

Revista Cubana de Urología

PRESENTACIÓN DE CASOS

Endourología y Laparoscopia

Manejo Mínimamente Invasivo de Fístula Ureteral y Urinoma Retroperitoneal

Retroperitoneal and Ureteral Fistula. Minimally Invasive Approach

Octavio Manuel De La Concepción Gómez, Raidel Reyes Arencibia, Roberto Sánchez Tamaki, Isied Rojas Fiel

Servicio de Urología. Instituto de Nefrología "Prof. Abelardo Buch López".

RESUMEN

Se presenta un caso con fístula ureteral y urinoma retroperitoneal tratado por abordaje ureteral retrógrado endoscópico y drenaje percutáneo de la colección. Se exponen los estudios diagnósticos, técnica quirúrgica empleada y se concluye que el abordaje mínimamente invasivo debe ser la primera opción en estas lesiones ureterales.

Palabras clave: cirugía mínimamente invasiva, endoscopia, fístulas urinarias, lesiones ureterales.

An unusual case with ureteral fistulae and retroperitoneal urinoma is presented, managed by an endoscopic ureteric retrograde access and percutaneous drainage of the collection. The diagnostic studies performed and the surgical approach is showed. They determine that the first option offered to these kind of ureteral injuries should be the minimally invasive approach.

Key words: minimally invasive surgery, endoscopy, urinary fistulae, ureteral injuries.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

La colocación de catéteres ureterales (stents) es una alternativa bien establecida a la cirugía abierta convencional en el manejo de las lesiones ureterales y las fístulas ureterales. Este tratamiento ha alcanzado tasas de recuperación de la función renal similares a las obtenidas con corrección quirúrgica clásica.¹ Las lesiones ureterales son poco comunes, apareciendo en menos del 1% de todos los traumas urológicos. Sin embargo, una lesión ureteral pasada por alto puede resultar en una importante morbilidad y mortalidad.² Una herida ureteral es usualmente silente, sin producir tempranamente síntomas y signos. La hematuria está típicamente ausente en su presentación, como han descrito algunas series, y los exámenes del sedimento urinario puede ser normales al momento de la admisión al hospital, entre el 15 y el 55% de los pacientes con lesiones ureterales.³ En nuestro medio, no existen reportes de tratamiento conservador o endoscópico de estas lesiones, por lo que mostramos la experiencia obtenida en el servicio, con el diagnóstico y abordaje mínimamente invasivo de paciente como el que a continuación describimos.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 24 años, sin problemas de salud previos, quien en Noviembre de 2014 recibe una herida por arma blanca en el abdomen, con eventración del contenido intestinal siendo llevado a urgencias donde se le realiza una laparotomía exploradora, en la que se encuentran varias laceraciones de intestino delgado, le hacen sutura y resección de

intestino. Evoluciona satisfactoriamente y en dos semanas es dado de alta.

Seguimiento por consulta, un mes después nota aumento de volumen del hemiabdomen derecho, se le realiza un estudio ecográfico abdominal que informa existencia de desplazamiento cefálico del riñón derecho, con ligera dilatación de cavidades. También informan la existencia de una gran colección líquida por debajo del polo inferior del RD con contenido claro. El riñón izquierdo es de forma tamaño y situación normales. Entonces es remitido al Servicio de Urología de nuestro centro donde se repite ecografía (OMCG) y se indican complementarios y un estudio tomográfico asistido por computadora (TAC). El paciente presenta buen estado general, al examen físico se evidencia una asimetría de la pared abdominal con aumento de volumen del hemiabdomen derecho, el que es ligeramente timpánico y poco doloroso. No hay reacción peritoneal. Se indican complementarios de urgencia, los cuales muestran resultados normales.

La TAC corrobora los hallazgos ecográficos ([Fig. 1](#)), concluyendo como posible urinoma retroperitoneal. Se lleva al quirófano y se realiza cistoscopia y ureteropielografía ascendente, mostrándose escape de contraste a nivel del tercio superior del uréter derecho, a nivel 3ra vértebra lumbar ([Fig.2A](#)). Se observa opacificación de la colección retroperitoneal, se pasan dos guías hidrofílicas a cavidades renales y se coloca catéter ureteral doble J. A continuación se realiza punción y evacuación percutánea de la colección bajo fluoroscopia, dejando catéter de drenaje en rabo de cochino

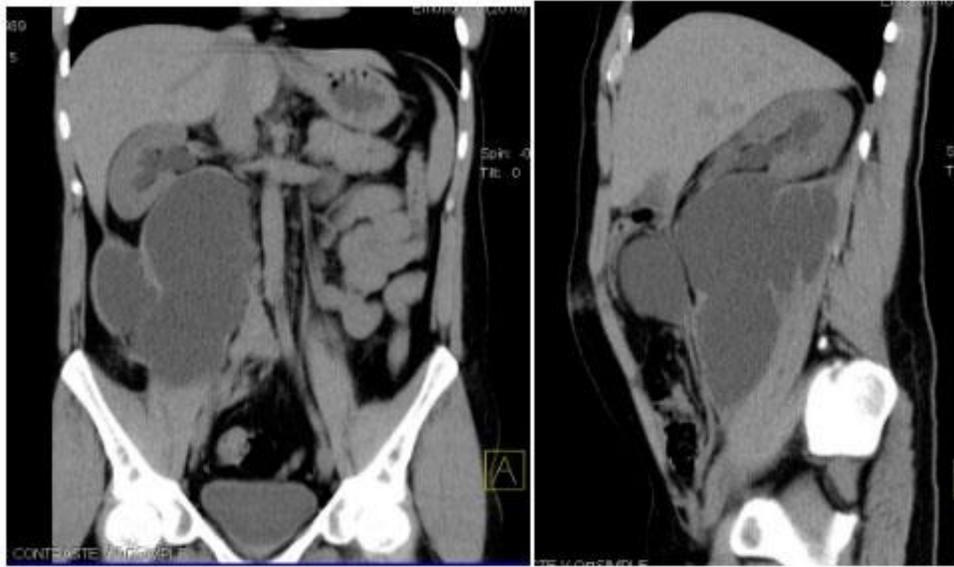


Fig. 1. Reconstrucciones MPR anteroposterior y lateral donde se aprecia la gran colección que eleva el RD y produce hidronefrosis.

