

Hernia ureteral derecha a través de defecto diafragmático posteroinferior

Right Urethral Hernia through Lower back Diaphragmatic Defect

Ana Baeza Carrión^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7798-3354>

María Eugenia Gómez García¹ <https://orcid.org/0000-0002-5315-1174>

Juan José Pascual Nadal¹ <https://orcid.org/0000-0001-5548-9147>

¹Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante, España.

*Autor para la correspondencia: baeza.carrion.ana@gmail.com

Recibido: 24/04/2020

Aceptado: 17/07/2020

Se trata de una paciente femenina, de 85 años de edad, con antecedentes de asma y cardiopatía isquémica que ingresó por dolor abdominal difuso e infección de origen no determinado. No refirió fiebre, síntomas urinarios, hematuria, disuria ni tampoco dolor en fosas renales.

En la analítica sanguínea destacó leucocitosis de 21 miles/ μ L, neutrofilia, creatinina sérica de 0,9 mg/dL, proteína C reactiva 15 mg/dL y el test de orina no mostró productos patológicos. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) torácica que descartó afección séptica pulmonar y TAC abdominal que evidenció herniación posteroinferior de la porción proximal del uréter derecho a través del pilar diafragmático ipsilateral, asociada a moderada dilatación pieloureteral retrógrada (Figs. 1, 2 y 3). No se identificaron litiasis en uréter derecho, los riñones tenían un tamaño y una morfología normal y con fase excretora bilateral y simétrica. El resto de estructuras y órganos abdominopélvicos no presentaron ninguna alteración patológica.



Fig. 1- Corte de TAC en plano coronal. Herniación posteroinferior del uréter derecho a través del pilar diafragmático ipsilateral (flecha).



Fig. 2- Corte de TAC en plano sagital. Herniación posteroinferior del uréter derecho a través del pilar diafragmático ipsilateral (flecha).

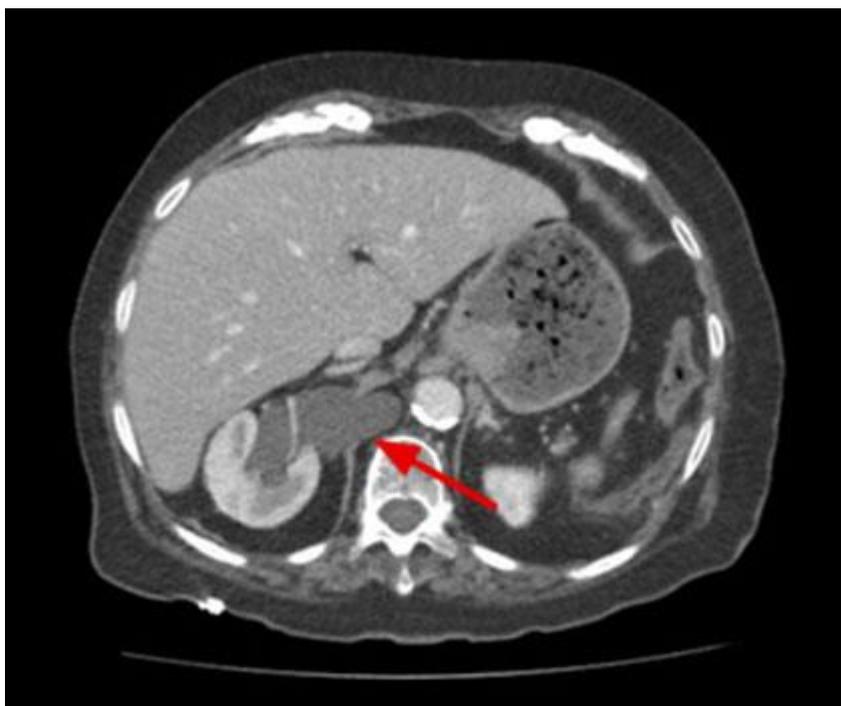


Fig. 3- Corte de TAC en plano axial. Herniación posteroinferior del uréter derecho a través del pilar diafragmático ipsilateral (flecha).

En urgencias, la paciente fue valorada por Urología. Se descartó uropatía obstructiva que precisase medidas invasivas. Se le recomendó tratamiento conservador debido a su edad y a sus comorbilidades. También fue valorada por el especialista en Cirugía General, quien descartó la presencia de abdomen agudo quirúrgico. Ante esta situación, se decidió su ingreso en la sala de medicina interna para completar estudio diagnóstico de cuadro infeccioso, al no evidenciarse en aquel momento un potencial origen abdominal.

