

Revista Cubana de Urología

Megauréter obstructivo. Presentación de un caso

Jorge Véliz Santana, Carlos García González, Giselle de los A. Véliz Montero

Servicio de Urología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Granma, Cuba.

RESUMEN

Paciente de 30 años de edad, femenina, mestiza, que presentaba antecedentes patológicos personales de infecciones urinarias a repetición durante la infancia y episodios severos durante sus tres embarazos. Fue vista en consulta externa de urología por un cuadro de dolor lumbar gravativo de varios meses de evolución y es ingresada. El diagnóstico definitivo de la paciente fue un megauréter obstructivo congénito teniendo en cuenta los antecedentes y el cuadro clínico de presentación, lo que fue confirmado en el momento operatorio y en el estudio histológico del fragmento de uréter. Se le realizó sección del uréter terminal, ureteroplastia de los 8-10 cm distales del uréter y ureteroneocistostomía por la técnica de Politano Leadbetter. En su evolución post operatoria presentó 2

episodios de infección urinaria con leve sintomatología durante el primer año y urocultivos trimestrales negativos durante el segundo año de seguimiento, con una adecuada recuperación renal y del uréter.

Palabras clave: obstrucción ureteral, congénito; obstrucción ureteral, cirugía.

ABSTRACTS

A thirty-year old patient, female and brunette who has personal pathologic of urinary infections repeated during her childhood and severe infections during her three pregnancies three month before she was admitted into the hospital, she had a front and back colporrhagia and a partial and bilateral salpingectomy as well. She was tested in a medical approximant having a pain

on his backbone after several months of evolution, and then she is admitted into the hospital. Two diagnoses were evaluated: partial tied of urether in an obstetrician surgery an obstructive and congenital Megaureter. The patient was considered carrier of this last pathology taking into account the antecedents and the presentation of her clinic episode which was confirmed in the surgery and in the medical check of the fragment of the urether. A section of the terminal was made, ureteroplastia of an 8-10 cm of

the urether and uretheroscistostomy by Politano Ledbetter technique. In her post surgery she had two episodes of urinary sepsis with no serious sintomatology and one asintomatology during the first year and urocultivos repeats every those months with a negative results during the second years of her follow up with an adequate kidney and urether recovery.

Key Words: Obstruction ureteral, congeni, /Obstruction ureteral surgery.

INTRODUCCIÓN

Hace algunos años se pensó que el megauréter era muy complejo para intentar su reparación, incluso la expectativa solo dependía de la decisión de no hacerle nada desde el punto de vista quirúrgico o realizar una derivación de orina. Sin embargo, en los últimos 15 ó 20 años se ha avanzado mucho en esta enfermedad, a tal punto que la cirugía reparadora ha sentado pautas para curar la afección en lactantes, niños y adultos con síntomas tardíos.¹⁻³

Hoy prevalecen dos tipos fundamentales de megauréter: el obstructivo y el de reflujo al cual le llaman con el nombre de hidrouréter.

El megauréter obstructivo tiene la particularidad de que termina en un orificio ureteral normal y el uréter pequeño termina 1 ó 2 cm por encima del orificio ureteral, área por lo que algunos lo denominan megauréter adinámico por carecer de músculo, existiendo en estos casos un peristaltismo activo por encima de la obstrucción y el riñón está mejor conservado.⁴⁻⁷

El megauréter de reflujo lo caracteriza que el orificio ureteral queda entreabierto, puede asociarse a un divertículo paraureteral siendo el peristaltismo más perezoso

que en el obstructivo o ausente, en el mismo, el parénquima renal puede estar menos conservado que en el obstructivo.^{8,9}

Generalmente, el megauréter puede aparecer de modo unilateral y aislado con un uréter contralateral normal y una vejiga normal, sin embargo, puede aparecer bilateralmente y tener asociados válvulas uretrales que producen una verdadera vejiga de lucha.¹⁰

En los niños se precisa de una evaluación preoperatoria que lleva pielografía intravenosa, cistouretrografía de evacuación, prueba de aclaramiento de creatinina, cistoscopia y panendoscopia para tener seguridad diagnóstica suficiente en el futuro procedimiento quirúrgico.¹¹

Existen en todos estos procesos, complicaciones desde leves hasta fatales, que el cirujano debe tener en cuenta, este es el caso de la necrosis isquémica, angulaciones, obstrucciones, reflujo vesicoureteral entre otras.

