

Hemoperitoneo secundario a nefrolitotricia percutánea. Reporte de un caso

Hemoperitoneum secondary to percutaneous nephrolithotomy. A case report

Carlos Gauna, Pablo Valladares, Julio Cortés, Ariel Ramirez, Carlos Gómez

Servicio de Urología. Clínica Yunes. Santiago del Estero. Argentina.

INTRODUCCIÓN

La nefrolitotricia percutánea (NLP) es una técnica que permite tratar cálculos renales en forma segura y efectiva¹. Desde 1970 a la fecha se ha ido perfeccionando el instrumental y el entrenamiento de los cirujanos². Es la cirugía de primera elección para el tratamiento de litos coraliformes completos e incompletos, piélicos, litos enclavados en la unión pieloureteral y cuando fracasa la litotricia con ondas de choque³. Ofrece un porcentaje de pacientes libre de cálculos luego de la primera intervención del 81%⁴. No obstante, no está totalmente exenta de complicaciones. En el presente trabajo se observa un caso de hemoperitoneo posterior a NLP izquierda por litiasis renal que requirió laparotomía exploradora de urgencia.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 46 años de edad con antecedentes de litiasis renoureteral izquierda obstructiva asociada a infecciones urinarias recurrentes y cólicos renales a repetición.

Antecedentes médicos: síndrome de malabsorción (enfermedad celíaca), pólipos colónicos, hipotiroidismo.

Antecedentes quirúrgicos: histerectomía por miomas, polipectomía sigmoidea endoscópica.

Rx árbol urinario: litiasis ureteral izquierda de 2 cm de diámetro a la altura de Lumbar 2.

Urograma excretor: concentración bilateral conservada. Retardo en la excreción renal izquierda asociado a uronefrosis moderada y litiasis ureteral izquierda de 2 cm de diámetro, altura L2.

Ecografía renovesical: uronefrosis moderada con litiasis de 20 mm en unión ureteropielíca.

Se realiza nefrolitotricia percutánea izquierda en posición de Valdivia previa colocación de catéter ureteral y "push up" del lito. Se deja como nefrostomía catéter k10. Durante el procedimiento se utilizó anestesia raquídea. En la recuperación anestésica presenta dolor escapular izquierdo intenso que cede parcialmente con AINE. Evoluciona en las primeras 12 horas con dolor tipo cólico lumbar izquierdo, con nefrostomía permeable con orina clara y escaso débito. Se retira la misma. A las 24 horas, intercorre con distensión y dolor abdominal asociado a disnea con la deambulación. Al examen físico: afebril, normotensa y eupneica. Abdomen con dolor a palpación profunda y a la descompresión. Se realiza ecografía abdominal que informa líquido libre en espacio hepatorenal y Douglas. TC abdomen-pelvis: líquido libre en ambos espacios subfrénicos, perihepático, interesas y Douglas. Con marcada dilatación intestinal. No se evidencian hematomas renales, ni retroperitoneales. Hígado y bazo sin particularidades (**Figuras 1 y 2**).

Aceptado en Febrero de 2011
Conflicts of interest: ninguno

Accepted on February 2011
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: gaunamed@hotmail.com



Figura 1. TC abdomen-pelvis: líquido libre en ambos espacios subfrénicos, perihepático. No se evidencian hematomas renales, ni retroperitoneales. Bazo sin injurias.



Figura 2. TC abdomen-pelvis: líquido libre interasas y en espacio de Douglas.

Se realizó laparotomía exploradora constatándose hemoperitoneo, colon izquierdo indemne con orificio a nivel del mesocolon. Bazo sin injurias (**Figura 3**). Se colocan compresas en espacio parietocólico izquierdo; se deja abdomen abierto y contenido con bolsa de Bogotá. La paciente tolera bien el procedimiento. Pasa a UTI para control postoperatorio.



Figura 3. Laparotomía exploradora constatándose hemoperitoneo, colon izquierdo indemne con orificio a nivel del mesocolon.

