

Hematoma subcapsular hepático secundario a colocación de catéter doble J

Hepatic Subcapsular Hematoma Secondary to Double-J Catheter Placement

Maximiliano Ringa, Leandro Blas, Pablo Contreras, Mauro Mieggi, Nicolás Bonanno, Carlos Ameri

Servicio de Urología, Hospital Alemán de Buenos Aires, CABA, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La derivación urinaria con catéter ureteral por vía endoscópica es una práctica que se lleva a cabo desde la década de 1960. Este procedimiento presenta complicaciones frecuentes como síntomas irritativos, dolor suprapúbico o en flanco, reflujo vésico-ureteral, hematuria o infección urinaria; o menos frecuentes como fistula uretero-arterial, migración intravascular del catéter, hemoperitoneo, extrusión o rotura del catéter.

El objetivo de este trabajo es comunicar un caso de hematoma subcapsular hepático secundario a colocación de catéter ureteral doble J y realizar una revisión bibliográfica.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 28 años de edad con antecedentes de Enfermedad de Sjögren, nefrocalcinosis, enfermedad renal crónica (ERC) con creatinina de base de 2,03 mg/dl y tasa de filtrado glomerular de 31,91 ml/min. Debido a litiasis renal y ureteral e infecciones urinarias a repetición había requerido múltiples procedimientos percutáneos y endoscópicos durante los últimos 2 años.

Concurre derivada por su nefrólogo de cabecera por reagudización de ERC asociada a hidronefrosis severa

derecha y moderada izquierda por ecografía. Había presentado los días previos registros febriles de hasta 38°C interpretados como cuadro de vía aérea superior. Al examen físico, se encuentra asintomática. Los análisis de laboratorio evidencian hematocrito (Hto): 28%, hemoglobina (Hb): 9,33 g/dl, creatinina (Cr): 7,12 mg/dl, urea (Ur): 143 mg/dl, tiempo de protrombina (TP): 100%, RIN: 0,91; sedimento urinario: 7-10 leucocitos por campo. El resto sin particularidades. Se realiza tomografía computarizada (TC) sin contraste, donde se observa hidronefrosis pieloureteral derecha hasta el tercio medio, debido a litiasis ureteral de 13 mm (Ver Figura 1) asociada a atrofia cortical. Asimismo, se observan signos de nefrocalcinosis con dilatación pieloureteral izquierda sin causal obstructivo. Ante el diagnóstico presuntivo de urosepsis con ERC reagudizada obstructiva se decide colocación de catéter ureteral doble J bilateral.

El procedimiento se realiza bajo anestesia general y se coloca catéter doble J 7 Fr en ambos lados, sin complicaciones.

La paciente cursa el posoperatorio en sala general con adecuaciones del medio interno. Al octavo día posoperatorio presenta dolor en hemitórax derecho con exacerbación en decúbito y matidez a la percusión. Se realiza ecografía abdominal y posterior TC que evidencian colección subcapsular hepática heterogénea



Figura 1. Tomografía computarizada, corte coronal. Se observa lito de 13 mm en uréter medio, hipotrofia renal derecha con hidronefrosis e hígado normal

de aspecto hemático de 15 cm x 7 cm x 23 cm, que desplaza estructuras vasculares, y se descarta sangrado activo (Figura 2). En este contexto se aprecia caída de Hto a 24% y Hb a 7,5 g/dl. La paciente es evaluada por cirugía hepática e intervencionismo, y se decide conducta expectante y tratamiento sintomático. Es trasladada a unidad cerrada para control estricto por 8 días. Durante este período, recibe dos unidades de glóbulos rojos por Hto 21% y Hb de 6,8 g/dl. Evoluciona favorablemente sin requerimiento de inotrópicos ni asistencia respiratoria mecánica. Pasa a sala general al décimo sexto día posoperatorio. Por regular control del dolor, se realiza TC de abdomen de control que descarta progresión de hematoma y continúa con reposo estricto. Evoluciona favorablemente, con buen control del dolor y mejoría de los valores de Cr (3,77 mg/dl), Hto (30%) y Hb (9,4 g/dl), por lo que se otorga el egreso hospitalario al décimo noveno día posoperatorio (Ver Figura 2).

