% asociada a *E. coli*, Tabla 2), no son sorprendentes en la población afectada por esta patología, que incluye el uso previo de antimicrobianos y antecedentes de infección urinaria (Tabla 1). Por otra parte, el cultivo del absceso demuestra, en ocasiones, una patología polimicrobiana no reconocible desde el urocultivo o que implica otros mecanismos patogénicos como en el caso de *Fusobacterium*. Todos estos casos señalan las complejidades de la selección de una terapia antimicrobiana inicial actual en estos pacientes.

Otra diferencia importante respecto a otras series nacionales, es el claro predominio de técnicas mínimamente invasoras en lugar de la intervención quirúrgica (~57% versus ~30%) y el mayor uso de estas alternativas terapéuticas en los últimos años.¹⁰⁻¹¹ Este hecho refleja los avances tecnológicos y la masificación de estos procedimientos, llevados a cabo, la mayoría de las veces, por radiólogos intervencionales con excelentes resultados. La asociación entre nefrostomía y un menor riesgo de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos descrita en este trabajo, no indica necesariamente una mayor ventaja del procedimiento, sino que puede explicarse como una selección de pacientes menos graves.

Nuestro trabajo tiene varias limitaciones, incluyendo su naturaleza retrospectiva que impide rescatar la totalidad de la información clínica relevante (como por ejemplo datos precisos sobre el momento de la toma del urocultivo -antes o después del inicio de los antimicrobianos- o asociación con bacteriemia -la que no aparecieron como antecedente de la ficha clínica en caso alguno- y con variaciones en las técnicas para el procesamiento de los hemocultivos durante los 11 años de estudio). Asimismo, no existió una estandarización en los procedimientos diagnósticos y en las opciones terapéuticas, el bajo tamaño de la muestra impide encontrar asociaciones significativas y no se pudo contar con datos sobre el nivel de control o daño tisular asociado a diabetes mellitus como factor de riesgo. No

obstante, da cuenta de la morbilidad y letalidad asociada a esta condición y de los cambios terapéuticos asumidos en los últimos años. Tampoco es posible, por el diseño descriptivo de este trabajo, contestar la interrogante de si los procedimientos mínimamente invasores influyeron en la letalidad o prolongación de la hospitalización, ya que no estuvieron disponibles en forma homogénea desde el comienzo del período bajo análisis y no fueron randomizados como opción terapéutica.

El diagnóstico de los abscesos renales y peri-renaes sigue siendo un desafío para la medicina. Sus características epidemiológicas, las enfermedades asociadas, su etiología y la resistencia antimicrobiana han cambiado en los últimos años¹². Aunque se ha modernizado su enfoque terapéutico, aún mantiene una carga de morbilidad importante y ocasionalmente es capaz de provocar la muerte.

Resumen

Los abscesos renales son eventos infrecuentes pero potencialmente letales. **Objetivo:** Conocer sus características clínicas, diagnóstico y evolución. **Metodología:** Se efectuó un trabajo descriptivo-retrospectivo con los casos detectados entre 1996 y el 2006 en un centro universitario. **Resultados:** Se identificaron 44 pacientes (edad promedio 49,9 años) asociados en algunos casos a diabetes mellitus (38,6%), litiasis urinaria (36,4%) o infección urinaria previa (11,4%). Los microorganismos más frecuentes fueron *Enterobacteriaceae* (44,4%) y 33,3% de los cultivos fueron polimicrobianos. *Staphylococcus aureus* se identificó infrecuentemente. La estrategia terapéutica principal fue el uso de técnicas mínimamente invasoras (pigtails, drenaje percutáneo o nefrostomía; 50%), y luego quirúrgicas (nephrectomía o aseos quirúrgicos; ~30%). Sólo 20,5% fue tratado exclusivamente con antimicrobianos. Los procedimientos mínimamente invasores se usaron en forma progresiva después del 2001 ($p < 0,005$). La letalidad en esta serie fue 4,5% ($n = 2$) y 13,6% ($n = 6$) desarrolló shock séptico. La nephrectomía se aplicó en 9 casos (20,5%). Los pacientes seleccionados para nefrostomía tuvieron menos riesgo de ingresar a UCI (Odds Ratio 0,083; IC_{95%} 0,008-0,911). **Conclusiones:** Los abscesos renales son causa de morbilidad mayor aunque de baja letalidad. Su estrategia terapéutica ha ido cambiando en los últimos años a favor de procedimientos mínimamente invasores como los drenajes percutáneos y/o endoscópicos.



Referencias

- 1.- Trucco C, Vilches J, Zambrano N, Domínguez J. Abscesos renales y perinefríticos 28 casos. Rev Chil Urol 1996; 61: 85-9.
- 2.- Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, Mazzucchi E, Marmio Lucon A, Srougi L. Renal and perinephric abscesses: Analysis of 65 consecutive cases. World J Surg 2007; 31: 431-6.
- 3.- Baeza R, Rojas O, Vargas R. Absceso perinefrítico, Análisis de 55 Casos. Rev Chil Urol 1988; 51: 162-5.
- 4.- Bhat YR. Renal subcapsular abscess. Indian Pediatr 2007; 44: 546-7.
- 5.- Puvaneswary M, Bisits A Hosken, B. Renal abscess with paranephric extension in a gravid woman: Ultrasound and magnetic resonance imaging findings. Australas Radiol 2005; 49: 230-2.
- 6.- Rai C, Karan C, Kayastha BA. Renal and perinephric abscesses revisited. MJAFI 2007; 63: 223-5.
- 7.- Prieto J, Ramírez H. Abscesos perinefríticos. Rev Chil Urol 1989; 52: 86-8.
- 8.- Fica A, Pino A, Ramírez P, Brunel V, Triantafilo V. Susceptibilidad ante diferentes antimicrobianos en aislamientos de *Escherichia coli* de infecciones urinarias ambulatorias en Santiago. Rev Hosp Clínico U Chile 1998; 9: 232-7.
- 9.- Fica A, Díaz P, López M, Zamorano J, Leiva A, Villalobos C. Altos niveles de resistencia en *Escherichia coli* causante de infecciones urinarias en una comunidad rural del área metropolitana. Rev Chil Infect 1999; 16: 120-6.
- 10.- Meng MV, Mario LA, McAninch JW. Current treatment and outcomes of perinephric abscesses. J Urol 2002; 168: 1337-40.
- 11.- Shu T, Green J, Orihuela E. Renal and perirenal abscesses in patients with otherwise anatomically normal urinary tracts. J Urol 2004; 172: 148-50.
- 12.- Schaeffer A, Schaeffer E. Infections of the Urinary tract. Campbell – Walsh Urology. Ninth edition, 2007. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp 273-379.
- 13.- Dembry L, Andriole V. Renal and perirenal abscesses. Infect Dis Clin North Am 1997; 11: 663-80.



ARTÍCULO ORIGINAL

Pielonefritis xantogranulomatosa. Experiencia en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y revisión de la literatura

Leos C.,¹ Shuck C.,¹ Camarena H.,¹ Vázquez L.,¹ Cantellano M.,¹ Andrade D.,¹ Fernández A.,¹ Lamm L.,¹ Márquez J.C.,¹ Pacheco C.,¹ Morales G.,¹ Parraguirre S.,² Calderón F.²

RESUMEN

Antecedentes. La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) es una entidad infecciosa poco común, crónica y severa, que por lo general cursa con destrucción renal difusa, asociándose con litiasis e infección crónica.

Objetivo. Presentar la experiencia en PXG durante 17 años del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, en el cual se revisaron los expedientes de todos los pacientes sometidos a nefrectomía en un periodo comprendido desde septiembre de 1989 hasta julio de 2006, identificando principalmente los casos con pielonefritis crónica y PXG, así como la relación de ésta última con litiasis, infección crónica, diabetes mellitus y exclusión renal por gammagrafía. Se excluyeron los pacientes con cáncer renal.

Resultados. Se revisaron 148 expedientes de casos de nefrectomías en 17 años. Se excluyeron 82 con diagnóstico de cáncer renal. De los 66 restantes, 32 (47.7%) tenían diagnóstico histopatológico de pielonefritis crónica, 3 (4.4%) con TB renal, uno con absceso renal (1.5%), dos por trauma renal (3%) y

SUMMARY

Xanthogranulomatous pyelonephritis is a very uncommon, chronic and severe infectious entity; it generally presents with diffuse renal destruction, and it's associated with lithiasis and chronic infection.

General objective. The 17 years of experience in xanthogranulomatous pyelonephritis at Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez" is presented in this study.

Specific objective. To show the direct relation between xanthogranulomatous pyelonephritis, lithiasis, chronic infection and diabetes.

Material and methods. The clinic files of all patients that underwent nephrectomy in a period between september of 1989 and july of 2006 were reviewed. Xanthogranulomatous pyelonephritis cases were identified. The relation with lithiasis, chronic infection and diabetes mellitus was also identified. All cancer patients were excluded of this study.

Results. 148 clinical files patients that underwent to nephrectomy in 17 years were reviewed; 82 patients with renal cancer were excluded from the study. Of the 66 patients left, 32 (47.7%) had chronic pyelonephritis, three (4.4%) renal tuberculosis, one renal

IDivisión de Urología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México. 2 Servicio de Patología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

Correspondencia: Hospital General "Dr. Manuel Gea González", División de Urología, Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, CP 14000, México, D.F. Tel: 5665-3511 ext. 173; Fax: 5665-7681.

419

dos con nefrocalcinosis (3%); 25 (38.8%) tuvieron diagnóstico histopatológico de PXG, 22 de ellos eran del sexo femenino (84%) y tres masculinos (16%); la edad de presentación tuvo una media de 43.2 años (20-68); 96% (24 pacientes) se asoció con litiasis; 32% (ocho pacientes) tenía diagnóstico de diabetes mellitus y 96% presentaban exclusión renal al momento de la cirugía.

Discusión. En la literatura se reporta que la PXG es una entidad poco común, con una incidencia de 0.6 a 1.4% de los riñones extirpados por inflamación, relacionándose con litiasis y procesos inflamatorios crónicos, y en ocasiones, con micosis y cáncer.

Conclusiones. A pesar de que en la literatura mundial los reportes de la incidencia de PXG es muy baja, en nuestra institución el porcentaje encontrado fue mayor que los casos de tuberculosis, abscesos y trauma renal, correspondiendo a casi 40% de los riñones extirpados por inflamación, teniendo una relación de hasta 32% con diabetes y 96% con litiasis.

Palabras clave: pielonefritis xantogranulomatosa, infección de vías urinarias, litiasis, pielonefritis crónica.

abscess (1.5%), two by renal trauma (3%) and two had nephrocalcinosis (3%); 25 (38.8%) had histopathologic diagnose of xanthogranulomatous pyelonephritis [22 (84%) were female and 3 (16%) were male]; the mean age of presentation was 43.2 years (range 20-68 years); 96% (24 patients) had association with lithiasis; 32% (eight patients) had diabetes mellitus and 96% had renal exclusion at the time of the surgery.

