

ANASTOMOSIS URETERO CALICEAL. INDICACIONES Y TECNICAS

Dr. Víctor Politano

Indicaciones: Obstrucción a nivel de la unión pielocaliceal, fracasos quirúrgicos a nivel de la unión pieloureteral, obstrucción o estenosis del área de la unión uréteropélvica, estenosis del uréter superior, estenosis del infundíbulo inferior.

Diapositiva: Este cuadro muestra los resultados de un caso de anastomosis uréterocaliceal sin tocar el área de la estenosis. Normalmente, cuando estos pacientes son operados presentan fibrosis y estenosis en el área de la pelvis, en la unión del uréter y no vale la pena perder tiempo tratando de hacer algo aquí.

Es preferible evitar este problema y operar en el polo inferior del riñón, en el uréter normal. Se observa en esta placa la unión postoperatoria con la sonda colocada. Este uréter estaba estenosado y no lo hemos tocado, lo hemos dejado como estaba, observándose el uréter de la anastomosis.

La técnica quirúrgica es muy importante. Por lo general, es necesario hacer solamente una movilización del riñón o del polo inferior. Puede dejarse la parte estenosada, con tejido fibroso. No debe perderse tiempo practicando disecciones que no son necesarias. Si no se disecciona el parénquima del riñón, el tejido renal se va cerrando alrededor de la anastomosis, volviéndose a obstruir el riñón.

Para la anastomosis del uréter con los cálices o el infundíbulo, normalmente se utiliza un catgut cuatro Cero. No me agrada utilizar el Indexan porque se queda varios días. En presencia de infección, pueden formarse cálculos sobre el Indexán.

Debe realizarse la movilización adecuada del riñón y del uréter para evitar tensiones sobre la línea de sutura. De esa manera no se tendrán problemas en la anastomosis de los cálices y del uréter si no hay tensión en la línea de sutura. Debe colocarse un drenaje en el área de la anastomosis. Esta es una de las cosas más importantes que puedo decir en este momento: dejar un drenaje en todas las áreas en que se opere el uréter para evacuar la orina. De ese modo no hay complicación de urinoma, infección, etc.

La técnica es más o menos simple. Normalmente, se practica una disección del parénquima del riñón hasta que llegue a un cáliz, donde se intenta hacer la anastomosis del uréter al cáliz o del infundíbulo; depende de lo que se encuentre. Puede ser una disección total de la parte inferior del riñón y practicar una anastomosis del uréter del cáliz. Puede realizarse una nefrostomía o bien, colocar una sonda de Robinson o una sonda plástica.

Yo no practico más la nefrostomía, sino que coloco una sonda, con varios agujeros cortos en la sonda y todo eso sirve como si se practicara la nefrostomía.

Hacemos las suturas con cuatro cero crómico en el tejido e implantamos un drenaje en la incisión.

Ahora quiero mostrar varios casos:

*Este es el de un enfermo operado hace más de 20 años, de una anastomosis uréterocaliceal en el polo inferior del lado derecho. A pesar del tiempo transcurrido, 20 años, está funcionando perfectamente.

*Este caso es de una mujer de 56 años, con un riñón único operado varias veces por formación de cálculos. Cuando nos llegó esta mujer a la consulta tenía varios cálculos en el riñón, se le había realizado una nefrostomía y el riñón estaba lleno de orina con infección. Esta placa muestra el área de obstrucción. A esta señora le hicimos una anastomosis uréterocaliceal en el polo inferior. La pielografía retrógrada muestra una buena evolución del riñón. La pielografía intravenosa indica que los cálices están mucho mejor y que ha mejorado la dilatación.

*Este es el caso de un hombre de 23 a 24 años, con un cálculo operado en otro hospital mediante una operación muy simple sin complicaciones. Este paciente, una vez operado, tuvo varios problemas y finalmente, la obstrucción total del uréter y el área de anastomosis. Se le colocó una sonda, se le hizo una nefrostomía que no estaba funcionando bien. Como tenía fiebre alta e infección en el riñón, se le realizó una anastomosis del cáliz inferior del polo inferior del uréter. Esta es una placa postoperatoria, una pielografía intravenosa tomada tres o cuatro meses después y se comprueba que el riñón funciona perfectamente, con una excelente función y sin infección.