A las 48 horas se realiza reexploración. Se retira bolsa de Bogotá y compresas en el espacio parietocólico. Se constata colon izquierdo indemne, no se observa sangrado. Se dejan drenajes a espacio parietocólico y fondo de saco de Douglas. Cierre de pared abdominal. Pasa a unidad de cuidados intensivos para control. Evolucionando favorablemente; a las 72 horas continúa internación en sala general. El alta hospitalaria fue otorgada a los 7 días.

DISCUSIÓN

La práctica de los cirujanos y la mejoría tecnológica han convertido a la nefrolitotricia percutánea en un procedimiento seguro⁵. El índice de complicaciones globales oscila entre un 8%-11%⁹. La complicación más frecuente es la hemorragia, con una frecuencia menor al 8%¹² generalmente venosa⁶ que se trata en forma conservadora. En casos de sangrado importante se recurre a la arteriografía y embolización selectiva⁷; le siguen la perforación de órganos vecinos: pleura o pulmón, colon, que representa solo el 1%⁸, infecciones o sepsis (rara)¹⁰. El hemoperitoneo es una complicación extremadamente infrecuente sin datos bibliográficos actuales. En nuestro servicio luego de 180 NLP en posición de Valdivia, habiendo tratado todo tipo de cálculos (litos piélicos, calicales, coraliformes, riñón en herradura), solo tuvimos un caso de hemorragia a los 15 días de la cirugía, el cual fue producido por pseudoaneurisma, que se trató mediante embolización selectiva. Tanto el pseudoaneurisma como la fístula arteriovenosa pueden producir sangrados hasta tres semanas después de la operación¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Negrete Pulido O, Molina Torres M, Gutierrez Aceve J. Colonic perforation during nephrolithotomy: prevention, diagnosis and treatment. *Rev Mex Urol.* 2010; 70(1):44-47.
2. Daels F. Nefrolitotricia percutánea. Programa de actualización continua en Urología. Módulo IV: Endourología y laparoscopia 2002.
3. Piana N y cols. Cirugía renal percutánea en decúbito dorsal: nuestra experiencia. *Anuario Fundación Dr. J. Villavicencio* 2007; N° XV:111-113.
4. Melchert E, De Farias Junior J. New techniques to perform percutaneous nephrolithotripsy total dorsal decubitus. *Actas Urológicas Españolas* 2010; 34(8):726-729.

5. Valdivia Uría JG, Valle Gerhold J, López López JA, y cols. Technique and complications of percutaneous nephroscopy: experience with 557 patients in the supine position. *J Urol*. 1998; 160:1975-8.
6. Mantu G, Michael C, Jay B, Elspeth M, Smith A. Campbell – Walsh. Urología. 9ª edición. Tomo II. Cap. 46: “Diagnóstico y tratamiento percutáneo del tracto urinario superior” 1544-5. Mayo 2000.
7. Streemm S, Stephen Jones J. Técnicas quirúrgicas en Urología 2010. 1ª edición. cap. 6: “Litiasis renal” pág 72.
8. El-Nahas AR, Shokeir AA, El-Assmy A, y cols. Colonic perforation during percutaneous nephrolithotomy. Study of risk factor. *Urology* 2006; 67:937-41.
9. López U, Vilchiz L, Aranda J. Nefrolitotricia percutánea: primeros 5 años en el hospital de especialidades del centro médico nacional. *Colegio Mexicano de Urología*. 2000; Vol XVII. Núm 3:140-146.
10. Aron M, Yadav R, Goel R, y cols. Multi-tract percutaneous nephrolithotomy for large complete staghorn calculi. *Urol Int*. 2005; 75: 327-32.
11. Srivastava A, Singh KJ, Suri A. Vascular complications after percutaneous nephrolithotomy: are there any predictive factors? *Urology* 2005; 66:38-40.
12. Michel M, Trojan L, Rassweiler J. Complications in Percutaneous Nephrolithotomy. *European Urology* 2007; 51:899-906.