Discussion. Xanthogranulomatous pyelonephritis is a very uncommon, chronic and severe infectious entity; it has an incidence from 0.6 to 1.4% of the kidneys extirpated by inflammation, being related to chronic lithiasis and inflammatory processes and in some occasions to mycosis and cancer. **Conclusions:** World-wide literature reports that the incidence of xanthogranulomatous pyelonephritis is very low. In our institution, this cases occurs greater than tuberculosis, abscesses and renal trauma cases, corresponding to almost 40% of the kidneys extirpated by inflammation, having a 32% relation with diabetes, and 96% with lithiasis.

Key words: Xanthogranulomatous pyelonephritis, urinary tract infection, chronic pyelonephritis, lithiasis.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la pielonefritis xantogranulomatosa es poco frecuente, en una gran cantidad de informes se describen los factores predisponentes, la presentación clínica, las características radiográficas, así como los diversos hallazgos histopatológicos específicos y la asociación con otros trastornos patológicos.

La pielonefritis xantogranulomatosa es considerada como la gran simuladora por su gran parecido con otros estados patológicos como cáncer renal, de urotelio, hidronefrosis, pionefrosis y absceso renal con cálculos o sin ellos, tuberculosis y otras enfermedades granulomatosas.¹⁻³

La nefrectomía parcial o total con drenaje, así como el tratamiento médico con buen éxito en algunas series reportadas, son los métodos quirúrgicos de elección para la pielonefritis xantogranulomatosa.⁴⁻¹⁰ El diagnóstico preoperatorio de la pielonefritis

xantogranulomatosa es difícil, y por lo general, el diagnóstico será sólo por medio del estudio histopatológico. Asimismo, el tratamiento quirúrgico dependerá del trastorno patológico. La infección localizada en el riñón suele resolverse con drenaje, pero si se extiende más allá del riñón, se necesitará un procedimiento más radical.

Los estudios de imagen, como la urografía excretora y el ultrasonido, reportan información limitada en algunos casos, siendo la tomografía computada (TC) la de mayor especificidad.^{4,5,11,12} La infiltración de la infección renal hacia fascias adyacentes, músculo, intestino, hígado, páncreas y pulmón no es fácil de demostrar con procedimientos como la urografía excretora, nefrotomografía, pielografía ascendente, arteriografía, gammagrama y/o ultrasonido renal, siendo una vez más la TC el estudio de elección para demostrar la extensión.

46
420

Por lo tanto, se refuerza como el estudio más preciso para el diagnóstico preoperatorio de la pielonefritis xantogranulomatosa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el cual se revisaron los expedientes de todos los pacientes sometidos a nefrectomía en un periodo comprendido desde septiembre de 1989 a julio de 2006, identificando los casos de pacientes con cáncer renal, cáncer de urotelio, tuberculosis renal, absceso renal, trauma renal, pielonefritis crónica y pielonefritis xantogranulomatosa, así como la relación de esta última con litiasis, infección crónica, diabetes mellitus y exclusión renal por gammagrafía. Se excluyeron los pacientes con cáncer renal y se incluyeron en el estudio todos los casos de las patologías restantes ya mencionadas.

RESULTADOS

Se revisaron 148 expedientes de casos de nefrectomías realizadas desde septiembre de 1989 hasta julio de 2006. De éstos, 77 eran masculinos (52%) y 71 femeninos (48%). La edad media de presentación fue 54 años, con un rango de 14 a 86 años. De los 148 pacientes, 82 tuvieron diagnóstico de cáncer renal, por lo que se fueron excluidos del estudio. De los 66 pacientes restantes, 32 (47.7%) tenían diagnóstico histopatológico de pielonefritis crónica, tres (4.4%) con TB renal, uno (1.5%) con absceso renal, dos por trauma renal (3%) y dos con nefrocalcinosis (3%); 25 (38.8%) tuvieron diagnóstico histopatológico de pielonefritis xantogranulomatosa (Figura 1); 22 de éstos eran del sexo femenino (84%) y tres masculinos (16%) (Figura 2). La edad de presentación tuvo una media de 43.2 años, con un rango de 20-68; 96% (23 pacientes) se asoció con litiasis; 32% (ocho pacientes) tenía diagnóstico de diabetes mellitus, sólo

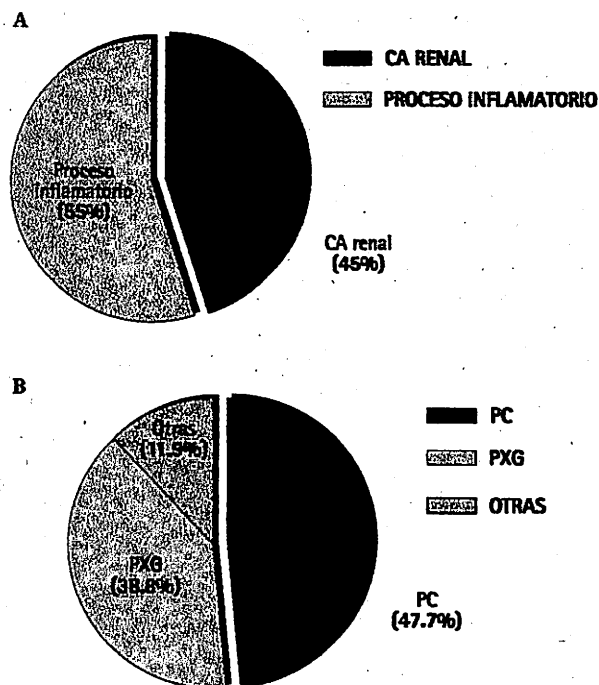


Figura 1. A) Proporción de pacientes llevados a nefrectomía por cáncer renal y por procesos inflamatorios. B) Porcentaje de pacientes con diagnóstico de pielonefritis crónica, pielonefritis xantogranulomatosa y otros padecimientos.

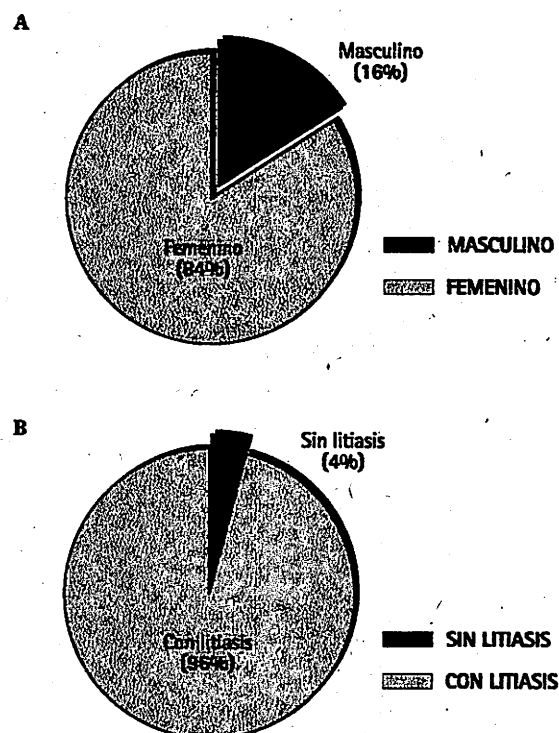


Figura 2. A) Pacientes del sexo masculino y femenino. B) Relación con litiasis.

441
421

siete pacientes presentaron diabetes mellitus y litiasis en forma simultánea (28%) y 96% presentaba exclusión renal al momento de la cirugía.

DISCUSIÓN

De acuerdo con las series reportadas, la pielonefritis xantogranulomatosa es una patología poco frecuente. Desde su descripción original en 1916 por Schlagenhause, se han reportado más de 800 casos.^{1,11} En numerosas series se reporta como una variedad bien conocida de la pielonefritis y representa 0.6% de los casos comprobados por histopatología,^{6,11} y afecta principalmente a pacientes del sexo femenino. En nuestro estudio, correspondió a 38% de los casos y 96% de ellos eran pacientes del sexo femenino; sin embargo, también se han reportado casos en edades pediátricas.^{3,6,11,13} Su etiología no está del todo identificada, pero en apariencia es multifactorial: en 75% de los casos reportados, es frecuente la litiasis. Otros factores relacionados son la infección crónica de vías urinarias con obstrucción o sin ella, así como en pacientes diabéticos, pero en muy baja proporción; sin embargo, en nuestra serie, hasta 32% de los pacientes con pielonefritis xantogranulomatosa se asoció con esa entidad.

La pielonefritis xantogranulomatosa es un proceso infeccioso crónico con destrucción renal en que el parénquima dañado es reemplazado por infiltrado inflamatorio mixto.

Respecto a los hallazgos histopatológicos frecuentes se observan a simple vista en el parénquima renal nódulos amarillentos difusos, material purulento y usualmente litiasis; microscópicamente se observan los macrófagos espumosos o histiocitos cargados de lípidos. Malek y Elder clasifican la pielonefritis xantogranulomatosa en tres etapas, según la extensión del proceso: etapa I, limitada al riñón; etapa II, limitada a grasa perirrenal y; etapa III, con afección a órganos vecinos.^{1,6,11,14}

Por lo general, el cuadro clínico se caracteriza por dolor en flanco o hipocondrio, fiebre, pérdida de peso, tumoración palpable, anemia, leucocitosis, piuria, etcétera.^{11,13-14} Clínicamente, si un paciente tiene una tumoración renal, con litiasis e infección urinaria, así como función renal deteriorada o ausente pueden

sugerir la presencia de pielonefritis xantogranulomatosa.^{1,14,15}

En la evaluación con imágenes radiológicas, la pielonefritis xantogranulomatosa presenta litiasis en hasta 50% de los casos en las series reportadas; sin embargo, en nuestro hospital, la litiasis se presentó en 96%. En la mayoría de las series, es común encontrar que la función renal se encuentra deteriorada. En nuestro estudio, 96% de los casos presentaban exclusión renal por gammagrama. Se reporta en varias series que los casos en los que hay áreas focales de pielonefritis xantogranulomatosa, existe desplazamiento del sistema pielocaliceal, lo cual puede crear la confusión para el diagnóstico diferencial con una neoplasia renal. En estos casos, el diagnóstico diferencial mediante ultrasonido es muy difícil, y en ocasiones hasta imposible, por lo que para ello se valora la utilidad de la TC, reportándose en varias series con una certeza diagnóstica de 85 a 90%.^{5,11,12,16}

CONCLUSIONES

A pesar de que en la literatura mundial los reportes de la incidencia de pielonefritis xantogranulomatosa es muy escasa, en nuestra institución el porcentaje encontrado fue mayor que los casos de tuberculosis, abscesos y trauma renal, correspondiendo a 38% de los riñones extirpados por inflamación, teniendo una relación de hasta 32% con diabetes y con litiasis hasta en 96%. Con una relación de diabetes y litiasis de manera simultánea en 28% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matthews GJ, McLorie GA, Churchil BA, Steckler RE, Khoury EA. Xanthogranulomatous pyelonephritis in pediatric patients. *J Urol*. 1995;153:1958-9.
2. Pérez LM, Thrasher JB, Anderson EA. Successful management of bilateral xanthogranulomatous pyelonephritis by bilateral partial nephrectomy. *J Urol*. 1993;149(1):100-2.
3. Pedrosa C. Pielonefritis xantogranulomatosa, diagnóstico por imagen, Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
4. Eastham J, Ahlering T, Skinner E. Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical findings and surgical considerations. *Urology*. 1994;43(3):295-9.