A los 4 meses, con el hematoma hepático en resolución, se realiza ureteroscopia semirrígida bilateral. Se halla litiasis ureteral derecha de 8 mm x 7 mm que se fragmenta con láser de Holmium. No se halla litiasis ureteral izquierda.

En la actualidad, 19 meses después del episodio, la paciente se encuentra asintomática, sin litiasis remanente y no se observa hematoma hepático.

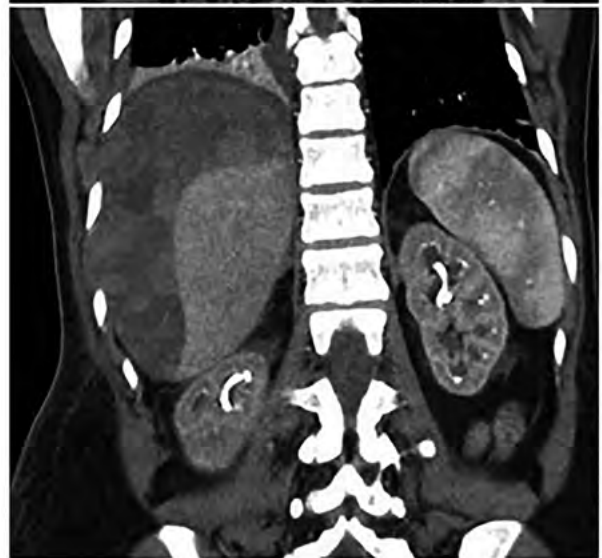
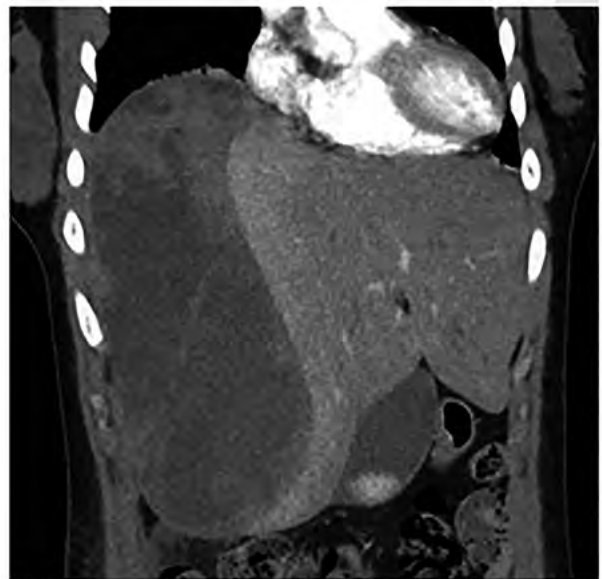


Figura 2. Tomografía computarizada, cortes coronales. Se observa marcada hepatomegalia. Desplazamiento de estructuras vasculares hepáticas a expensas de colección heterogénea de aspecto hemático de 15 cm x 6,8 cm x 23 cm en el plano coronal compatible con hematoma subcapsular. Se observan ambos catéteres doble J.

DISCUSIÓN

Gustav Simon fue el primero en describir la colocación de un catéter ureteral en una cirugía a cielo abierto en el siglo XIX, desarrollándose por primera vez el concepto de cateterizar la vía urinaria¹. Recién en el año 1967, Zimskind y colaboradores² describieron el primer catéter ureteral recto de silicona colocado por vía endoscópica para derivar obstrucciones por compresión tumoral o en el tratamiento de fistulas uretero-vaginales. Si bien

estos catéteres tenían buen drenaje interno, era común la migración proximal o distal. Gibbons y colaboradores³ modificaron el catéter recto con rebordes y rebarbas que impedían la migración. Luego, comenzaron a comercializarse catéteres ureterales simple J y, en el año 1978, Finney⁴ describió el primer catéter doble J (CDJ) con curvas en ambos extremos para prevenir la migración en ambos sentidos.

En la actualidad existen catéteres de diferentes materiales, tamaños y tiempos de permanencia. La finalidad es resolver la obstrucción con una baja tasa de infección, una baja tasa de incrustación, una buena calidad de vida y a un costo razonable⁵. