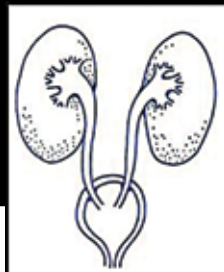


Reflujo vesicoureteral

Caso de la CONAMED

*María del Carmen Dubón Peniche**



La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es una institución especializada creada para resolver controversias suscitadas entre usuarios y prestadores de servicios médicos. Se trata de un medio alternativo especializado, imparcial, voluntario y gratuito.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

Los padres de la paciente refirieron que a su hija de 6 años le diagnosticaron reflujo ureteral bilateral, por ello asistieron con el médico demandado, quien inicialmente indicó manejo conservador y por persistencia del reflujo la operó; pero presentó complicaciones y se intervino vía abdominal, sin resultados favorables, por lo que consultaron otro facultativo.

RESUMEN CLÍNICO

La historia clínica de marzo de 2009 refiere que pese a reimplante vesicoureteral bilateral, la paciente presentaba reflujo vesicoureteral e infecciones urinarias recurrentes, por ello el urólogo demandado indicó estudios preoperatorios y la hospitalizó para tratamiento quirúrgico con diagnóstico de reflujo vesicoureteral bilateral congénito grado IV con hidronefrosis incipiente bilateral, refiriendo que en una institución pública habían realizado 2 aplicaciones endoscópicas de material plástico de relleno suburetral bilateral a nivel del trigono vesical (Macroplastique®).

La nota quirúrgica del 27 de marzo de 2009 reportó reimplante ureterovesical con técnica antirreflujo, sin complicaciones, solicitándose manejo médico a infectología pediátrica. Las notas del 28 al 31 de marzo reportaron evolución postoperatoria satisfactoria, y egresó el 1° de abril de ese año.

El 5 de abril de 2009, reingresó debido a que presentaba fuga de orina por el drenaje Penrose y ausencia de drenaje por sonda vesical; se realizaron radiografías, cistografía, urografía excretora y se identificó obstrucción de ambos reimplantes, con lo que se decidió

reintervención exploratoria inicialmente endoscópica, y de no ser posible se efectuaría a cielo abierto.

La nota quirúrgica reportó diagnóstico preoperatorio de estenosis ureteral izquierda y fístula de uréter derecho, efectuándose cistoscopia, reimplante ureterovesical bilateral. Descripción de la técnica: bajo anestesia general, se realizó cistoureteroscopia y se encontró edema importante de mucosa vesical a nivel del trigono que impidió cateterización de los uréteres, por ello a través de la misma incisión, se separaron los planos hasta el área prevesical, se rechazó el peritoneo identificando ambos uréteres que se disecaron con dificultad por proceso fibroso e inflamatorio de los tejidos. Se incidió la vejiga en su cara anterior y se procedió a reseca 1.5 cm del área terminal en uréteres que se reimplantaron con buen túnel mucoso, el izquierdo en manga de camisa con Monocryl y el derecho con dificultad para técnica antirreflujo por friabilidad de la mucosa, dejándose catéteres doble "J" ureterales y sonda de cistostomía. Se cerró por planos sin accidentes y la paciente pasó a recuperación.

Notas médicas del 6 y 7 de abril reportan que la paciente estaba en buenas condiciones generales. La nota de egreso del 8 de abril reporta evolución satisfactoria; control radiológico de catéteres ureterales y doble "J" bien posicionados en los 2 riñones. Se egresa afebril, sin dolor, sonda de cistostomía drenando orina de aspecto hemático discreto. Ciproxina y acetaminofén, y continuar manejo como externa.

La nota operatoria del 8 de mayo de 2009 señala que se retiraron catéteres de ambos uréteres y se dejó la sonda vesical de cistostomía. La paciente egresó ese mismo día, sin complicaciones.

*Titular de la Dirección de Sala Arbitral de la CONAMED

ANÁLISIS DEL CASO

Según la literatura de la especialidad, el reflujo vesicoureteral consiste en el flujo retrógrado de orina de la vejiga al tracto urinario superior. Es una entidad clínica frecuente y usualmente asintomática que puede ocasionar pielonefritis y estar asociada a dismorfismo renal congénito. En pacientes con infecciones del tracto urinario la incidencia de reflujo vesicoureteral en menores de un año es de 70%, a los 4 de 25%, a los 12 de 15% y en adultos de 5.2%.