5. Nataluk E. Xanthogranulomatous pyelonephritis, the gatekeeper's dilemma: a contemporary look at an old problem. *Urology*. 1994;45:377.
6. Solomon A, Braf Z, Papo J, Merimsky E. Computerized tomography in xanthogranulomatous pyelonephritis. *J Urol*. 1983;130(2):323-5.
7. Louzuruca R, Felipe A, Serra A, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis and systemic amyloidosis: report of 2 cases and the natural history of the association. *J Urol*. 1991;146(6):1603-6.
8. Elkhammas E, Mutabaqani KH, Sedmak DD, Tesi RJ, Henry ML, Ferguson RM. Xanthogranulomatous pyelonephritis in renal allografts: report of 2 cases. *J Urol*. 1994;39:281.
9. Huidmsin TK, Sands JP. Focal xanthogranulomatous pyelonephritis associated with renal cell carcinoma. *Urology*. 1992;39(3):281-4.
10. Scully R. A case records of the Massachusetts General Hospital. *New Eng J Med*. 1995;174.
11. Claes H, Vereecken R, Oyen R, Van Damme B. Xanthogranulomatous pyelonephritis with emphasis on computerized tomography scan. Retrospective study of 20 cases and literature review. *Urology*. 1987;29(4):389-93.
12. Minfan C. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *AJR*. 1995;165:1008.
13. Bazeed M, Nabeeh A, Atwan N. Xanthogranulomatous pyelonephritis in bilhalzial patients: a report of 25 cases. *J Urol*. 1989;141(2):261-4.
14. Chuang CK, Lai MK, Chank PL, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: experience in 36 cases. *J Urol*. 1992;147(2):333-6.
15. Arango O, Rosales A, Gelabert A. Xanthogranulomatous pyelonephritis with nephrocutaneous fistula at the knee. *Brit J Urol*. 1991;67(6):654-5.
16. Jones BE, Nanra RS, Grant AB, Ferguson, NW. Xanthogranulomatous pyelonephritis in renal allograft: a case report. *J Urol*. 1989;14(4):926-7.

Pielonefritis xantogranulomatosa: Estudio retrospectivo de 8 casos

Dres. Diego Miguel Soriano M, Juan Manuel Sanchís G, María del Carmen Gómez M, Sandra Emilia González I, Julio Palmero D.

1. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.
2. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.
3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.
4. Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia. España.
5. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Xanthogranulomatous pyelonephritis: a retrospective study of 8 cases

Abstract: We have revised the clinical, radiological and pathological characteristics of Xanthogranulomatous pyelonephritis (XGP), together with the evolution of the disease and a literature review of the same. A retrospective study was performed at our center, obtaining a sample of 8 pathologically confirmed cases which we used to describe the clinical and diagnostic features. Of the 8 cases (1 male and 7 female), 6 of them presented complicated renal colic, one presented asthenia and weight loss and the other case was an incidental finding. The initial diagnosis was achieved with ultrasonography in 2 of the cases and with CT in all of the cases, all being confirmed by a histopathological study.

Keywords: Calculi (lithiasis), Multidetector CT, Pyelonephritis, Xanthogranuloma.

Resumen: Hemos revisado las características clínicas, radiológicas y patológicas de la pielonefritis xantogranulomatosa junto con la evolución de la enfermedad y una revisión bibliográfica de la misma. Se realiza un estudio retrospectivo en nuestro centro, obteniendo una muestra de 8 casos confirmados por anatomía patológica a través de los que describimos las características clínicas y diagnósticas. De los 8 casos (1 varón y 7 mujeres), 6 de ellos debutaron como cólico renal complicado, 1 se presentó con astenia y pérdida de peso y el otro caso fue un hallazgo incidental. El diagnóstico inicial se realizó mediante ecografía en 2 casos y TC en todos los casos, siendo confirmados todos mediante estudio histopatológico. Palabras clave: Litiasis, Pielonefritis, TC multidetector, Xantogranuloma.

Soriano M, et al. Pielonefritis xantogranulomatosa: Estudio retrospectivo de 8 casos. Rev Radiol 2013; 19(3): 97-102.

Correspondencia: Dr. Miguel Soriano M. / disome72@hotmail.com

Trabajo recibido el 09 de junio de 2013, aceptado para publicación el 30 de agosto de 2013.

Introducción

La pielonefritis xantogranulomatosa (PNX) fue descrita por primera vez en 1916 por Schlagenhauser⁽⁴⁾. Se trata de una forma infrecuente de infección crónica renal que afecta principalmente de forma difusa y en escasas ocasiones con distribución focal⁽¹⁻³⁾, siendo necesario en estos casos realizar el diagnóstico diferencial con las neoplasias renales.

Se ha asociado a distintos mecanismos etiopatogénicos como son la obstrucción crónica del tracto urinario, hemorragia, insuficiencia arterial, obstrucción

venosa, alteración del sistema inmune, alteración del metabolismo de los lípidos, hiperparatiroidismo y diabetes mellitus^(2,3,5-7).

La entidad es más prevalente entre la quinta y séptima década de la vida y más frecuente en mujeres (70%), a excepción de aquellas que se producen a edades tempranas que no presentan diferencia entre sexos^(2,3).

La clínica es inespecífica y de evolución tórpida, destacando síntomas como astenia, pérdida de peso, dolor en fosa renal y febrícula recurrente. En la ex-

ploración se puede palpar una masa abdominal en los casos más evolucionados y analíticamente puede presentar leucocitosis, anemia, elevación de la velocidad de sedimentación globular, piuria y proteinuria. Aunque los cultivos de orina pueden ser estériles, es posible llegar a aislar diversos microorganismos como la *Escherichia Coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* y *Pseudomonas* ^(8,9).

Existen diversas técnicas de imagen útiles para el diagnóstico inicial, destacando la radiografía abdominal, urografía intravenosa, pielografía retrógrada y angiografía, aunque en la práctica se utiliza la ecografía y la TC por tener mayor sensibilidad y especificidad ⁽¹⁰⁻¹⁷⁾.

La PNX se caracteriza macroscópicamente por una afectación unilateral en la que destaca un riñón agrandado, con hidronefrosis, litiasis, fibrosis y formación de masas redondeadas y parduzcas que pueden extenderse hacia la pelvis renal y espacio perirrenal e incluso formar abscesos y fístulas en los casos más evolucionados ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

El diagnóstico de confirmación es histológico, caracterizado por una mala diferenciación córtico-medular al corte y que a nivel microscópico muestra una infiltración inflamatoria aguda de predominio polimorfonuclear con macrófagos cargados de lípidos intracitoplasmáticos y células gigantes multinucleadas, imagen histopatológica característica que dan nombre a la entidad ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

El tratamiento de elección es la nefrectomía tras la que existe buen pronóstico, no observándose recidivas. La principal, aunque infrecuente complicación es la sepsis postquirúrgica tras la manipulación de un foco infeccioso ^(8,9).

Presentamos 8 casos destacando las características radiológicas, además de los aspectos clínicos y evolutivos de una enfermedad infrecuente que hasta la fecha no ha sido tratada en muchas publicaciones.

Material y métodos

Se dispone de 14 casos recogidos durante un período de 5 años que fueron diagnosticados inicialmente como PNX mediante diversas técnicas radiológicas. De los 14 casos excluimos 6 por no tener confirmación histopatológica, quedando 8 casos. El estudio contó con el consentimiento informado de todos los participantes.

Desde el punto de vista epidemiológico describimos la edad de afectación, el sexo y el riñón lesionado. En cuanto a la clínica describimos la forma de presentación y los datos analíticos más relevantes.

Destacamos las distintas técnicas de radiodiagnóstico empleadas en el diagnóstico inicial de la enfermedad, resaltando aquellas características que son comunes o excepcionales en la manifestación de la entidad.

El examen ecográfico se realizó con una plata-

forma Siemens Sonoline Antares, (Siemens, Lyons, Colorado) con sonda convexa 4-1 MHz.

Las TC abdominopélvicas se realizaron con un equipo Toshiba (Toshiba Medical Systems Corporation, Asian, Ottawa-Shi, Tochig), los tres primeros con un equipo de 16 detectores y los restantes cinco con equipo de 80 detectores con las siguientes características técnicas: TC abdomino-pélvica desde apéndice xifoides hasta sínfisis del púbica, kVp 110 y mAs automático dependiendo del escanograma. Flujo de contraste de 2,5-3 ml/s y un volumen de contraste de 1ml/Kg/peso. Se realizó protocolo en tres fases que incluía una primera fase sin contraste, otra con administración de contraste intravenoso y adquisición de imágenes en fase arterial realizada a los 25 segundos y una última fase venosa a los 65 segundos desde la administración del contraste intravenoso.

Las imágenes fueron evaluadas con el programa Impax versión 6.4.0.4551 de Agfa Healthcare (Agfa Healthcare NV-Corporate Headquarters, Mortsel, Belgium).

Se describe el tratamiento que reciben los pacientes y las características histopatológicas de los casos.

Resultados

De los 8 casos de PNX, 7 fueron mujeres (87,5%) y uno varón (12,5%). La edad media de afectación fue 67 años (rango 42-88 años). El riñón izquierdo se afectó en 4 casos (50%) y el derecho en los otros cuatro (50%).

Las manifestaciones clínicas fueron muy variables, desde un caso asintomático (12,5%), hallazgo incidental tras realizar una TC abdomino pélvica para el estadiaje de un carcinoma rectal, hasta clínica muy manifiesta de cólico nefrítico en 6 casos (75%), mientras que en el caso restante predominó clínica de astenia y pérdida de peso (12,5%).

La analítica se caracterizó en todos los casos por elevación de la creatinina por insuficiencia renal obstructiva en relación a litiasis renal. Otro dato común en cuatro casos (50%) fue la leucocitosis. En 4 pacientes el urocultivo fue positivo (50%); en tres frente a *Escherichia Coli* (37,5%) y en otro para *Pseudomona Aeruginosa* (12,5%). En los otros cuatro pacientes el urinocultivo fue negativo (50%).