*Este es un caso muy complicado de una mujer con un riñón, único, con cálculos coraliformes operado por uno de los residentes. La señora fue intervenida varias veces y como sangraba, el residente colocó varias suturas que obstruyeron al uréter. Entonces, se le practicó una nefrostomía. Esta señora tenía infección, úrea alta, etc. Se le hizo una anastomosis en el uréter con el cáliz inferior. Y este es el resultado postoperatorio del riñón drenando perfectamente a los tres o cuatro meses de la operación. Su orina era estéril, la úrea estaba en los límites normales, etc.

*Este es un caso un poco difícil que se refiere a varios aspectos importantes. No se pudo hacer una anastomosis del uréter con un cáliz donde existe una estenosis del infundíbulo inferior. Este hombre había sufrido varias operaciones, tenía un riñón único por lo que debimos tratar de conservarlo. Cuando llegó a la consulta tenía nueve cálculos en el riñón. Pensamos practicar una anastomosis del uréter al cáliz inferior. Este paciente había sido nefrostomizado con anterioridad, pero qué se le encontró en la intervención? Cuando pusimos líquido en la nefrostomía, nada salió por los cálices inferiores. Como existía una estenosis, le resecamos la mitad del riñón a nivel de la pelvis, extirpando un trozo de riñón.

Esta es la situación preoperatoria: en la pielografía simple se advierte la presencia de varios cálculos en el riñón. Esta es la pielografía retrógrada de la nefrostomía en la que se observa una estenosis del infundíbulo inferior. No pensamos que la estenosis existente era tan severa que cuando se inyectara líquido por la nefrostomía, no salía nada por la parte inferior. Procedimos entonces, a la resección. En la pielografía postoperatoria de 30 minutos se observa que el riñón está funcionando perfectamente.

*Este es otro paciente que fue operado varias veces porque tenía cálculos renales. Presenta una estenosis severa de

la unión urétero-piélica y le practicamos una anastomosis del uréter al cáliz inferior. En la pielografía postoperatoria se aprecia una buena evolución.

*Otro caso con una gran obstrucción postoperatoria. Se hizo una anastomosis del uréter al cáliz inferior y el riñón ahora está mejorando rápidamente.

*Una variación de esta técnica es una anastomosis del uréter al cáliz inferior en caso de una gran estenosis del infundíbulo. Se efectuó una incisión en el uréter, se le extirpó un trozo de tejido, se empujó el cáliz inferior y se realizó la anastomosis del uréter al cáliz inferior con la anastomosis del infundíbulo.

*Este es un caso de pieloplastia operado varias veces casi con pérdida del riñón. La pielografía postoperatoria muestra al uréter con el cáliz inferior, con una buena eliminación.

Para completar los casos que ha traído a este Congreso el doctor Goes, he de presentar algunos pacientes a los que se les practicó la transuretero-ureterostomía.

*Esta es una mujer con una gran hidronefrosis del lado izquierdo, una obstrucción aquí y otra debajo. Se comprueba la presencia de un cálculo y de un riñón que parece normal, pero cuando le extirpamos el cálculo, le practicamos una lumbotomía y tres meses más tarde ese riñón no funcionaba. Se trataba de un riñón atrófico. Como

existía el problema de la obstrucción y el riñón no funcionaba, pensamos en la extirpación del riñón y en practicar la anastomosis de la pelvis de este riñón a la pelvis del otro riñón. En la pielografía retrógrada, se observa que a esta mujer se le ha extirpado el riñón y que existe una anastomosis con una buena evolución.

*Este paciente presenta un problema similar: sufrió varias operaciones en la parte inferior del uréter izquierdo por calculosis y tenía una estenosis a causa de varias operaciones que se le practicaron. Este enfermo había sido nefrostomizado. El riñón derecho no funcionaba, tenía un riñón pequeño atrófico, se le extirpó el riñón haciendo la anastomosis del uréter del lado derecho al izquierdo, apreciándose una buena evolución del riñón único. Este enfermo fue operado hace más de 19 años, hace poco se le realizó la resección de la próstata y está perfectamente.

Esos dos casos son complementarios de los que presentó el doctor Goes y es una manera interesante de manejar este problema.

Esto es todo lo que quería presentar. Solamente deseaba reforzar la importancia de esa anastomosis del uréter al cáliz, extirpándose el tejido donde se va a efectuar la anastomosis. Al efectuarse el drenaje del parénquima renal se va a evitar la colección de orina y la consiguiente infección. Muchas gracias.