El reflujo vesicoureteral puede deberse a un inadecuado peristaltismo del uréter o a alteraciones en la anatomía de la unión ureterovesical. Puede ser primario o secundario. El primario se debe a deficiencia congénita de la función del mecanismo antirreflujo de la unión ureterovesical, mientras que el resto de los factores (vesicales y ureterales) permanecen normales o no contribuyen al reflujo. El secundario resulta de alteración en la función de la unión ureterovesical afectada por disfunción vesical (congénita o adquirida). Dentro de las causas más frecuentes de obstrucción ureteral se encuentra el ureterocele que protruye dentro del cuello vesical, así como la vejiga neurogénica que causa elevación de la presión intravesical, espina bífida y alteraciones de la columna vertebral que pueden afectar neurológicamente a la vejiga. En otras circunstancias, la vejiga hiperactiva o problemas de vaciamiento inadecuado producen patrones obstructivos.

Los pacientes pediátricos con disfunción del vaciamiento, presentan en 18% de los casos infección de vías urinarias y presencia o persistencia de reflujo vesicoureteral. En ausencia de síntomas vesicales o inflamación, el reflujo es factor de riesgo de bacteriuria por liberación mecánica de orina infectada a la pelvis renal. La cistitis relacionada con la infección puede provocar irritabilidad vesical, disuria, alteraciones del patrón de vaciamiento.

El hidrouréter y la hidronefrosis asociados al reflujo de alto grado, pueden actuar como reservorio de reintroducción anterógrada de organismos patógenos en la vejiga. La colonización de orina produce reflujo cíclico retrógrado hacia el tracto urinario superior, el cual puede facilitar la presencia de pielonefritis.

El reflujo asociado a nefropatía es causa mayor de hipertensión e insuficiencia renal crónica. En menores de edad con reflujo, la insuficiencia renal crónica

se presenta hasta en 26% de los casos. La afectación parenquimatosa renal en el reflujo, ocurre en la mayoría de los pacientes antes de los 3 años de edad. Los pacientes con reflujo de alto grado y fiebre debido a infección urinaria son más vulnerables. La afectación renal se puede observar en pacientes con reflujo de alto grado, entre el 26 y 65% de los casos.

Conforme a las imágenes de cistouretrograma, el reflujo puede clasificarse de la manera siguiente: grado I, reflujo sin dilatar el uréter; grado II, reflujo hacia la pelvis y cálices sin dilatación; grado III, leve o moderada dilatación del uréter, pelvis renal y cálices con modificación de los fórnix; grado IV, moderada tortuosidad del uréter y dilatación de la pelvis y cálices; grado V, gran dilatación del uréter, pelvis y cálices, pérdida de las impresiones papilares y tortuosidad ureteral. La Asociación Americana de Urología, establece 7 modalidades como alternativas de tratamiento: 1) sin tratamiento (terapia intermitente con antibióticos), 2) entrenamiento vesical, 3) profilaxis antibiótica continua, 4) profilaxis antibiótica y entrenamiento vesical, 5) terapia antibiótica, entrenamiento vesical y anticolinérgicos para la disfunción vesical, 6) reparación quirúrgica abierta y 7) reparación endoscópica.

En términos generales, la literatura de la especialidad refiere a la cirugía abierta con evolución satisfactoria mayor del 95%. Sin embargo, también reporta obstrucción ureteral después del reimplante para reflujo hasta en 9.1% de los casos, con una tasa de reoperación de 0.3 a 9.1% y prevalencia general de 2%, sin diferencia entre las distintas técnicas. En cuanto a la terapia endoscópica, la aplicación de politetrafluoroetileno (teflón, colágeno), polidimetilsiloxano y copolímero dextranómero del ácido hialurónico, mediante lo cual, el reflujo se puede corregir hasta en 77% de los casos.

Después de la cirugía para corrección del reflujo existe riesgo de infecciones. La elevada incidencia de infección urinaria postoperatoria puede ser atribuible a factores del paciente que no cambian en el período postoperatorio, y pueden presentarse episodios de cistitis después del procedimiento quirúrgico. Otra posibilidad de infección es la escarificación de la vejiga, que puede facilitar adherencia bacteriana. De igual manera, la coordinación vesical y el vacia-

miento pueden alterarse después del reimplante y pueden predisponer a los pacientes a infección. Entre las complicaciones tempranas de la reimplantación ureteral se encuentran: a) persistencia del reflujo, b) reflujo contralateral y c) obstrucción ureteral. Entre las complicaciones tardías están: a) obstrucción ureteral (suprahiatal, del hiatus, del túnel, del orificio) y b) reflujo recurrente o persistente.