En los 6 casos (75%) que cursaron con cólico nefrítico, se realizó primeramente radiografía abdominal y posteriormente ecografía abdominal para valorar la dilatación del sistema excretor. En los otros dos pacientes (25%) la primera prueba de imagen que se realizó fue la TC.

En los 6 casos con clínica de cólico nefrítico (75%) la radiografía de abdomen mostró agrandamiento de la silueta renal. En dos de estos pacientes se observó litiasis localizada en el sistema excretor y en uno la litiasis presentaba un aspecto coraliforme.

445.
425

Con la ecografía se observó en el riñón afectado un agrandamiento del tamaño cráneo-caudal por encima de los límites de la normalidad (entre 12 y 18 cm) junto con marcada dilatación del sistema pielocalicial. En cuatro de los seis casos estudiados por cólico nefrítico se identificaron estructuras hiperecogénicas con sombra acústica posterior en relación con litiasis del sistema pielocalicial. La cortical presentaba marcada heterogeneidad con áreas hiperecogénicas y otras hipoecogénicas (Figura 1).

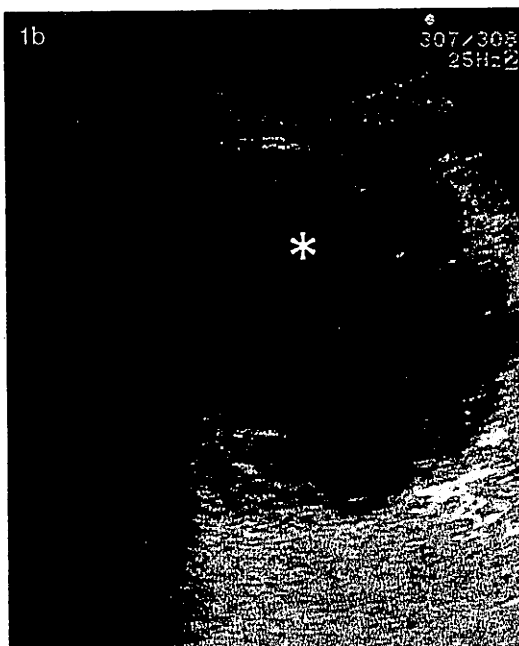


Figura 1. Ecografía abdominal en modo B. a) Litiasis coraliforme (flecha). b) Lesión nodular con aumento de tamaño y desestructuración renal con marcada heterogeneidad, observando áreas hipoecogénicas (asterisco) e hiperecogénicas (cruz).

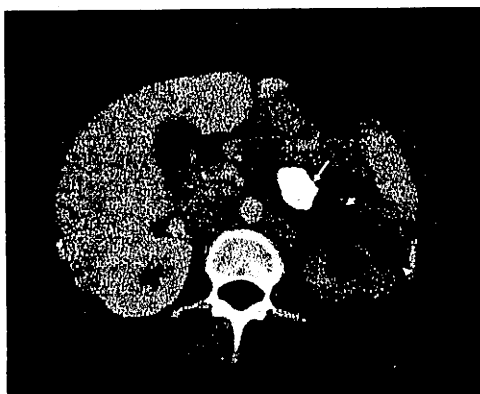


Figura 2. TC abdomino pélvica con administración de contraste intravenoso, plano axial. Se observa agrandamiento de silueta renal, litiasis impactada en pelvis renal (flecha larga), dilatación del sistema pielocalicial (flecha corta) y adelgazamiento de cortical renal (punta de flecha).

Mediante TC en 6 casos se observó aumento del tamaño renal, cortical adelgazada con captación de contraste y dilatación de los distintos grupos calicales. Además se detectó la presencia de litiasis impactada en pelvis renal en 4 casos y en dos casos localizada en tercio medio y distal (Figura 2). En todos los pacientes se identificó trabeculación de la grasa perirrenal y engrosamiento de la fascia pararenal por cambios inflamatorios (Figura 3). En dos casos no se detectó litiasis en vía excretora apareciendo únicamente los últimos cambios descritos.



Figura 3. TC abdomino pélvica con administración de contraste intravenoso, plano axial donde se observaba agrandamiento de silueta renal junto con nodularidad (no mostrado) y presencia de colecciones organizadas en parénquima renal derecho (flecha), mostrando el signo radiológico característico de "pata de oso" que representa la sustitución del parénquima renal por áreas necróticas y xantomatosas con realce de cortical renal tras administración de contraste intravenoso.

En todos los pacientes se practicó una nefrectomía radical tras la cual no se produjeron complicaciones postquirúrgicas inmediatas ni tardías.

Las piezas quirúrgicas fueron estudiadas en anatomía patológica confirmando el diagnóstico de PNx. Macroscópicamente todos los riñones mostraban un aumento de tamaño (el mayor de ellos de 20 cm de longitud cráneo-caudal), además de presentar hidronefrosis marcada junto con una mala delimitación córtico-medular. El tejido perirrenal se caracterizaba por encontrarse firmemente adherido al parénquima renal y por presentar tractos fibrosos de coloración blanquecina. En el estudio histopatológico se observó la presencia de numerosa celularidad inflamatoria mixta constituida por linfocitos y polimorfonucleares con predominio de estos últimos, acompañados de células plasmáticas, macrófagos espumosos y células gigantes multinucleadas (Figuras 4, 5).

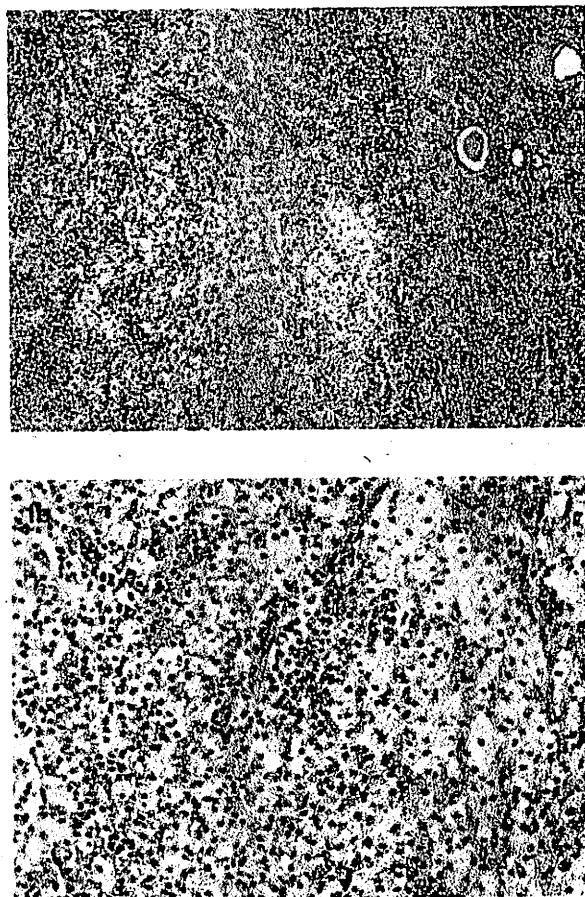


Figura 4. a) Pequeño aumento la lesión, se caracteriza por un infiltrado inflamatorio mixto con fibrosis del parénquima adyacente (hematoxilina-eosina, 40x). b) El infiltrado inflamatorio muestra un predominio de histiocitos xantomatosos de núcleos redondeados y regulares junto a polimorfonucleares y linfocitos (hematoxilina-eosina, 100x).

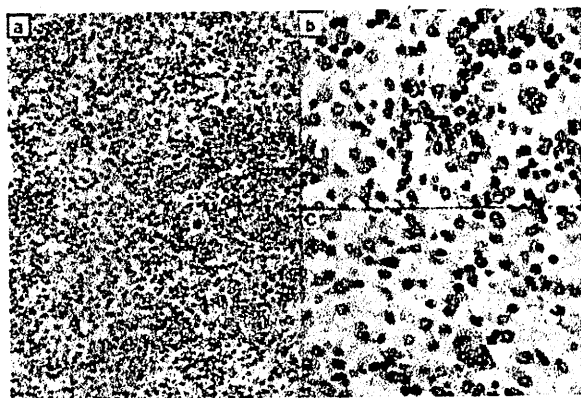


Figura 5. a) El infiltrado inflamatorio está compuesto de un número variable de histiocitos xantomatosos con citoplasma espumoso, neutrófilos y linfocitos que forman agregados (hematoxilina-eosina, 100x). b y c) Detalles de la imagen anterior donde se observa la presencia de células gigantes multinucleadas (flecha) (hematoxilina-eosina, 200x).

Discusión

Desde la primera descripción de esta enfermedad por Schlagenhauser en 1916⁽⁴⁾, la PNx continúa siendo una enfermedad con muy baja incidencia en la población, representando menos del 1% de las pielonefritis crónicas. Existen pocas publicaciones sobre esta entidad hasta la fecha y menos aún desde la perspectiva radiológica.

En nuestro grupo de pacientes la enfermedad apareció más frecuentemente en mujeres (7:1), con una media de edad de 58 años, afectación unilateral y asociada a litiasis en todos los casos, con una evolución clínica de tipo crónico y síntomas de tipo cólico nefrítico, al igual que la mayoría de las publicaciones realizadas hasta la fecha^(22,23). También se ha descrito la presentación como síndrome constitucional con pérdida de peso y astenia^(5,6,12,13,23) como sucedió en uno de nuestros pacientes. Otra forma de presentación es la palpación de una masa abdominal en la exploración^(6,22,23) situación que no se dio en ninguno de nuestros casos. Con menor frecuencia la enfermedad puede ser detectada como hallazgo incidental al realizar estudios por otra causa⁽²³⁾ como ocurrió en uno de nuestros casos.

Al igual que en la mayoría de los casos publicados hasta la fecha, nuestros pacientes presentaron analíticamente leucocitosis y elevación de los niveles de creatinina^(5,6,23). Por el contrario no se observaron otras alteraciones como la anemia, elevación de la fosfatasa alcalina y de transaminasas descritas en diversos estudios^(1,5,6,22,23).

El urocultivo fue positivo en la mitad de los casos (50%). Este hallazgo también fue observado por Malek y Elder^(1,8,9). Los cultivos negativos se explican porque estos pacientes presentan verdaderos abscesos renales encapsulados y obstrucción de la

vía urinaria por litiasis, que aíslan los gérmenes de la vía excretora^(1,8,9).