Muchas son las técnicas quirúrgicas utilizadas, todas ellas con el principio definible del antireflujo; se citan entre otras: las de Gregory, Politano Leadbetter, Bishoff, Boari, Paquin, Shelton y Horslly.¹²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años de edad, femenina, mestiza, soltera y de profesión enfermera, con antecedentes patológicos personales de haber sufrido varias infecciones urinarias durante la niñez y luego en los embarazos, estas últimas severas. Los antecedentes patológicos familiares carecían de interés. Tuvo su menarquia a los 13 años con fórmula menstrual 1/30 y una historia obstétrica de gesta 3, partos 2 y abortos 1, con un peso de 52 kg y sin hábitos tóxicos. Fue intervenida quirúrgicamente, 10 meses antes a su ingreso por esta enfermedad, de un rectocistocele por la técnica de Manchester, realizándosele colpografía anterior y posterior. También le fue practicada salpingectomía parcial bilateral.

Su ingreso, en esta oportunidad, se debió a infección urinaria, ligera hematuria macroscópica y dolor lumbar gravativo. El examen físico no reveló nada importante. Se le realizó examen exhaustivo ginecológico el que de igual forma fue negativo, así como el examen digital rectal.

Los estudios complementarios revelaron lo siguiente:

Ultrasonido 1: Riñón derecho con gran ureterohidronefrosis hasta la vejiga. Pelvis y cálices dilatados. Parénquima que media 8 mm.

Riñón izquierdo normal. Parénquima de 9,8 mm.

Ultrasonido 2: Riñón derecho con litiasis de cáliz medio con dilatación de cavidades. Riñón izquierdo con pequeña litiasis en el cáliz superior y otra en el inferior con ligera dilatación de cavidades. Imagen quística en el anejo derecho de 61 x 44,2 mm, con útero pequeño y dispositivo intrauterino (DIU).

Urograma descendente ([figura 1](#) y [2](#)): No imagen opaca a los Rx. Riñón izquierdo con buena eliminación sin alteraciones pielocaliciales.



Fig. 1. Urograma descendente en el que se observa la dilatación de la vía urinaria desde los cálices hasta el ureter pelviano.



Fig. 2. Vista miccional en la cual se evidencia que el contraste permanece en el tracto urinario superior luego de vaciada la vejiga.

Riñón derecho con bolsones hidronefróticos y moderada dilatación ureteral.

Estudios humorales: eritrosedimentación 45 mm, hemoglobina 99 g/L, leucocitos $9,2 \times 10^9/L$, creatinina 52 mmol/l.

No fue posible realizar tomografía axial computarizada por no estar disponible este medio diagnóstico durante la etapa en que fue estudiado el caso.

Con estos elementos se plantearon dos posibilidades diagnósticas:

1. Posible ligadura del uréter derecho.
2. Megauréter obstructivo congénito.

La evidencia operatoria y anatomopatológica concluyó el segundo diagnóstico como definitivo.

DISCUSIÓN

En los últimos años, a pesar de lo infrecuente de esta afección, hemos tenido oportunidad de ver algunos casos, que aunque presentaron diferentes etiologías, todos han evolucionado satisfactoriamente después de la intervención quirúrgica. En

los casos no relacionados con afecciones iatrogénicas ha quedado la interrogante de si fueron silentes durante la niñez y adolescencia y solo al decursar de los años dieron una definición diagnóstica, por lo que la etiología congénita o adquirida a veces es difícil de establecer desde el punto de vista clínico.⁸

En nuestra paciente es evidente que los episodios de infección urinarias durante la niñez, que no fueron adecuadamente estudiados, y la severidad de los procesos infecciosos durante el embarazo, estaban relacionados con el proceso obstructivo ureteral y fue elemento importante en el diagnóstico clínico de esta paciente.

