

UROLOGÍA

EXPERIENCIA CON CATETER DOBLE J EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTRECHEZ DE ANASTOMOSIS URETEROILEAL (REPORTE DE CASO)

Claudio Orlich Castelán*

Steven Durán Salazar**

SUMMARY

Herein we report a case of a patient with ureteroileal stricture after a cystectomy and ileal conduit for invasive bladder cancer, initially treated with percutaneous placement of nephrostomies and antegrade placement of plastic double J stents three times, finally revised with open surgery and stented with a metallic stent.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 46 años vecina de Golfito, G2P2A2C2, antecedente de histerectomía a los 44 años por miomatosis uterina. Con historia de hematuria macroscópica y disuria en junio

del 2011, un ultrasonido en julio 2011 reportó una lesión vegetante en la pared lateral izquierda de la vejiga de 41-39-36cm. El 27-7-11 se le hizo mapeo de vejiga y RTU del T.V. de una lesión extensa que infiltraba la uretra. Se transfundió con 500cc de GRE. Se reportó un carcinoma transicional de alto grado con invasión de músculo detrusor e invasión de uretra proximal. El estudio por metástasis fue negativo y se clasificó el tumor en estadio pT2NxM0. La función renal era normal y ambos riñones normales sin signos de hidronefrosis. El 10

de agosto 2011 se hizo cistectomía radical con uretrectomía total con excisión de un fragmento de vagina anterior, una linfadenectomía extendida, conducto ileal y se colocaron férulas de plástico en ambas uniones ureteroileales. Se reportó un carcinoma transicional mal diferenciado con invasión muscular e invasión de uretra y vagina y todos los ganglios linfáticos negativos por tumor. Tuvo una pequeña fístula rectovaginal pequeña en el postoperatorio que cerró espontáneamente. Recibió quimioterapia adyuvante con

* Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios.

CORRESPONDENCIA : Dr. Claudio Orlich Castelán. Jefe de Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios. Apartado 8040-1000. Corlich@racsa.co.cr

** Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios.

PALABRAS CLAVE : Férula metálica. Obstrucción uretral.

ABREVIACIONES: RTU resección transuretral. TV tumor de vejiga.

6 ciclos de cisplatino, taxon y gemcitabina.

El 28-9-11 se quejaba de dolor lumbar y se demostró una hidronefrosis izquierda por obstrucción de la anastomosis ureteroileal izquierda que se trató con la colocación de una nefrostomía percutánea con colocación antrógrada de una férula de doble jota. La paciente hizo fiebre y se cultivó en la orina un acitenobacter y Cándida y se le dió tratamiento con meropenem y fluconazol.



Al tratar de cambiar la Férula de doble jota en dos ocasiones más a los 3 y 6 meses no se pudo cambiar por vía retrógrada y requirió nefrostomías percutáneas repetidas bajo sedación con paso anterógrado de la férulas de doble jota y se dilató con un balón el sitio de la anastomosis ureteroileal izquierda. Finalmente el 3-5-12 no se pudo cambiar la férula y se decidió proceder con cirugía abierta para revisar la anastomosis izquierda y se hizo de nuevo

colocando una férula metálica de Resonance de la casa Cook esta vez. Se notó ya una pelvis congelada y adenopatías periaórticas. Un mes después se le encontró una masa vaginal cuya biopsia fue positiva por carcinoma transicional y presentaba adenopatías axilares y paraaórticas. No se encontraron metástasis hepáticas ni pulmonares. Se le dio radioterapia paliativa a la pelvis y vagina. La función renal siempre permaneció normal y una centellografía renal excretora MAG-3 mostró un riñón izquierdo con leve dilatación aportando el 36% de la función total y el derecho normal. La paciente ha sobrevivido 9 meses con la férula metálica sin complicaciones ni necesidad de cambiarla.

DISCUSION

Las férulas de silicone o de plástico han sido usadas con gran utilidad por muchos años y son fáciles de colocar pero tienen una tasa alta de fracaso en el manejo de una obstrucción ureteral crónica, especialmente en casos de una malignidad pélvica avanzada o de metástasis retroperitoneales y esto se debe a la compresión de la férula y a la tendencia a la incrustación con formación de piedras a su alrededor. Por este motivo se recomienda cambiarlas periódicamente cada 6 a 8 semanas. Se han diseñado

férulas metálicas para solucionar esas fallas y para permitir que se puedan conservar por períodos más largos, de hasta 12 meses. La férula Resonance de la casa Cook Pharmaceuticals Medical es una de ellas y logró notoriedad porque resolvía con éxito la obstrucción ureteral causada, por ejemplo, por un cáncer metastásico de mama y por fibrosis retroperitoneal. También se ha descrito su uso en las estrecheces ureteroileales de conductos ileales. Estas férulas más rígidas pueden causar dolor disuria y hematuria macroscópica. La férula de Resonance es un resorte de metal apretado para evitar invasión de hiperplasia de la mucosa y una aleación para reducir la incrustación y la corrosión. Puede ser necesario hacer una dilatación ureteral con balón antes de intentar introducirla. La migración es mínima y la incrustación con formación de cálculos ocurre apenas en el 22% de los casos. Esta férula metálica tolera una fuerza compresora 25 veces más grande que la que obstruye la férula plástica y eso explica el éxito obtenido en el 80 a 100% de los casos. (1 y 2). Se ha reportado la estrechez de la anastomosis ureteroileal como complicación de la creación de un conducto ileal y su incidencia más alta en el lado izquierdo y en pacientes obesos. Limitaciones en nuestro medio hacen difícil el cambio de férulas de plástico de

doble jota por vía retrógrada a través del conducto ileal y aquí reportamos nuestro primer caso en que fue de utilidad usar una férula metálica con gran utilidad.

CONCLUSIÓN

Las férulas metálicas evitan la incrustación y la consecuente necesidad de cambios periódicos a corto plazo siendo de gran utilidad en el tratamiento de obstrucciones ureterales crónicas.

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente con obstrucción de la anastomosis ureteroileal izquierda después de hecha una cistectomía radical con conducto ileal por un ca-transicional músculoinvasor de vejiga, tratada en 3 ocasiones subsecuentes con colocación de nefrostomías percutáneas y paso anterógrado de catéteres de doble jota plásticos y a la que finalmente se le colocó una férula metálica

después de revisar con cirugía abierta su estrechez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benson A. y col. La férula ureteral de metal para la obstrucción ureteral benigna y maligna.. J.Urol.185:2217,2011.
2. Barbalias G.,Liatsikos E. y col. Ureteroileal anastomotic strictures: an innovative aproach with metallic stents. J.Urol.160:1270-1273,1998.
3. Kanofsky J. Godoy, Taneja S. Complicaciones en derivación del conducto urinario. En Tejeda S. Complicaciones en Cirugía Urológica. Cuarta Edición Saunders Co. 46:533-545, 2012.