Se han descrito diversos mecanismos etiopatogénicos entre los que se encuentra la obstrucción crónica del tracto urinario, hemorragia, insuficiencia arterial, obstrucción venosa, alteración del sistema inmune, alteración del metabolismo lipídico, hiperparatiroidismo y diabetes mellitus. En la literatura se ha descrito la presencia de diabetes mellitus en las distintas series que oscila entre 5-40%⁽⁶⁾. En nuestra serie dos pacientes padecían esta enfermedad (25%). Por el contrario otros autores no han descrito asociación con esta entidad⁽⁷⁾. De los otros factores etiopatogénicos descritos se encontró asociación con obstrucción crónica de la vía excretora en los otros seis pacientes (75%).

Los hallazgos radiológicos más destacables fueron agrandamiento renal, y litiasis coincidiendo con otras publicaciones⁽¹⁰⁻¹⁶⁾. La radiografía simple de abdomen permite visualizar litiasis, generalmente coraliforme y agrandamiento de la silueta renal⁽¹⁸⁻²⁰⁾ como ocurrió en uno de nuestros casos. La ecografía permite demostrar la desestructuración del parénquima, con patrón de hidronefrosis avanzada Figura 1⁽¹¹⁻¹⁹⁾ al igual que sucedió en seis de nuestros casos. La TC puede mostrar agrandamiento renal, presencia de litiasis, dilatación de vía excretora, adelgazamiento cortical, presencia de colecciones peri o pararenales, cambios inflamatorios de la grasa peri o pararenal o incluso trayectos fistulosos a piel^(10, 11,14-17). Se ha descrito el signo de la "pata de oso" que representa la sustitución del parénquima renal por áreas de necrosis o colecciones xantomatosas, imitando una dilatación calicial y realce periférico tras administrar contraste intravenoso Figura 3⁽¹⁶⁾. En nuestros pacientes la TC mostró agrandamiento renal, adelgazamiento cortical, dilatación de la vía excretora urinaria y cambios inflamatorios en tejido adyacente, acorde con lo publicado por otros autores Figuras 2, 3^(10,11,14-17).

El diagnóstico diferencial se debe hacer con tumoraciones renales mediante el estudio anatómopatológico que muestra macroscópicamente un riñón desestructurado, aumentado de tamaño con pobre delimitación córtico-medular y sustitución de su apariencia habitual por un tejido amarillento parduzco de aspecto adiposo, además de la presencia de cavidades quísticas^(19,20). Microscópicamente existe infiltración inflamatoria difusa (pielonefritis crónica) caracterizada por polimorfonucleares, linfocitos, células plasmáticas, histiocitos cargados de lípidos denominados células espumosas, y células gigantes multinucleadas^(19,20). Estas células espumosas son la que le dan el apellido de xantogranulomatosa a esta enfermedad.

Los tumores renales asociados a PNX son infrecuentes. Ballesteros⁽²¹⁾, menciona en su revisión el 1.7%, siendo los adenocarcinomas renales los más

fréquentes seguidos por los uroteliales con una incidencia muy inferior. Los tumores son prácticamente de imposible sospecha en el preoperatorio, ya que están enmascarados por este tipo de pielonefritis requiriendo de un diagnóstico histopatológico. Estos tumores se asocian a urolitiasis de larga evolución e infección urinaria crónica, como factores predisponentes⁽²³⁾. En nuestra serie de casos no se observaron lesiones neoplásicas tras el estudio histopatológico.

En las distintas publicaciones la mortalidad fue entre el 10 y 24% asociándose en la mayoría de casos a sepsis postquirúrgica^(1,6,11,13,21). Al finalizar la revisión de este tema, ninguno de los pacientes de nuestra serie había fallecido.

El número de casos presentado de esta infrecuente entidad que ha sido objeto de estudio hasta la fecha en escasas publicaciones, es uno de los aspectos más positivos de este trabajo, por el contrario, el pequeño tamaño de la muestra limita la potencia estadística de nuestros resultados.

En conclusión, la PNX es una forma infrecuente de pielonefritis crónica que presenta fuerte asociación con litiasis renal, hidronefrosis obstructiva y caracterizada por una clínica variable, desde formas asintomáticas a cuadros clínicos constitucionales y cólicos nefríticos. Desde el punto de vista diagnóstico las diversas técnicas radiológicas nos aproximan al diagnóstico inicial siendo imprescindible la confirmación histopatológica de la enfermedad. El tratamiento de elección es la nefrectomía. La mortalidad se asocia en la mayoría de casos a complicaciones postquirúrgicas por sepsis.

Bibliografía

1. Malek RS, Elder JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a critical analysis of 26 cases and of the literature. J Urol 1978; 119(5): 589-593.
2. Malek RS, Greene LF, De Weerd JH, Farrow GM. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Br J Urol 1972; 44: 296-308.
3. Anhalt MA, Cawood CD, Scott R. Xanthogranulomatous pyelonephritis: comprehensive review with report of four additional cases. J Urol 1971; 105: 10-17.
4. Schlagenhauser F. Über eigentümliche staphylomykosen der nieven und des pararenalen bindegewebes. Frankfurt Z Pathol 1916; 19: 139-148.
5. Korkes F, Favoretto RL, Broglio M y cols. Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical experience with 41 cases. Urology 2008; 71: 178-180.
6. Sobel J. Infecciones urinarias. Mandell GL, Benett JE, Dolin R. Principios y prácticas en enfermedades infecciosas. 5ª Ed. Editorial Panamericana 2002. pp. 60.
7. Berrah-Bennaceur M, Farad AB. La pyelonéphrite xantho-granulomateuse. Approche étiopathogénique á propos de deux cas. Sem Hop Paris 1999; 75: 1362-1367.
8. Leoni AF, Luque A, Sambuelli R, Valverde J. Pielonefritis xantogranulomatosa asociada a flora polimicrobiana. Rev Pan Infec 2004; 6: 23-27.

9. Watt I, Kristesen IB. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Arch Path Microbial Scand Sect A 1980; 89: 89.
10. Alam A, Chander BN. Xanthogranulomatous pyelonephritis: Diagnosis using Computed Tomography. MJAFI 2004; 6: 86-88.
11. Rajesh A, Jakanani G, Mayer N, Mulcahy K. Computed Tomography Findings in Xanthogranulomatous Pyelonephritis. J Clin Imaging Sci 2011; 1: 45.
12. Hartman DS, Davis CJ, Goldman SM, Ibister SS, Sanders R. Xanthogranulomatous pyelonephritis: sonographic-pathologic correlation of 16 cases. J Ultrasound Med 1984; 3: 481-488.
13. Kim J. Ultrasonographic features of focal xanthogranulomatous pyelonephritis. J Ultrasound Med 2004 Mar; 23(3): 409-416.
14. Zorzos I, Moutzouris V, Korakianitis G, Katsou G. Analysis of 39 cases of Xanthogranulomatous pyelonephritis with emphasis on CT and findings. Disponible en: www.eurorad.org/ECR02/sciprg/abs/pc/0378.htm; 2000.
15. Craig WD, Wagner BJ, Travis MD. Pyelonephritis: radiologic-pathologic review. Radiographics. 2008; 28: 255-277.
16. Bernstein T, Cabrera R, Barbieri M, Soffia P. El signo la "pata de oso" en TC. Rev Chil Radiol 2011; 17(1): 44-46.
17. Loffroy R, Guin B, Watfa J, Michel F, Cercueil JP, Krausé D. Xanthogranulomatous pyelonephritis in adults: clinical and radiological findings in diffuse and focal forms. Clin Radiol 2007 Sep; 62(9): 884-890.
18. Saeed SM, Fine G. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Am J Clin Pathol 1963; 39: 616-625.
19. Hammond NA, Nikolaidis P, Miller FH. Infectious and inflammatory diseases of the kidney. Radiol Clin North Am 2012 Mar; 50(2): 259-270.
20. McDonald GSA. Xanthogranulomatous pyelonephritis. J Pathol 1981; 133: 203-213.
21. Rosoff JS, Raman JD, Del Pizzo JJ. Feasibility of laparoscopic approach in management of Xanthogranulomatous pyelonephritis. Urology 2006; 68: 711-714.
22. Ballesteros Sampol J. Inusuales formas clínicas de presentación y asociaciones patológicas raras de la pielonefritis xantogranulomatosa. Arch Esp Urol 2002; 55(2): 119-130.
23. Tiguert R, Gheiler EL, Yousif R, Tefilli MV, Mills K, Grignon DJ et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as a Renal tumor with vena cava thrombus. J Urol 1998; 160: 117-118.

BIMUNDO
by Vistazo Group
UN MUNDO DE SOLUCIONES EN IMAGEN

NUESTROS PRODUCTOS ASEGURAN EFICACIA,
SEGURIDAD Y CONFORT PARA EL PACIENTE Y LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD



BIMUNDO HEALTHCARE:

Es una empresa cercana a las necesidades del cliente, ofreciendo soluciones innovativas e integrales a través de una amplia gama de productos, de comprobada calidad y conforme a los nuevos estándares de acreditación.

Nuestros suministros y accesorios aseguran una óptima protección y seguridad para el paciente, el conjunto médico y el equipamiento tecnológico del centro.

UN MUNDO DE OPCIONES EN RADIOLOGÍA, ULTRASONIDO,
RESONANCIA, MEDICINA NUCLEAR/PET, CT

CURRICULUM VITAE

- Fecha de nacimiento : 11/02/1974
- Estado civil: Casado
- Cédula : 89000516
- Dirección: Carrera 19 No. 12 - 50 Megacentro Pinares - Pereira Consultorio 505 - Torre 1
- Teléfono - Celular: 3211500 - 3162994484
- E-mail: jhoyos12@gmail.com

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Médico año social obligatorio núcleo de atención primaria cascajal Cali
Servicio de salud municipal Cali, Colombia (1998 - 1999) .

- Médico unidad de cuidado intensivo fundación valle del lili
Fundación clínica valle del Lili Cali, Colombia (1999 - 2001) .

- Urólogo Centro Clínico Militar Valdivia
Ejército de Chile (2003 - 2004) .

- Urología Clínica Santa Maria
Santiago - Chile (2004- 2005)

- Centro Médico Redmedica
Consulta Urológica Santiago - Chile (2004 - 2005)

- Urólogo Hospital San Jorge (Pereira)

- Urólogo Clinica Comfamiliar (Pereira)

- Urólogo Liga contra el cáncer (Pereira)

- Urólogo Saludtotal EPS (Pereira)

FORMACIÓN

- **Medicina y Cirugía.**

Universidad del Quindío.

Universidad del Valle (1992- 1997)

- **Especialización en Urología.**

Universidad austral de Chile. (2001- 2004)

- **Fellow Cirugía Laparoscópica Urológica.**

Clínica Santa Maria . Universidad de Chile (2004-2005)

CURSOS Y CONGRESOS

- **Congreso Confederación Americana de Urología**

Lima 2013 - Panama 2016

- **Congreso American de Urological Associations**

Orlando Usa 2014

- **Congreso Colombiano de Urología**

Cali - Colombia 2013

- **Congreso Colombiano de Urología**

Cartagena - Colombia 2012

- **Actualización en elementos Hemostáticos CLAP**

Bogota 2011

- **Congreso Confederación Americana de Urología**

Cartagena agosto 2012.