Hay muchas infecciones urinarias durante la niñez que no son adecuadamente estudiadas¹¹ y solo su etiología se determina en la adolescencia o en la adultez.

La técnica operatoria utilizada tiene muchos adeptos por sus inobjetable resultados, por lo que el colectivo de nuestro grupo básico de trabajo determinó utilizarla. Está técnica de Politano Leadbetter garantiza la no existencia de reflujo vesicoureteral post operatorio debido a la introducción submucosa del uréter de 2 a 3 cm.¹³ En nuestra paciente, previo a la ureteroneocistostomía fue necesario realizar una ureteroplastia para reducir el calibre del uréter en aproximadamente 8-10 cm.¹¹

En la biopsia practicada en el segmento distal resecado del uréter se informó un fragmento de uréter que muestra dilatación vascular y congestión.

El seguimiento de esta paciente se realizó mensual por 6 meses, luego trimestral por dos años, obteniendo informaciones periódicas de la recuperación paulatina de la función renal y ureteral. En el primer año se constataron 2 infecciones urinarias con sintomatología ligera y 1 asintomática, todas tratadas y resueltas. En el año posterior los urocultivos practicados cada tres meses fueron negativos, coincidiendo nuestros resultados con los reportados por otros autores.^{10,11}

Consideramos importante destacar que esta enfermedad, aunque no tan frecuente, es necesario diagnosticarla lo más temprano posible para evitar o disminuir el daño renal que necesariamente produce.

El uréter gravemente descompensado con tortuosidad y alargamiento debido a reflujo u obstrucción puede ser reparado en la mayoría de los casos.

Esta complicada cirugía debe ser realizada por cirujanos que dedican gran tiempo a estos problemas evitando la inseguridad de las complicaciones y sabiendo que se llevará a cabo una reconstrucción definitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen TD. Congenital ureteral structure. J. Urol 1995;104:96.
2. Bishoff P. Observations on the genesis of megaureter. Urol Int 1991;2:257.
3. Bishoff P. Operative treatment of megaureter J Urol 1996;85:268-74.
4. Belman AB. Megaureter. Classification, etiology and treatment. Urol Clin North Am 1995;497-513.
5. Derrick Jr FC. Management of the large, tortuous, adynamic ureter with reflux. The Journal of urology. 1972;108(1):153.
6. Hendren WH. Complications of the megaureter repair in children J. Urol 1996;254;113-238.
7. Johnston JH. Reconstructive surgery of mega-ureter in childhood1. British Journal of Urology. 1967;39(1):17-21.
8. Mackinnon KJ, Foote JW, Wiglesworth FW, Blennerhassett JB, others. The pathology of the adynamic distal ureteral segment. The Journal of urology. 1970;103(2):134.
9. Swenson O, MacMahon E, Jaques WE, Campbell JS. A new concept of the etiology of megaloureters. New England Journal of Medicine. 1952;246(2):41-6.
10. Tanagho EA, Smith DR, Guthrie TH, others. Pathophysiology of functional ureteral obstruction. The Journal of urology. 1970;104(1):73.
11. Williams DI. Megaureter in children. En: Riches E, ed. Modern Trends in Urology. 2da Ed. New York: Paul B Hocker; 1998:147.
12. Whitaker Rh. Methods of assessing obstruction in dilated ureters1. British Journal Of Urology. 1973;45(1):15-22.
13. Williams Di, Hulme-Moir I. Primary obstructive mega-ureter. British Journal Of Urology. 1970;42(2):140-9.

Recibido: 30-abr-10

Aprobado: 16-jul-10

Correspondencia: Jorge Véliz Santana Servicio de Urología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Granma, Cuba. **Correo:** jorv@grannet.grm.sld.cu