En el presente caso, la paciente fue valorada por el demandado debido a reflujo vesicoureteral bilateral grado IV, con antecedente de haber sido atendida en institución pública, donde le realizaron aplicaciones endoscópicas de material plástico de relleno suburetral bilateral a nivel del trígono vesical (Macroplastique®).

Fue hospitalizada el 27 de marzo de 2009, el demandado reportó que mediante urografía y cistouretrografía miccional se confirmó el diagnóstico de reflujo vesicoureteral bilateral congénito grado IV. También se efectuaron exámenes de laboratorio preoperatorios, y se encontró reflujo con hidronefrosis incipiente bilateral, por lo que se efectuaría reimplante ureterovesical con técnica antirreflujo.

En ese sentido no se observan elementos de mala práctica atribuibles al facultativo demandado pues la paciente había sido tratada conservadoramente mediante antibióticos, así como quirúrgicamente (aplicación de Macroplastique®); sin embargo, el reflujo vesicoureteral persistía, además se detectó hidronefrosis bilateral. Por lo anterior, el tratamiento quirúrgico propuesto estaba justificado para atender la patología que presentaba la enferma.

El 27 de marzo de 2009 el demandado realizó reimplante ureterovesical bilateral sin complicaciones, según lo acreditó la nota quirúrgica de dicha fecha. Así, no se observan elementos de mala práctica, atribuibles al demandado, pues fue demostrado que su actuación se apegó a lo establecido por la *lex artis* médica.

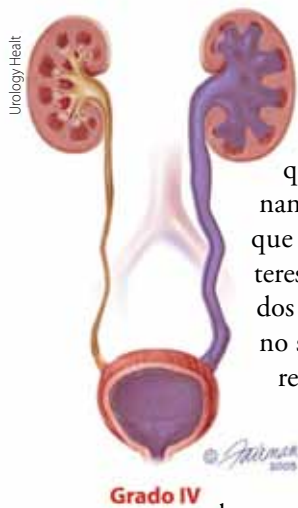
Atendiendo a las notas médicas del demandado, la paciente evolucionó hacia la mejoría; drenaba orina de manera normal, por ello le fue retirada la sonda uretral, indicándose su egreso el 1° de abril de 2009 con sonda de cistostomía, catéteres y Penrose. En la nota de egreso se señaló que continuaría el manejo y vigilancia como paciente externa.

Ahora bien, el 5 de abril de 2009 la paciente reingresó debido a que presentó fuga de orina por Penrose y ausencia de drenaje por sonda vesical, por ello se efectuó cistografía y urografía, existiendo obstrucción de ambos reimplantes, motivo por el cual el demandado estimó necesario efectuar reintervención exploratoria. Es de precisar que la obstrucción ureteral presentada durante el postoperatorio inmediato de la enferma constituye un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico, el cual está ampliamente descrito en la literatura especializada, por lo que no puede ser atribuible a mala práctica del médico demandado.

Como lo establece la nota quirúrgica de 5 de abril de 2009, se efectuó cistoscopia y reimplante uréterovesical bilateral. En la descripción del procedimiento quirúrgico, el demandado señala que realizó cistouretroscopía, y encontró edema importante de mucosa vesical a nivel del trígono, lo que impidió la cateterización de uréteres. Asimismo, que ambos uréteres se disecaron con dificultad, por proceso fibroso e inflamatorio de los tejidos. Se incidió vejiga en cara anterior y se resecó 1.5 centímetros del área terminal de ambos uréteres, que se reimplantaron con buen túnel mucoso, el izquierdo en manga de camisa y el derecho con dificultad para técnica antirreflujo por friabilidad de la mucosa, dejándose catéteres doble “J” ureterales y sonda de cistostomía.

En efecto, según las constancias aportadas para el estudio del caso, el demandado efectuó procedimiento quirúrgico vía cistoscópica sin que se pudieran cateterizar los uréteres debido a edema de vejiga, por ello realizó laparotomía, logrando reimplantar los uréteres mediante esta vía. Esto aporta elementos para tener por cierto, que la actuación del demandado fue correcta, pues según la literatura de la especialidad, la cirugía abierta está justificada cuando por medios endoscópicos no es posible efectuar el procedimiento, como ocurrió en este caso.