- **Congreso Colombiano de Urología Agosto 2009**

- **Congreso Argentino de Urología Noviembre 2005**

- **XXVII Congreso Chileno de Urología**

Sociedad Chilena de urología. Santiago de Chile. Noviembre 2004

- **Curso Cirugía Laparoscópica avanzada**

Clínica Las Condes, Santiago de Chile Octubre 2004

- **Symposium Laparoscopia Urológica y Endourología**

Clínica Santa Maria, Santiago de Chile. Junio 2004

- **American College of Surgeons "Desafíos en cirugía: Existen?"**

Santiago de Chile. Mayo 2004

14.1.
A.3.1

• **American College of Surgeons Desafíos en Cirugía Urológica**
Santiago de Chile. Mayo 2004

• **XXVI Congreso Chileno de Urología.**
Sociedad Chilena de urología. Noviembre 2003.

• **Jornadas urológicas de la filial sur 2003.**
Sociedad Chilena de Urología. Chillán. Noviembre 2003.

• **Curso internacional de Cirugía Laparoscópica.**
Sociedad Chilena de Urología. Septiembre 2003.

• **Metodología de la Investigación.**
Universidad Austral de Chile. Agosto 2003.

• **XXV Congreso Chileno de Urología.**
Sociedad Chilena de Urología. Chile. Noviembre 2002.

• **Curso de Postgrado Trauma urogenital del adulto y del niño.**
Sociedad Chilena de Urología. Junio 2002.

• **XVI Jornadas Urológicas de la filial sur.**
Sociedad Chilena de Urología. Noviembre 2001.

• **Manejo del Cáncer Prostático localizado.**
Clínica Alemana Santiago de Chile. Abril 2001.

• **Curso de actualización en Medicina basada en la evidencia.**
Fundación Clínica Valle del Lili Cali. Septiembre 2000.

• **Curso de reanimación Cardiocerebropulmonar Avanzada.**
Fundación Clínica Valle del Lili. Cali. Agosto 2000.

142
A32

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 89.000.516

HOYOS MEJIA

APELLIDOS

JORGE ALBERTO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1974

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.88

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

30-JUN-1992 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL SANCHEZ TORRES



A-2400100-00112921-M-0089000516-20081027

0004915045A 1

4570015466

123
437

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

76 25997 1009

Libero

Firma Medico

Nombres y Apellidos
JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA

C.C. o Q.E.
C 89000516

De
ARMENIA

Universidad
QUINDIO

Ciudad
ARMENIA

Código 6981/66

Fecha de Expedición 09/06/06

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1485 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1982
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

424
434

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL GOBERNACIÓN DEL RISARALDA SECRETARÍA DE SALUD	
INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL	
INSCRIPCIÓN No. 762599-89	Fecha 30 de Diciembre de 2005
NOMBRE:	JORGE ENRIQUE HOYOS MEJIA
IDENTIFICACIÓN No.	89005548 de Armenia
PROFESIÓN:	MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN UROLOGIA
SECRETARIO DE SALUD	RISARALDA OTORA PREST. SERV. DE SALUD



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

en atención a que

Jorge Alberto Hoyos Mejía

CC 89.000.516 Armenia

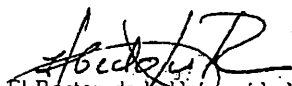
Ha cursado y aprobado los estudios universitarios estatuidos oficialmente
le expide el presente

D I P L O M A

y le confiere el título de

Médico Cirujano

En testimonio de ello firma y sella el presente Diploma en la
Ciudad de Armenia el 26 de Junio de 1998


El Rector de la Universidad


El Decano de la Facultad

Registro No.

511

del Libro de Registro No.

23

Folio No.

511



UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

Acta de Grado

El Suscrito Secretario General de la Universidad del Quindío

CERTIFICA

Que en el libro de ACTAS DE GRADO de la Universidad, figura la siguiente ACTA DE GRADO No. 015, en la ciudad de Armenia, Departamento del Quindío, República de Colombia, a los (26) VEINTISEIS días del mes de JUNIO de mil novecientos NOVENTA Y OCHO 19 98, se cumplió el acto de Graduación de:

JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA
89.000.516

Presidió el acto el Doctor HECTOR POLANIA RIVERA Rector de la Universidad y actuó como secretario el Doctor (a) BERNARDO VELASQUEZ M. quien informó que el aspirante terminó sus Estudios en el año de 19 98, y que el Consejo Académico, mediante el acuerdo No. 043 Diploma No. 0511 del (26) de JUNIO de mil novecientos NOVENTA Y OCHO le confirió el Título de:

MEDICO CIRUJANO

Se autorizó este acto por haberse cumplido todos los requisitos exigidos por los reglamentos de la UNIVERSIDAD. El señor Presidente tomó el juramento al Graduado y le hizo entrega del DIPLOMA que lo acredita como:

MEDICO CIRUJANO

De la UNIVERSIDAD DEL QUINDIO. Para constancia y validez se firma la presente Acta.

HECTOR POLANIA RIVERA

El Rector (Fdo)

DIEGO GUTIERREZ MEJIA

El Decano (Fdo)

BERNARDO VELASQUEZ MAHECHA

El Secretario General (Fdo)

Es copia de su original tomada a los VEINTISEIS (26) días del mes JUNIO de Mil Novecientos NOVENTA Y OCHO

19 98

BERNARDO VELASQUEZ MAHECHA

Secretario General

RESOLUCION No.

76-2599

11 NOV. 1999

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de una profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA en uso de la delegación conferida por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994 y.

CONSIDERANDO

Que JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.89.000.516 expedida en Armenia, solicitó el Registro de su título de MEDICO Y CIRUJANO que le otorgó la UNIVERSIDAD DEL QUINDIO-Armenia, el 26.06.98.

Que dicho título se encuentra registrado en la UNIVERSIDAD DEL QUINDIO, Registro No.511, libro 23, folio 511 del 26.06.98.

Que prestó el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Departamento del Valle, desde el 21.10.98 hasta el 22.10.99.

En consideración este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO

Autorizar a JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA identificado(a) con cédula de ciudadanía No.89.000.516 de Armenia, para desempeñarse como MEDICO Y CIRUJANO en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO

Esta Resolución rige a partir de la fecha de su publicación

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE


OMAR TORO GONZALEZ
Secretario Departamental de Salud

Irlanda E.



Universidad Austral de Chile

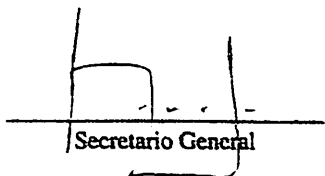
La Universidad Austral de Chile con fecha 5 de Mayo de 2004 ,
en conformidad con las Leyes, Estatutos y Reglamentos vigentes,
confiere a

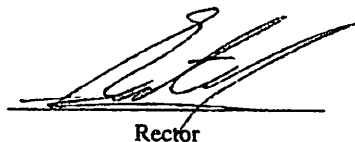
JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA

el Título de ESPECIALISTA EN UROLOGIA

CON DISTINCION MAXIMA

y por lo tanto le otorga el presente Diploma


Secretario General


Rector


Decano

1261
439

CERTIFICADO

Según consta en el Acta de la sesión del Consejo Académico del

5 de Mayo de 2004,

la Universidad Austral de Chile confirió el título de

ESPECIALISTA EN UROLOGIA

a

JORGE ALBERTO HOYOS MEJIA

CON DISTINCION MAXIMA

[Handwritten signature]

Registro Académico Estudiantil

JEFE

[Handwritten signature]

Secretario General

Valdivia, 12 de mayo de 2004

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA SE
ENCUENTRA CONFORME CON SU ORIGINAL
QUE HE TENIDO A LA VISTA

SANTIAGO,

27 JUN 2005





MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 4592

11 OCT. 2005

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL DIRECTOR DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 2230 de 2003 y la Resolución No.2763 del 13 Noviembre de 2003.

CONSIDERANDO:

Que JORGE ALBERTO HOYOS MEJÍA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.89.000.516, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, otorgado el 5 de mayo de 2004 por la UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE - CHILE, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No.2005ER49293 - 23254/05.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2230 de 2003, corresponde al Ministerio de Educación Nacional homologar estudios parciales y convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 5° de la Resolución 1567 del 3 de junio de 2004, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*.

Que los estudios fueron evaluados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME, la cual emitió concepto académico favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se encuentra procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, otorgado el 5 de mayo de 2004 por la UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE - CHILE, a JORGE ALBERTO HOYOS MEJÍA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.89.000.516, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

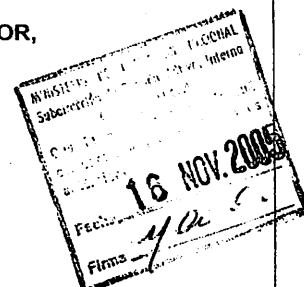
NOTIFÍQUESE Y CÚPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los 11 OCT. 2005

EL DIRECTOR DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR,

JIVÁN FRANCISCO PACHECO ARRIETA

Lcz/23-09-05



CERTIFICADO

Certificamos que

Dr. Jorge Hoyos Mejía

ha participado en calidad de

Residente

en

Programa de Perfeccionamiento en Cirugía Urológica Laparoscópica

organizado por

Unidad de Urología de Clínica Santa María

Por período de un (1) año, comprendido entre:

entre el 1° de Julio de 2004 y el 30 de Junio de 2005


Dr. Octavio Castillo C.

