

ESTENOSIS DE SEGMENTO INTESTINAL EN DERIVACION ILEO- CUTANEA

Dres. Pagano, J.; Rebaudi, A.; de Loyola, M.; Gamba, M.; Ford, E.

Se realizó la revisión bibliográfica de las complicaciones tempranas y tardías de la derivación urinaria a asa aislada, a raíz de un caso de estenosis de segmento intestinal.

Distintos autores dividen a las complicaciones de la operación de Bricker en tempranas y tardías, tomando como división arbitraria los 60 días del posoperatorio.

Dentro de las tempranas incluyen a: la extravasación urinaria, la isquemia del conducto ileal, la fístula entero-cutánea, accidentes hemorrágicos, sepsis y otras no específicas como el trombo-embolismo pulmonar que es la mayor causa de muerte en el posoperatorio.

Las complicaciones tardías de mayor envergadura son: la estenosis de la unión ureterointestinal, las complicaciones del estoma como estenosis y prolapso, infecciones urinarias crónicas, deterioro renal progresivo, litiasis urinaria; dentro de las complicaciones tardías se describe la estenosis del asa aislada que representa un mínimo porcentaje de las mismas.

Su origen sería debido a dos factores primordiales que podrían actuar en forma independiente o conjunta, el primero son lesiones microvasculares y el segundo procesos inflamatorios crónicos debido a alteraciones en la motilidad intestinal; dentro de otras causas podríamos nombrar a factores tóxicos, inmunológicos, alérgicos e infecciosos.

Describimos un caso de estenosis de asa aislada.

Paciente de sexo masculino de 42 años al cual se le realizó derivación urinaria con asa aislada y posterior cistoprostatectomía radical por tumor infiltrante vesical en mayo de 1992; presentando un posoperatorio favorable se efectuó control por urograma comprobando integridad anatómica.

Consultó, en octubre de 1992 por molestias abdominales difusas periostómicas y dificultad en la evacuación de orina; al comprobarse la estenosis de la ostomía se realizó plástica de la misma.

El paciente volvió a la consulta a los diez meses de la derivación presentando dolor lumbar derecho y molestias abdominales vagas; al examen físico se comprobó permeabilidad de la boca del ostoma, ante la exploración digital se constató induración del mismo, se realizó control de rutina de laboratorio que demostró alteraciones en la función renal y control ecográfico constatando hidronefrosis moderada bilateral.

Se realizó estudio contrastado retrógrado del asa ileal comprobando estenosis filiforme del asa en sus 2/3 proximales.

Con diagnóstico de estenosis de asa aislada se decide su exploración quirúrgica donde se comprueba que no había compresión extrínseca ni lesiones vasculares evidentes, se realiza resección del asa y nueva derivación, aislando asa ileal.

Abriendo en forma longitudinal el asa resecada se comprueba estenosis de sus 2/3 proximales.

La anatomía patológica informa: asa intestinal de Bricker con cambios inflamatorios crónicos severos con actividad aguda, fibrosis marcada de submucosa y subserosa, atrofia de la mucosa y sectores ulcerados, cuatro ganglios regionales de caracteres conservados, en el material remitido no se observa tumor.

En el control humoral posoperatorio se comprueba descenso de los valores de creatinina y uremia; la ecografía demostró retrogradación de la hidronefrosis.

Si bien la derivación con asa aislada continúa siendo una cirugía aceptable no está exenta de complicaciones dentro de las cuales se enumera la estenosis del asa aislada, la cual presenta una sintomatología inespecífica que obliga a la confirmación de la misma por ileocistograma.

En nuestro caso llama la atención la precocidad de presentación de esta complicación en comparación con la bibliografía internacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Mitchell y col.: Ileal Loop stenosis: a late complication of urinary diversion.
2. Bystrom Jan: Early and late complications of ileal conduit urinary diversion.
3. Kevin Killeel y col.: Management of bowel and urinary tract complications after urinary diversion.
4. Bricker y col.: The evolution of the ileal segment bladder substitution operation.
5. Julius Esho: Late stenosis of bowel segment of ileal conduit.

COMENTARIO

La presentación de los Dres. Pagano y col. es un nuevo llamado de atención sobre las complicaciones urinarias de la derivación ureteroileal.

Dentro de las complicaciones alejadas la estenosis del asa, se ha reconocido su baja frecuencia y cuando ocurre, se hace en forma tardía. (Mitchell ME, Yoger IC, Pfister RC, Daly J, Althausen A: Ileal loop stenosis; A late complication of urinary diversion. J. Urol. 118: 957-961, 1977.) Según la bibliografía consultada, la estenosis del asa puede estar ubicada en la boca del ostoma, en su trayecto en forma de virolas, o estrechándolo longitudinalmente. Al decir de los ponentes el paciente fue derivado en mayo/92, y se comprueba la obstrucción a nivel del ostoma, recién en octubre/92 (cinco meses después). En esa oportunidad se efectúa la plástica quirúrgica luego de comprobar integridad urográfica. Diez meses después de la derivación, fecha en que puede ya observarse el comienzo de las complicaciones, se destaca en este enfermo una uronefrosis no observada con anterioridad. Es lógico pensar que si hubiera cursado con

estrechez del implante o que la estrechez del ostoma hubiera podido provocar estasia ureteral, esta hubiera sido vista ya a los cinco meses y no cinco meses después. El loopograma hecho en esa oportunidad mostró estenosis de los 2/3 proximales del asa y se procede a la rederivación por la evidencia de uronefrosis. No se aclara si fueron realizados otros estudios para definir la causa de la uroestasia: estenosis ureteroileal? reflujo ileoureteral? o es sólo secundaria a la estenosis del asa? No se detallan otros elementos del parte quirúrgico inicial: longitud del asa, ubicación dentro del abdomen, tipo de implante ureteral, etc. Dado lo poco frecuente de esta complicación hubiera sido interesante una mayor documentación clínica preoperatoria. En la compulsa bibliográfica la etiología es variada. Entre ellas los problemas vasculares y la infección crónica de un asa con alteraciones urodinámicas en el vaciado. Las complicaciones tardías de la derivación transileal han sido reconocidas en los últimos diez años y esto ha hecho que gradualmente, esta derivación, fuera perdiendo prestigio. Pero si debe ser utilizada, es necesario asegurarse de una muy buena vitalidad del asa que asegure no sólo su integridad física sino sus condiciones dinámicas. Si bien es comprensible que una estenosis sea secundaria a falta de aporte sanguíneo debe explicarse que la alteración dinámica propende a la falla en el vaciamiento del asa, y esto a mantener un residuo contaminado. En estas condiciones la inflamación crónica de la pared intestinal producirá seguramente todas las alteraciones observadas por los autores. Es posible que usando una táctica bipodálica (propiciada por el Dr.Scorticati) estos problemas puedan ser mejorados. Se plantea la duda de que luego de la rederivación estos fenómenos puedan repetirse, aun sin estenosis de ningún tipo o de reflujo demostrable.

Dr. Juan M. Guzmán