Las notas médicas del 6 al 8 de abril señalan que la menor estaba en buenas condiciones generales, hidratada y no presentaba dolor, por ello fue dada de alta, indicándose analgésico y antibiótico. En efecto, la nota de egreso establece que se encontraba afebril, sin dolor, con sonda de cistostomía drenando orina de aspecto hemático discreto, herida



quirúrgica de buen aspecto, Penrose drenando escaso material seroso; así mismo, que la radiografía de control mostró catéteres ureterales y “Doble J” bien posicionados en ambos riñones. De tal manera que no se observan elementos de mala práctica respecto a dicha atención.

El 8 de mayo de 2009 la menor ingresó nuevamente al hospital, la nota operatoria del facultativo demandado demostró que en esta fecha efectuó cistoscopia para retiro de catéteres de ambos uréteres, sin complicaciones, por ello fue egresada el mismo día, para continuar su manejo como externa. No se observaron irregularidades respecto este rubro.

Ahora bien, durante la tramitación de la queja, los familiares de la paciente en manifestaron que en julio de 2009 la menor presentó hematuria macroscópica e infección urinaria y que el demandado realizó ultrasonido que se reportó compatible con datos de cistitis, por lo que indicó medicamentos, pero al mes de no tener resultados favorables, consultaron a otro facultativo, quien realizó cistografía e indicó tratamiento conservador, logrando remitir el sangrado; sin embargo, por persistencia de infección, previa cistoscopia y urografía que mostraron reflujo ureteral del lado derecho, efectuó intervención quirúrgica el 25 de octubre de 2009, reimplantando el uréter sin complicaciones, y refirieron que la paciente se encuentra en buenas condiciones.

En esos términos, fue demostrado que de manera voluntaria, sin que mediara mora, negligencia o negativa del servicio por parte del médico demandado, la paciente fue tratada por un facultativo distinto a él, inhibiéndolo para continuar la atención.

Cabe mencionar que después de la cirugía para la corrección del reflujo existe riesgo de infección, como sucedió en el caso de la paciente, quien presentó cistitis hemorrágica, lo cual no puede considerarse mala práctica del demandado, pues en términos de la literatura de la especialidad, se trata de un riesgo inherente. En efecto, la elevada incidencia de infección urinaria postoperatoria puede deberse a distintos agentes, entre ellos: factores del paciente, escarificación de la vejiga y alteraciones en el vaciamiento vesical.

APRECIACIONES FINALES

El reflujo vesicoureteral es uno de los padecimientos urológicos más frecuentes en la infancia. La asociación con infecciones urinarias y la posible afectación renal secundaria explican su importancia.

No existen síntomas propios de reflujo vesicoureteral, la clínica está relacionada con la presencia de infección del tracto urinario. Los neonatos y lactantes pueden cursar con rechazo al alimento, vómitos, irritabilidad, letargia y pérdida de peso. En el niño mayor son más frecuentes la fiebre, síntomas miccionales como disuria, urgencia o frecuencia miccional y dolor abdominal o en flanco en los casos de pielonefritis.

Una indicación frecuente de tratamiento quirúrgico es la persistencia de reflujo a pesar del tratamiento. El tratamiento endoscópico se ha convertido en una opción terapéutica.

En este caso fue demostrado que el facultativo cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención de la paciente.

RECOMENDACIONES

El médico tratante debe mantener buena comunicación entre el equipo de salud, el paciente y familiares.

Es importante adaptar el modo de brindar la información conforme al nivel sociocultural de los usuarios, para evitar malos entendidos y conflictos. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Elmore JM, et al. Incidence of urinary tract infections in children after successful ureteral reimplantation versus endoscopic dextranomer/hyaluronic acid implantation. *J Urol.* 2008; 179:2364-8.
- Diamond D, et al. Mechanisms of failure of endoscopic treatment of vesicoureteral reflux based on endoscopic anatomy. *J Urol.* 2003;170:1556-9.
- Khoury A, Bağli D. Reflux and megaureter. In Campbell-Walsh Urology. Ninth Edition. Ed. Saunders-Elsevier, Volume 4, Chapter 117. 2007;3423-67.
- Elder JS, et al. Pediatric vesicoureteral reflux guidelines panel summary report on the management of primary vesicoureteral reflux in children. *J Urol.* 1997;157:1846-51.
- Peláez Mata DJ. Manejo del reflujo vesicoureteral en la infancia. *Bol Pediatr.* 2001;41:115-21.
- Mohan N, et al. Renal parenchymal damage in intermediate and high grade infantile vesicoureteral reflux. *J Urol.* 2008; 180:1635-8.