Profesor Adjunto
Depto. De Urología

Fac. de Medicina de la Universidad de Chile


Dr. Juan Pablo Allamand

Médico Director
Clínica Santa María

Santiago, 30 de Junio de 2005

445

SCU

Sociedad Colombiana de Urología®

XLVII Congreso Curso Internacional de Urología

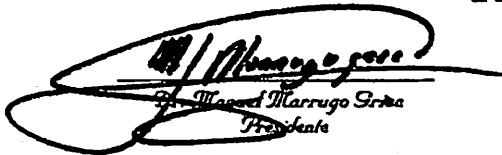
Otorga al Doctor

Jorge Alberto Hoyos Mejía

*por cumplir los requisitos exigidos en los estatutos vigentes
y le confiere la categoría de*


Miembro Correspondiente

*En constancia se firma en la ciudad de Cartagena de Indias,
al día 05 de Septiembre de 2012*




Manuel Marrugo Giraldo
Presidente


Dr. Fabiola Daza Almondales
Secretario Ejecutivo

182
443



**SOCIEDAD COLOMBIANA
DE UROLOGIA**



SCU

Sociedad Colombiana de Urología®

XLVII Congreso Curso Internacional de Urología

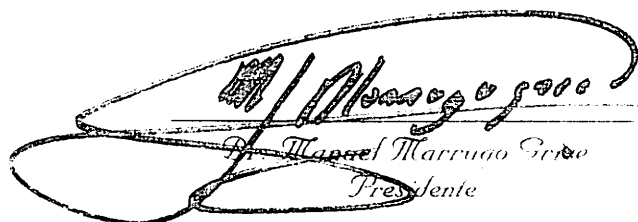
Otorga al Doctor

Jorge Alberto Hoyos Mejía

*por cumplir los requisitos exigidos en los estatutos vigentes
y le confiere la categoría de*

Miembro Correspondiente

*En constancia se firma en la ciudad de Cartagena de Indias,
el día 05 de Septiembre de 2012*


Manuel Marrugo Giraldo
Presidente



Dr. Fabián Daza Almendral
Secretario Ejecutivo

143



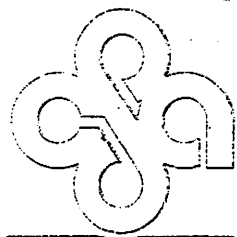
SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA
FILIAL SUR

Por cuanto el Dr. Jorge Hoyos
asistió al evento **XVI JORNADAS DE LA FILIAL SUR DE**
UROLOGIA 2001, organizado por la Sede Osorno.
en calidad de Asistente
los días 5, 6 y 7 de Octubre 2001
SE LE OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO.


Dr. MARKO GJURANOVIC S.
Secretario Filial Sur


Dr. MARCELO LOPETEGUI I.
Presidente Filial Sur

OSORNO, 07 de Octubre de 2001



CLINICA
ALEMANA

**DEPARTAMENTO
CIENTIFICO
DOCENTE**

MANEJO ACTUAL DEL CANCER DE PROSTATA LOCALIZADO

27 Y 28 DE ABRIL DE 2001

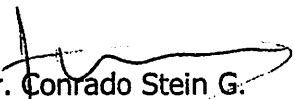
Se otorga el presente certificado a

DR. JORGE HOYOS MEJIA

por su participación en calidad de

ASISTENTE


Dr. Leonardo Badínez V.
Director del Curso


Dr. Conrado Stein G.
Director del Curso


Dr. Claus Krebs W.
Médico Director

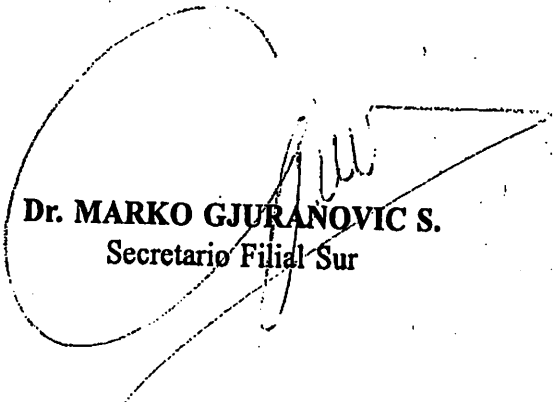
146

485



SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA
FILIAL SUR

Por cuanto el Dr. *Jorge Hoyos*
asistió al evento **XVI JORNADAS DE LA FILIAL SUR DE**
UROLOGIA 2001, organizado por la Sede Osorno.
en calidad de *Asistente*
los días 5, 6 y 7 de Octubre 2001
SE LE OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO.


Dr. MARKO GJURANOVIC S.
Secretario Filial Sur


Dr. MARCELO LOPETEGUI I.
Presidente Filial Sur

OSORNO, 07 de Octubre de 2001



CERTIFICADO

La Sociedad Chilena de Urología, certifica que

JORGE HOYOS MEJIA

ha participado en el Curso de Postgrado "Trauma Urogenital del adulto y del niño", en calidad de

Asistente

efectuado en Santiago los días 19 y 20 de Julio de 2002.

Dr. Reynaldo Gómez I.
Director

Dr. Juan José Prieto W.
Director

un
107

XXV Congreso Chileno
de Urología



CERTIFICADO

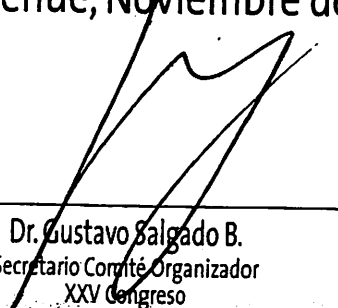
La Sociedad Chilena de Urología, certifica que

JORGE HOYOS MEJIAS


ha participado en el **XXV Congreso Chileno de Urología**, efectuado en Puyehue,
entre el 30 de Octubre y el 2 de Noviembre de 2002, en calidad de

Asistente

Puyehue, Noviembre de 2002.


Dr. Gustavo Salgado B.
Secretario Comité Organizador
XXV Congreso




Dr. Reynaldo Gómez I.
Presidente Comité Organizador
XXV Congreso

188
A 2 9



**DEPARTAMENTO
CIENTIFICO
DOCENTE**

MANEJO ACTUAL DEL CANCER DE PROSTATA LOCALIZADO

27 Y 28 DE ABRIL DE 2001


Se otorga el presente certificado a

DR. JORGE HOYOS MEJIA

por su participación en calidad de

ASISTENTE


Dr. Leonardo Badínez V.
Director del Curso


Dr. Conrado Stein G.
Director del Curso


Dr. Claus Krebs W.
Médico Director



CERTIFICADO

La Sociedad Chilena de Urología, certifica que

JORGE HOYOS MEJIA

ha participado en el Curso de Postgrado "Trauma Urogenital del adulto y del niño", en calidad de

Asistente

efectuado en Santiago los días 19 y 20 de Julio de 2002.

Dr. Reynaldo Gómez I.
Director

Dr. Juan José Prieto W.
Director

140.5
25

XXV Congreso Chileno
de Urología



CERTIFICADO

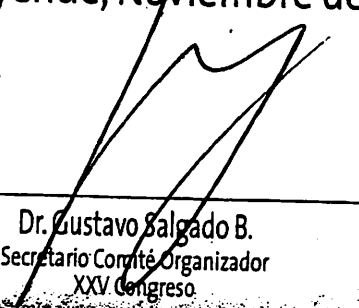
La Sociedad Chilena de Urología, certifica que

JORGE HOYOS MEJIAS


ha participado en el **XXV Congreso Chileno de Urología**, efectuado en Puyehue,
entre el 30 de Octubre y el 2 de Noviembre de 2002, en calidad de

Asistente

Puyehue, Noviembre de 2002.


Dr. Gustavo Salgado B.
Secretario Comité Organizador
XXV Congreso




Dr. Reynaldo Gómez I.
Presidente Comité Organizador
XXV Congreso

144
25



**SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGÍA
FILIAL SUR**

CERTIFICADO

Se otorga el presente Certificado que acredita su Asistencia en las
"XVIII Jornadas Urológicas de la Filial Sur 2003" a:

Dr. Jorge Hoyos Mejía

Encuentro profesional realizado por el "Comité-Organizador de Chillán",
durante los días 03, 04 y 05 de octubre del presente año en el "Gran Hotel
Termas Chillán".



Dr. Hernán Cornejo Hidalgo
Secretario Filial Sur



Dr. Rodrigo Riveri López
Presidente Filial Sur

Chillán, 05 de octubre de 2003.



**SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGÍA
FILIAL SUR**

CERTIFICADO

Durante las "XVIII Jornadas Urológicas de la Filial Sur 2003", efectuadas los días 03, 04 y 05 de octubre del presente, en el "Gran Hotel Termas de Chillán" se otorga el presente Certificado, que acredita presentación de Trabajo a:

Dr. Andrónico Fonerón Burgos

Trabajo libre titulado:

*"Hipertensión renovascular:
experiencia Servicio de Urología, Hospital de Valdivia"*

Realizado en conjunto con los siguientes coautores:

- Dr. Jorge Díaz (Expositor)
- Dr. Jorge Hoyos
- Dr. Dante Corti
- Dr. Luis Troncoso
- Dr. Luis Ebel

Se confiere este documento para fines que los interesados estimen convenientes.

Dr. Hernán Cornejo Hidalgo
Secretario Filial Sur



Dr. Rodrigo Rivero López
Presidente Filial Sur

Chillán, 05 de octubre de 2003.



CERTIFICADO

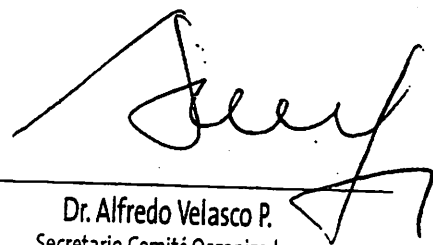
La **Sociedad Chilena de Urología**, certifica que


JORGÉ HOYOS MEJIA

ha participado en el **XXVI Congreso Chileno de Urología**, efectuado en Viña del Mar, entre el 30 de Octubre y el 2 de Noviembre de 2003, en calidad de

Asistente

Viña del Mar, Noviembre de 2003.


Dr. Alfredo Velasco P.
Secretario Comité Organizador
XXVI Congreso


Dr. Ricardo Zubieta A.
Presidente Comité Organizador
XXVI Congreso

144
153



Clínica Las Condes

EN LAS MEJORES MANOS

CERTIFICADO

Se extiende el presente certificado a:

Dr. Jorge Hoyos

Por su asistencia al Curso "Cirugía Laparoscópica Urológica Avanzada" organizado por el Departamento de Urología y la Dirección Académica de Clínica Las Condes, realizado los días 1 y 2 de Octubre de 2004.

Santiago de Chile, Octubre 2004.

Dr. José Miguel Campero P.
Director Curso
Clínica Las Condes

Dr. José Luis Martínez M.
Director Académico
Clínica Las Condes

446
45



505 1000

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO



PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUADA
CURSOS DE ACTUALIZACION

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

La Escuela de Postgrado certifica que: _____

Don JORGE HOYOS MEJIAS

ha participado en la calidad de: Alumno

en el Curso de Actualización "CAMBIANDO PARADIGMAS EN UROLOGIA".

de 10 (diez) horas de duración

efectuado entre el 14 de abril y el 15 de abril del año 2005

Director de curso: Prof. Dr. Christian Huidobro Alvarado

Coordinador de curso: Dr. Juan Cabezas - Dr. Cristian Acevedo


PROF. DR. CHRISTIAN HUIDOBRO A.
DIRECTOR DE CURSO


PROF. DR. CARLOS TORO ALVAREZ
SUBDIRECTOR DE POSTITULO
ESCUELA DE POSTGRADO

SANTIAGO DE CHILE, 15 de abril de 2005



Clínica Las Condes

EN LAS MEJORES MANOS

CERTIFICADO

Se extiende el presente certificado a:

Dr. Jorge Hoyos

Por su asistencia en el Curso de Actualización en Cáncer de Próstata, realizado en Santiago, los días 29 y 30 de Julio de 2005, en el auditorio Mauricio Wainer de Clínica Las Condes.

