



CUAL ES SU MANEJO. RESPUESTA CASO CLÍNICO

Mejor respuesta caso clínico 5, publicado en la primera edición del 2015. ¿Cuál sería su abordaje diagnóstico y terapéutico?☆



Manuel Francisco Sierra Ciodaro^{a,*} y Leonardo Andres Ávila Polanco^b

^a *Urólogo, Universidad de Cartagena. Servicio de Urología Clínica de Marly., Miembro de número de la SCU*

^b *Residente Urología Fundación Universitaria Sanitas., Miembro Afiliado de la Sociedad Colombiana de Urología*

Recibido el 14 de julio de 2015; aceptado el 14 de julio de 2015

La pauta diagnóstica debe tener como objetivos confirmar la existencia de uropatía obstructiva, la detección del nivel de obstrucción, su causa y la determinación de la necesidad y tipo de tratamiento, así como descartar neoplasia como la causa de la hematuria asociada a la hidronefrosis.

El estudio diagnóstico debe comenzar con la realización de una buena historia clínica que nos oriente hacia una posible causa obstructiva. Hay que tener en cuenta que pueden darse varias situaciones clínicas según sea: la duración (agudas, crónicas o intermitentes), afectación unilateral o bilateral, el grado (completo o incompleto). La clínica varía según la presentación sea aguda o crónica, en adultos o niños, el grado (completo o incompleto), sea uní o bilateral o a nivel del tracto inferior o superior. La clínica típica de obstrucción de tracto superior consiste el dolor lumbar y abdominal tipo cólico que se puede acompañar de náuseas y vómitos. En caso de hidronefrosis mantenida la presentación

clínica es menos evidente y se manifiesta con infecciones urinarias, dolor o molestias en flanco afecto, molestias gastrointestinales inespecíficas, hematuria, HTA y uremia. En el caso clínico expuesto la hematuria puede ser secundaria a la nefrolitiasis que se observa en el UroTAC pero es mandatorio descartar la presencia de neoplasia como causa de la hematuria.

Se realizarán hemograma, BUN, creatinina, sodio, potasio, uroanálisis, urocultivo y una prueba que nos permita tener una información anatómica y funcional del tracto urinario como la urografía por TAC o la uro-resonancia en caso de tener una función renal muy deteriorada que no nos permita usar medio de contraste; también son útiles los estudios nucleares como el renograma que nos da una estimación objetiva de la función renal; además, es posible expresar la función renal relativa individual como porcentaje o relación entre la captación media de cada riñón y la suma de ambas. Si un riñón dilatado está obstruido y los anteriores estudios no han sido concluyentes se pueden usar otro tipo de pruebas como son los llamados estudios de perfusión o de presión flujo, entre los que contamos con la prueba de Vela Navarrete y de Whitaker. Ambos simulan una diuresis intensa y consisten en la introducción, a través de una punción percutánea translumbar, de un líquido contrastado para control radiológico y la medición de las presiones piélicas y en vejiga.

Para plantear el tratamiento definitivo debemos encontrar la causa de la obstrucción y entre las causas orgánicas de esta encontramos las intraluminares (Litiasis, tumores

☆ Nota del editor de la sección de Oncología, Jaime Andrés Cajigas Plata: revisadas las respuestas del caso anterior, la respuesta más completa fue la de los Doctores Leonardo Ávila Polanco y Manuel Francisco Sierra Ciodaro, que contempló todos los aspectos relacionados con diagnóstico estadificación, manejo y pronóstico. Al paciente se le realizó pieloplastia abierta bilateral con pielolitotomía.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: msierraci@gmail.com, msierraci@yahoo.com (M. Francisco Sierra Ciodaro), leonardoavilamd@gmail.com (L. Andres Ávila Polanco).

de la vía urinaria, cuerpos extraños, micosis), intramurales (Tumores intrínsecos, causas infecto-inflamatorias, traumáticas, mal formativas, válvulas ureterales, ureteroceles, megauréter), Extramurales (Lesiones vasculares: Aneurismas aórticos o ilíacos, cruces vasculares, cirugía de by-pass aorto-bifemoral, síndrome de la vena ovárica, uréter retrocavo, tromboflebitis de la vena ovárica en postparto, embarazo, quistes ováricos, abscesos, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica tumores ginecológicos, neoplasias colon, recto pseudoquistes pancreáticos, fibrosis retroperitoneal idiopática o secundaria. Entre las causas funcionales encontramos alteraciones neuromiogénicas vesicales y disinergias y reflujo vesicoureteral.