que drena unos 800 mL de líquido ligeramente hematórico. (Fig. 2B)

El paciente evoluciona satisfactoriamente y cuando el drenaje retroperitoneal deja de ser productivo, se esperan 24 horas y se retira, previa comprobación ecográfica, que muestra ausencia de colección. El catéter doble J se retira a las 6 semanas y es seguido semanalmente con ecografías y a las 14 semanas se le realiza un estudio gammagráfico dinámico con MAG3 y furosemida (Fig.3), apreciándose un excelente drenaje renal en este momento de la evolución.

DISCUSIÓN

El paciente que hemos presentado, acudió un mes después de la agresión recibida, con ausencia de otros signos relacionados con el persistente derrame urinario retroperitoneal, buen estado general, ausencia de complicaciones sépticas y con un ligero y gradual compromiso en el drenaje renal ipsilateral. La asociación con lesiones intestinales,

como describe Best⁴ en su publicación, modificaron el diagnóstico y manejo inicial de la lesión en el paciente que reportamos. El abordaje elegido por el equipo de trabajo,

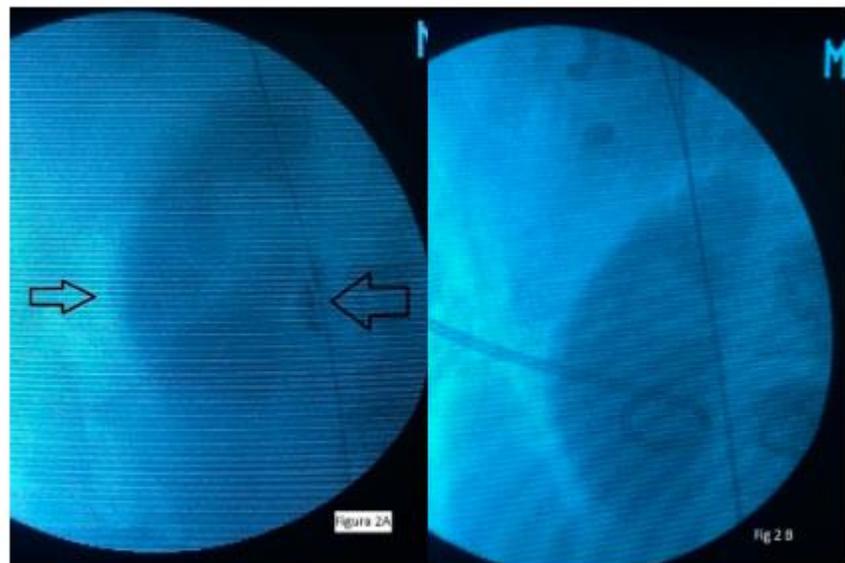


Fig. 2. A. Imagen fluoroscópica de la pielografía ascendente donde se muestra la fístula ureteral (Flecha derecha) y el urinoma (Flecha izquierda) 2B. Drenaje en retroperitoneo y guías ureterales en cavidades renales a través del área comprometida.

siguiendo el algoritmo sugerido por Pereira², pudo conseguir un adecuado acceso a las cavidades renales y un drenaje externo que permitieron la curación gradual según establece la experiencia de Arabi y coautores en su publicación de 2016, con abordajes anterógrados y retrógrados combinados.⁵

CONCLUSIONES

El abordaje mínimamente invasivo por vía percutánea, retrógrada, cistoscópica o ureteroscópica debe constituir la primera opción de tratamiento en los pacientes con lesiones ureterales traumáticas o iatrógenas, por las ventajas que ese tipo de intervenciones ofrece sobre la cirugía convencional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Postoak D, Simon JM, Monga M, Ferral H, Thomas R. Combined percutaneous antegrade and cystoscopic retrograde ureteral stent placement: An alternative technique in cases of ureteral discontinuity. *Urology* 1997; 50:113-6.
2. Pereira, B.M.T. et al.: A review of ureteral injuries after external trauma. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency*

Medicine 2010 18:6.
(<http://www.sitrem.com/content/18/1/6>)

3. Fraga, G P, Borges G, Mantovani M, Ferreira U, Laurito T L, Netto Jr N R. Penetrating Ureteral Trauma. *International Braz J Urol* (2007) Vol. 33 (2): 142-150
4. Best CD, Petrone P, Buscarini M, Demiray S, Kuncir E, Kimbrell B, et al.: Traumatic ureteral injuries: a single institution experience validating the American Association for the Surgery of Trauma-Organ Injury Scale grading scale. *J Urol*. 2005; 173: 1202-5.
5. Arabi M, Mat'hami A, Said MT, Bulbul M, Haddad M, Al-Kutoubi A. Image-guided ureteral reconstruction using rendezvous technique for complex ureteric transection after gunshot injuries. *Avicenna J Med* 2016; 6:28-30.

Recibido: 25 marzo 2016.

Correspondencia: E mail: tavo@infomed.sld.cu