Santiago de Chile, Julio 30 2005.

Dr. Cristián Ramos

Director Curso

Actualización en Cáncer de Próstata

Dr. José Luis Martínez

Director Académico

Clínica Las Condes

"Un Futuro Multidisciplinario: Despejando Controversias en Urología y Hematología Oncológicas"

8 y 9 DE SEPTIEMBRE DE 2005


Se otorga el presente certificado a

DR. JORGE HOYOS MEJIA

Por su participación en calidad de

ASISTENTE

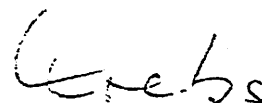
Con un total de 18 horas académicas



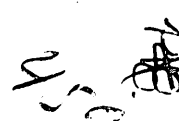
Dr. Pablo Bernier
Director



Dr. Alejandro Majlis
Director



Dr. Claus Krebs
Médico Director



Certificamos que:

Vitagliano, G.; Castillo, O.; Pinto, I.; Cortes, O.; Díaz, M.;
Hoyos, J.; Díaz J.; Olivares, R.; Bejarano, C.; Estrada, J.C.;
Russo, M.

han presentado el Trabajo Científico: O-53

**PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA
TRANSPERITONEAL: RESULTADOS EN 51
PROCEDIMIENTOS CONSECUTIVOS**

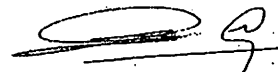
durante el CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA 2005
XLII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología – SAU - XXXV Congreso
de la Federación Argentina de Urología – FAU - XXV Jornadas Rioplatenses
de Urología

realizado del 26 al 29 de octubre de 2005, en el Hilton Buenos Aires Hotel.

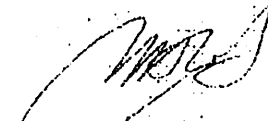
Buenos Aires, 29 de octubre de 2005



Dr. Lorenzo Grippo
Secretario Científico
Sociedad Argentina de Urología



Dr. Norberto M. Fredotovich
Presidente
Sociedad Argentina de Urología



Dr. Miguel A. Costa
Director del Comité de Congresos y Jornadas
Sociedad Argentina de Urología

Comisión Directiva
2005 - 2006

Presidente:
Dr. Norberto Miguel Fredotovich

Vicepresidente:
Dr. Oscar Héctor Damia

Secretario Científico:
Dr. Lorenzo Grippo

Prosecretario Científico:
Dr. Amado José Bechara

Secretario Administrativo:
Dr. Claudio Adrián Rosenfeld

Prosecretario Administrativo:
Dr. Ernesto Omar Rodríguez

Vocales Titulares:
Dr. Pablo Atchabahián
Dr. Hugo Carlos Borgnia
Dr. Emilio Miguel Longo
Dr. Héctor Natalio Malagrino
Dr. Andrés Rebaudi
Dr. Angel Luis Tiscornia

Vocales Suplentes:
Dr. Daniel Jorge Ekizián
Dr. Jorge Enrique Labrador

Órgano de Fiscalización:
Dr. Miguel Angel Costa
Dr. Alberto José Muzio
Dr. Miguel Luis Podestá

Certificamos que:

Comisión Directiva
2005 - 2006

Presidente:
Dr. Norberto Miguel Fredotovich

Vicepresidente:
Dr. Oscar Héctor Damia

Secretario Científico:
Dr. Lorenzo Grippo

Prosecretario Científico:
Dr. Amado José Bechara

Secretario Administrativo:
Dr. Claudio Adrián Rosenfeld

Prosecretario Administrativo:
Dr. Ernesto Omar Rodríguez

Vocales Titulares:
Dr. Pablo Atchabahian
Dr. Hugo Carlos Borgnia
Dr. Emilio Miguel Longo
Dr. Héctor Natalio Malagrino
Dr. Andrés Rebaudi
Dr. Angel Luis Tiscornia

Vocales Suplentes:
Dr. Daniel Jorge Ekizian
Dr. Jorge Enrique Labrador

Organo de Fiscalización:
Dr. Miguel Angel Costa
Dr. Alberto José Muzio
Dr. Miguel Luis Podestá

Vitagliano, G.; Castillo Hoyos, J.; Cortés, O.; Pinto, I.;
Bejarano, C.; Díaz, J.; Estrada, J.C.; Olivares, R.; Russo, M.


han presentado el Trabajo Científico: O-52

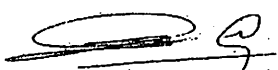
SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCOPICA: EXPERIENCIA INICIAL

durante el CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA 2005
XLII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología – SAU - XXXV Congreso
de la Federación Argentina de Urología – FAU - XXV Jornadas Rioplatenses
de Urología

realizado del 26 al 29 de octubre de 2005, en el Hilton Buenos Aires Hotel.

Buenos Aires, 29 de octubre de 2005


Dr. Lorenzo Grippo
Secretario Científico
Sociedad Argentina de Urología


Dr. Norberto M. Fredotovich
Presidente
Sociedad Argentina de Urología


Dr. Miguel A. Costa
Director del Comité de Congresos y Jornadas
Sociedad Argentina de Urología

Certificamos que:

Comisión Directiva
2005 - 2006

Presidente:
Dr. Norberto Miguel Fredotovich

Vicepresidente:
Dr. Oscar Héctor Damia

Secretario Científico:
Dr. Lorenzo Grippo

Prosecretario Científico:
Dr. Amado José Bechara

Secretario Administrativo:
Dr. Claudio Adrián Rosenfeld

Prosecretario Administrativo:
Dr. Ernesto Omar Rodríguez

Vocales Titulares:
Dr. Pablo Atchabahián
Dr. Hugo Carlos Borgnia
Dr. Emilio Miguel Longo
Dr. Héctor Natalio Malagrino
Dr. Andrés Rebaudi
Dr. Angel Luis Tiscornia

Vocales Suplentes:
Dr. Daniel Jorge Ekizián
Dr. Jorge Enrique Labrador

Organo de Fiscalización:
Dr. Miguel Angel Costa
Dr. Alberto José Muzio
Dr. Miguel Luis Podestá

**Pinto, I.; Castillo, O.; Hoyos, J.; Cortés, G.; Vitagliano, G.;
Russo, M.**


han presentado el Trabajo Científico: V-52

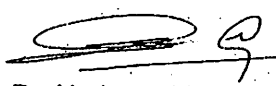
FLAP DE BOARI LAPAROSCOPICO: EL VIDEO

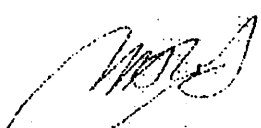
**durante el CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA 2005
XLII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología – SAU - XXXV Congreso
de la Federación Argentina de Urología – FAU - XXV Jornadas Rioplatenses
de Urología**

realizado del 26 al 29 de octubre de 2005, en el Hilton Bueno Aires Hotel.

Buenos Aires, 29 de octubre de 2005.


Dr. Lorenzo Grippo
Secretario Científico
Sociedad Argentina de Urología


Dr. Norberto M. Fredotovich
Presidente
Sociedad Argentina de Urología


Dr. Miguel A. Costa
Director del Comité de Congresos y Jornadas
Sociedad Argentina de Urología

Certificamos que:

Comisión Directiva
2005 - 2006

Presidente:

Dr. Norberto Miguel Fredotovich

Vicepresidente:

Dr. Oscar Héctor Damia

Secretario Científico:

Dr. Lorenzo Grippo

Prosecretario Científico:

Dr. Amado José Bechara

Secretario Administrativo:

Dr. Claudio Adrián Rosenfeld

Prosecretario Administrativo:

Dr. Ernesto Omar Rodríguez

Vocales Titulares:

Dr. Pablo Atchabahian

Dr. Hugo Carlos Borgnia

Dr. Emilio Miguel Longo

Dr. Héctor Natalio Malagrino

Dr. Andrés Rebaudi

Dr. Angel Luis Tiscornia

Vocales Suplentes:

Dr. Daniel Jorge Ekizian

Dr. Jorge Enrique Labrador

Organo de Fiscalización:

Dr. Miguel Angel Costa

Dr. Alberto José Muzio

Dr. Miguel Luis Podestá

Castillo, O.; Pinto, I.; Vitagliano, G.; Hoyos, J., Díaz, M.;
Bejarano, C.; Díaz, J.; Estrada, J.C.; Russo, M.

han presentado el Trabajo Científico: V-14

**URETEROCALICOSTOMIA LAPAROSCOPICA CON
NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA SIMULTANEA EN
ESTENOSIS PIELOURETERAL INTRARENAL CON
LITIASIS RENAL**

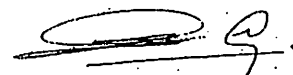
durante el CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA 2005
XLII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología – SAU - XXXV Congreso
de la Federación Argentina de Urología – FAU - XXV Jornadas Rioplatenses
de Urología

realizado del 26 al 29 de octubre de 2005, en el Hilton Bueno Aires Hotel.

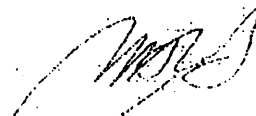
Buenos Aires, 29 de octubre de 2005



Dr. Lorenzo Grippo
Secretario Científico
Sociedad Argentina de Urología



Dr. Norberto M. Fredotovich
Presidente
Sociedad Argentina de Urología



Dr. Miguel A. Costa
Director del Comité de Congresos y Jornadas
Sociedad Argentina de Urología



SCU
Sociedad Colombiana de Urología®


Cartagena de Indias
SEPTIEMBRE 4 al 9 / 2012

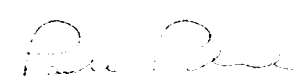
Certifica Que el Doctor
JORGE HOYOS MEJIA

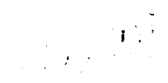
Confederación Americana de Urología

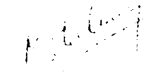
ASISTIÓ AL CONGRESO CAU
COLOMBIA 2012

- XXXI Congreso de la Confederación Americana de Urología
- XLVII Congreso Colombiano de Urología
- XVII Congreso Iberoamericano de Urología Pediátrica


Miguel Castellán, MD, FACS
Presidente
Sociedad Colombiana de Urología


Juan Carlos Plata, MD, FACS
Secretario General
Confederación Americana de Urología


Juan Carlos Plata, MD, FACS
Presidente del Comité Organizacional
Sociedad Colombiana de Urología


Miguel Castellán, MD, FACS
Presidente SCU