La hidronefrosis y ureterohidronefrosis son consecuencia de una obstrucción al flujo urinario distal a la pelvis renal. Como resultado de dicha obstrucción se producen unos cambios en el parénquima renal debido a la alta presión, que, si no se resuelve, puede acabar en atrofia renal además de facilitar la formación de cálculos intrarenales. Cuando la obstrucción es bilateral o unilateral en monorreno los cambios varían debido a que el riñón se ve obligado a mantener durante más tiempo la función. La presión ureteral es mayor a la unilateral y la diferencia fundamental es que la bilateral atraviesa una fase de vasodilatación preglomerular y vasoconstricción posglomerular y se mantiene en ese estado que produce que aumente la presión ureteral a pesar de disminuir el flujo sanguíneo renal y aumentar las resistencias vasculares renales.

La elección del tratamiento adecuado para la uropatía obstructiva supra vesical va a depender de varios factores, a saber: la clínica, el tiempo de instauración, el grado de obstrucción y la función del riñón contralateral. En función de estas circunstancias precisará un tratamiento agudo o urgente, independientemente de su etiología, para resolver la obstrucción y con ello recuperar la función renal o en general estabilizar clínicamente al enfermo, por ejemplo ante una pionefrosis y shock séptico. Ello nos permitirá tratar posteriormente la causa de la obstrucción de forma programada evitando la morbilidad inicial del proceso. Si la uropatía obstructiva es de instauración lenta y unilateral en general no va a requerir tratamiento agudo, e irá por tanto dirigido a la causa que lo produzca.

En el caso de la uropatía obstructiva de instauración lenta el tratamiento dependerá en primer lugar de la etiología, si la causa precisa de tratamiento independientemente de si produce o no obstrucción urinaria, por ejemplo litiasis ureteral, tumor de urotelio o tumor retroperitoneal. En algunos casos unilaterales en que la función diferencial renal está muy comprometida, puede estar indicada la nefrectomía de entrada según las características particulares del enfermo, o en caso de dudas colocar nefrostomía percutánea y evaluar recuperabilidad. Una contribución menor al 10% de la función renal global ha sido propuesto como el umbral para la nefrectomía, aunque otros autores han utilizado valores más altos (Thompson y Gough, 2001). En adultos una filtración glomerular inferior a 10 ml /min/1,73 m² en el riñón afectado predice que la función renal no estabilizara o

mejorara después de la corrección quirúrgica de la obstrucción (Khalaf et al., 2004).

En cuanto a la estenosis de la unión pieloureteral la etiología puede ser de origen congénito o adquirido:

- Congénito o primario:
 - Anomalías intrínsecas: se debe a la existencia de un segmento de uréter aperistáltico asociado a un engrosamiento de la lámina muscular, reorientación de las fibras musculares o mayores depósitos de colágeno entre las fibras.
 - Inserción anormal del uréter, el cual se encuentra implantado en una situación alta en la pelvis.
 - Causas extrínsecas: existencia de vasos aberrantes.
- Secundaria o adquirida: estenosis inflamatorias ureterales, tumores uroteliales, compresión regional por adenopatías o tumor, o bien un cálculo enclavado en la unión. También puede deberse a la formación de una vaina fibrosa tras la intervención quirúrgica para tratar la hidronefrosis.

Las indicaciones contemporáneas de intervención por obstrucción de la unión pieloureteral incluyen la presencia de síntomas asociados con la obstrucción, el deterioro de la función renal global o deterioro progresivo de la función ipsilateral, desarrollo de cálculos o infección, o en raras ocasiones la hipertensión secundaria.

El tratamiento clásico es la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes descrita en 1949, es la más practicada con resultados exitosos entre el 72 y el 98%. Las complicaciones más frecuentes de esta técnica son la fístula y la reestenosis. Existen otras técnicas de pieloplastia con colgajos no desmembrada que se utilizan en re intervenciones, en unión pieloureteral de localización anómala o cuando la zona estenótica es muy larga: Plastia Y-V de Foley, colgajo espiral de Culp-DeWeerd, colgajo vertical de Scardino, colgajo capsular y la ureterocalicostomía que requiere nefrectomía polar inferior y se realiza cuando el campo de la unión pieloureteral no permite su reparación in situ. En nuestro caso se deberán realizar pielotomía y extracción de los cálculos intrarenales durante el mismo tiempo quirúrgico para resolver tanto la estrechez ureteral como la nefrolitiasis. Podríamos iniciar con la unidad renal izquierda la cual tiene la hidronefrosis más severa, carga litiasica mas alta pero mejor función renal diferencial (Riñón izquierdo 78,1% y riñón derecho 21,9%) para luego en un segundo tiempo quirúrgico trabajar en la unidad renal derecha.

Las ventajas del enfoque endourológico (endopielotomía) incluyen la reducción de la estancia hospitalaria y la recuperación postoperatoria. Sin embargo, la tasa de éxito no se acercan a la pieloplastia abierta, laparoscópica o robótica. La consideración de cualquiera de las alternativas requiere que el cirujano tome en cuenta el grado de hidronefrosis, la función renal ipsilateral, cálculos concomitantes y la presencia de vasos aberrantes, así como la experiencia y tasas de complicaciones propias para ofrecerle la mejor opción al paciente.