

REEMPLAZO DEL URETER POR INTESTINO DELGADO

Dr. Juan A. Pagano

Resumen y conclusiones

Se presenta el caso de una paciente monorrena por accidente quirúrgico intraoperatorio a la que se le efectuó interposición de intestino delgado entre la pelvis renal derecha y la vejiga, cursando con una serie de complicaciones condicionadas por reflujo véscico-entero-piélico que agravó su insuficiencia renal crónica, provocando su deceso.

Se trata de una paciente de 40 años de edad, de nacionalidad paraguaya, H. C. 1045/3, que consulta por primera vez en nuestro servicio el 27 de marzo de 1976.

Antecedentes de enfermedad actual

En noviembre de 1971, histerectomía total por metrorragia incoercible, ignoramos la patología causante de la hemorragia genital.

Desde el posoperatorio inmediato la paciente pierde toda la orina por vagina y por el tubo de drenaje abdominal.

En febrero de 1972, es sometida a una exploración quirúrgica abdominal, continuando después de la misma perdiendo toda la orina por vagina.

En abril de 1972, le realizan ureterostomía cutánea alta derecha, emitiendo por este ostoma la diuresis total.

En marzo de 1976, la paciente es enviada a nuestro servicio en mal estado general, con un ureterostoma en la región lumbar derecha sobre línea axilar anterior, retraído, fibroso, con dermatitis periorificial de aspecto amoniaco. Tiene colocada una sonda semirrígida 18 que recoge sólo parte de la orina francamente piúrica.

Datos de laboratorio:

Recuento de rojos: 2.600.000.

Recuento de blancos: 11.000.

Eritro: primera hora 105 mm.

Uremia: 1,86 g %.

Creatinina endógena: 2,67 mg %.

Urocultivo: estafilococos y proteus + de 100.000 col.

Urograma: uronefrosis derecha con ureterostomía cutánea. Anulación funcional izquierda. Por la ureterostomía tiene colocada una sonda que no progresa más que 15 cm.

Cistoscopia: capacidad vesical, 150 cm³, no hay pérdida del medio líquido por vagina. Se intenta catetizar los meatos ureterales comprobando que en ambos lados el catéter no progresa más allá de los 5 cm.

En abril de 1976, se realiza **nefrostomía derecha** por considerarse la ureterostomía cutánea insuficiente, encontrando un riñón grande, de consistencia blanda, irregular, de aspecto uronefrótico, con intensa perinefritis. Dado el mal estado general de la paciente se colocó una sonda Pezzer a través de una zona de escasa cortical. Biopsia renal.

Buena evolución y mejoramiento notable del estado general a pesar de que la nefrostomía no recoge la totalidad de la orina, sino que parte de la misma sale por la primitiva ureterostomía cutánea.

Anatomía patológica de la biopsia renal: Dres. Iotti y Monserrat, Archivo: Am. 65/98. **Glomérulos:** de los 13, seis están en oblea y los restantes muestran esclerosis excéntrica de la cápsula de Bowman. **Túbulos:** atrofia de amplios sectores. **Intersticio:** esclerosis y abscedación.

Diagnóstico: pielonefritis crónica con intensa reagudización y focos de abscedación.

En abril de 1976 se realiza pielografía por nefrostomía, comprobándose la disminución del tamaño de las cavidades renales, una estenosis ureteropiélica y la ureterostomía cutánea.

En mayo de 1976 se explora el riñón izquierdo, representado por una gran bolsa hidronefrótica con uréter muy distendido y adelgazado que se libera hasta la porción yuxtavesical en que se sumerge en una zona de intensa fibrosis.

Anatomía patológica: cortical de 2 mm de espesor por uronefrosis con pielonefritis crónica (Dr. E. Penhos).

La paciente evoluciona bien. En junio del mismo año se realiza cistograma frente y oblicuo para certificar la disminución de la capacidad vesical.

Ante la imposibilidad de poder utilizar el uréter contralateral, de tener un uréter corto y con una estenosis ureteropiélica, contar con vejiga de poca capacidad, se decide reemplazar el uréter derecho por un segmento de intestino delgado.

Operación:

El 1 de julio de 1976, por una laparotomía pararrectal derecha se realiza:

- maniobra de B. Kocher y decolamiento del colon ascendente;
- disección del uréter derecho con un intenso proceso de ureteritis y periureteritis. Al abrir el uréter hasta la pelvis renal, se constata la estenosis ureteropiélica, resecando el casquete inferior de la pelvis renal;
- reposición de la nefrostomía;
- aislamiento de un asa yeyuno-ileal de 30 cm, con anastomosis intestinal término-terminal para reconstruir el tránsito;
- anastomosis isoperistáltica intestino-pelvis renal, término-terminal;
- extraperitonización del asa intestinal;
- anastomosis término-lateral intestino-vesical, con colocación de Pezzer en vejiga.

La paciente evoluciona muy bien desde el punto de vista clínico y de laboratorio y un mes después de la operación se cierra la nefrostomía, comprobando que la totalidad de la diuresis se hace por vejiga con abundante cantidad de moco intestinal. Luego del control radiográfico del neouréter, se quita la nefrostomía. Es dada de alta del servicio en buen estado general.

Datos de laboratorio:

Creatinina endógena: 1,90.

Uremia: 0,90.

Eritrosedimentación: 40/60 mm.

Urocultivo: negativo.

En octubre del mismo año, consulta por dolor en fosa lumbar derecha durante la micción y orinas ligeramente hemáticas, afebril. Se coloca sonda vesical en permanencia y se hace cistograma para certificar reflujo;

- con 60 cm³ de sustancia de contraste se rellena la vejiga, el asa intestinal y las cavidades pielocaliciales, evidenciando el reflujo pasivo;
- a los 60 minutos se evacuó espontánea y parcialmente la cavidad pielocalicial, el intestino y se ve llena la vejiga;

– se realiza una placa miccional, comprobando el relleno ascendente por reflujo activo, del intestino y las cavidades renales. Se acompaña el discreto dolor en región lumbar derecha. Queda con sonda vesical en permanencia.

En diciembre de 1976, consulta por edemas generalizados y anuria de 24 horas de evolución. En mal estado general es internada en nefrología, en donde se la somete a diálisis (hemodiálisis) en repetidas oportunidades sin recuperar la diuresis.

Fallece el 23 de diciembre de 1976, en anuria.

Protocolo de autopsia:

– *Asa intestinal:* presenta áreas de inflamación crónica de la mucosa. No se observan fenómenos de metaplasia.

– *Anastomosis entero-piélica:* se muestra correcta, la mucosa piélica está afectada con soluciones de continuidad en su revestimiento epitelial.

– *Riñón:* asiento de un proceso inflamatorio crónico, con brote proveniente del sistema de excreción. Dr. D. Hojman, Registro: 54.275.