

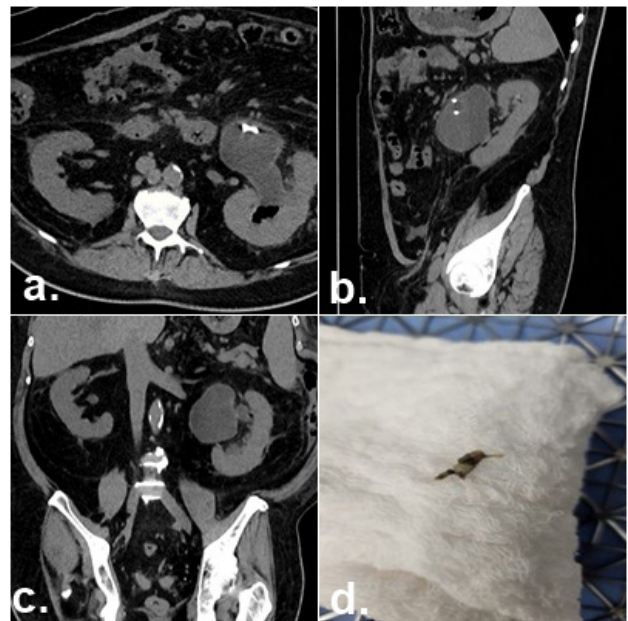
Aspergiloma urinario

Urinary aspergilloma

Stefanya Geraldine Bermúdez-Moyano¹, Juan Santiago Serna-Trejos²

Bermúdez-Moyano SG, Serna-Trejos JS. Aspergiloma urinario. Rev Soc Peru Med Interna. 2023;36(4): - . <https://doi.org/10.36393/spmi.v36i4.803>

Varón de 70 años de edad, que ingresó por síntomas urinarios, fiebre y pérdida de la función renal, con antecedentes clínicos de hipertensión, diabetes mellitus con poco control metabólico y hepatopatía crónica, con múltiples hospitalizaciones en el último año por infecciones urinarias a repetición. En su última estancia, se asoció un proceso obstructivo que requirió de derivación urinaria. La urotomografía reveló una imagen de nodular hiperdensa de localización cortical en el polo inferior asociada con hidronefrosis (Figuras a-c). El urocultivo reveló la presencia de *Aspergillus flavus* >100 000 UFC. Recibió manejo con anfotericina B desoxicolato, sin mejoría. La ureteroscopia diagnóstica evidenció una lesión sugestiva de aspergilosis invasora, por lo que se realizó su resección quirúrgica vía ureteroscopia (Figura d), con posterior coadyuvancia antifúngica, obteniéndose una evolución clínica favorable. La aspergilosis renal constituye una entidad realmente rara, dado que para su desarrollo se requiere de un estado de inmunosupresión prolongada, el uso crónico de esteroides, infección por retrovirus, etc.¹ No se conoce con exactitud sus cifras epidemiológicas por su rareza; sin embargo, algunos estudios revelan que el *Aspergillus* representa el 30% de las infecciones fúngicas renales, las cuales más del 60% derivan en estados invasores.² La aparición de este patógeno en las vías urinarias puede darse por infección ascendente desde el tracto inferior o por diseminación hematogena.³ Los cálculos renales y el daño tisular local propician estados más avanzados de esta micosis invasora. El tratamiento de esta condición se centra en medidas como administración de anfotericina B e itraconazol.⁴ En casos de demostrar un foco, la estrategia más efectiva es la cirugía, como en el presente caso.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Arellano JL, Angel-Moreno A, Belón E, Francés A, Santana OE, Martín-Sánchez AM. Isolated renoureteric aspergilloma due to *Aspergillus flavus*: Case report and review of the literature. *J Infect*. 2001;42(2):163-5. doi:10.1053/jinf.2000.0786

2. Patel MH, Patel RD, Vanikar A V, Kanodia K V, Suthar KS, Nigam LK, et al. Invasive fungal infections in renal transplant patients: A single center study. *Ren Fail* [Internet]. 2017;39(1):294-8. doi:10.1080/0886022X.2016.1268537
3. Patterson TF, Thompson GR, Denning DW, Fishman JA, Hadley S, Herbrecht R, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of aspergillosis: 2016 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2016;63(4):e1-60. doi:10.1093/cid/ciw326
4. Steinbach WJ, Stevens DA, Denning DW. Combination and Sequential Antifungal Therapy for Invasive Aspergillosis: Review of Published In Vitro and In Vivo Interactions and 6281 Clinical Cases from 1966 to 2001. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2003;37(Suppl. 3):376524. doi:10.1086/376524

CORRESPONDENCIA:

Juan Santiago Serna-Trejos
juansantiagosernatrejos@gmail.com

Fecha de recepción: 08-11-2023.

Fecha de aceptación: 04-12-2023.

Conflictos de interés: los autores no declaran conflictos de interés
Financiamiento: autofinanciado.

Contribución de autoría: todos los autores participaron en la conceptualización, redacción del borrador inicial, revisión y edición de la versión final.

1 Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.com.
<https://orcid.org/0000-0002-2259-6517>

2 Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-3140-8995>