Durante su estancia en el hospital la paciente mejoró clínicamente con medidas conservadoras y antibioterapia empírica. Se asumió un origen urológico del cuadro, pero al décimo día presentó empeoramiento de su estado general, disnea y aumento del dolor abdominal.

En la radiografía de tórax urgente realizada por la sintomatología respiratoria de nueva aparición se evidenció neumoperitoneo (el cual no estaba presente en las pruebas diagnósticas anteriores). Por tanto, se completó estudio con TAC abdominal con contraste IV, en el cual no se identificó realce parietal del ángulo esplénico y colon descendente con burbujas extraluminales que parecían originarse de su pared anterior en probable relación con colitis isquémica perforada del colon descendente.

El tratamiento de la colitis isquémica perforada es quirúrgico (hemicolecotomía izquierda urgente y colostomía terminal en este caso). Sin embargo, tras una valoración conjunta de la paciente por Cirugía General y Anestesiología, se decidió abstención quirúrgica debido a su situación basal, ya que se encontraba con marcado trabajo respiratorio y con un pronóstico vital desfavorable por agravación de sus enfermedades cardiopulmonares. Tras consensuar el caso con la familia y obtener su consentimiento, se iniciaron medidas de soporte paliativas hasta que se produjo el fallecimiento de la paciente 72 horas más tarde.

Comentario

Las hernias ureterales son una entidad rara que suelen diagnosticarse incidentalmente en pruebas de imagen o durante intervenciones quirúrgicas realizadas por otro motivo. Se pueden localizar en las regiones inguinal, femoral, ciática, obturadora y torácica. De los pocos casos existentes, la gran mayoría forman parte de hernias inguinoescrotales.⁽¹⁾

Las hernias ureterales intratorácicas a través de defectos diafragmáticos son casos excepcionalmente raros, con menos de 15 registros en la literatura. Las hernias de Bochdalek son el resultado de un fallo en el desarrollo de los pilares diafragmáticos posterolaterales para fusionarse adecuadamente. Alrededor del 90 % son del lado izquierdo; sin embargo, en todos los casos publicados de herniación ureteral, la herniación diafragmática era derecha. Actualmente se desconoce si estas hernias son adquiridas o congénitas con presentación tardía, pues la mayoría de los casos ocurrieron en ancianos (con mayor prevalencia en mujeres).^(1,2)

Su diagnóstico suele ser incidental mediante pruebas de imagen no invasivas como la TAC abdominal sin contraste, por lo que la mayoría de pacientes se encuentran generalmente asintomáticos. No obstante, una minoría puede presentar síntomas atribuibles a la herniación ureteral o a la obstrucción renal, como dolor en fosa renal, hematuria macroscópica, disfunción renal, nefrolitiasis y sepsis urológica.^(1,2)

En cuanto al diagnóstico diferencial, aunque poco frecuente, deben considerarse entidades nosológicas diafragmáticas posteriores o paraespinales con hidronefrosis asociada.⁽²⁾

Las estrategias de manejo dependen del contexto clínico. En el caso de pacientes sintomáticos o con uropatía obstructiva, el estent ureteral retrógrado (catéter doble J) parece ser una opción viable para descomprimir de forma rápida el sistema colector y aliviar el dolor y reducir la morbilidad relacionada con la infección, con notable éxito en los casos

registrados.

En ausencia de signos de alarma tributarios de realizar una intervención urgente, la reducción herniaria mediante cirugía electiva con reparación diafragmática primaria constituye la opción de tratamiento definitiva para pacientes sin comorbilidades, ya sea mediante laparotomía o abordaje laparoscópico. La trayectoria anormal del uréter y su relación con las estructuras circundantes concretas en cada caso implica riesgos específicos que requieren una atención cuidadosa y un alto nivel de habilidad del cirujano.^(1,2)

En los pacientes asintomáticos o con comorbilidades habría que considerar el tratamiento conservador, con seguimiento semestral o anual mediante ecografías y analíticas seriadas con creatinina sérica que evalúen la progresión de la hidronefrosis y de la función renal.⁽¹⁾

Referencias bibliográficas

- 1- Heidar NA, Elsemesmani H, Elamine A, Natout M. A Rare Case of Isolated Ureteral Diaphragmatic Herniation: Case Report and Review of Literature. Case Rep Urol. 2019 [acceso 23/06/2020];109:2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6913245/pdf/CRIU2019-1092018.pdf>
- 2- Shekar PA, Reddy D, Kochhar G, Dumra A. Herniation of the Right Renal Pelvis through a Posterolateral Diaphragmatic Defect (Bochdalek Hernia). Urology. 2020 Mar [acceso 23/06/2020];137:e10-e11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31870929/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.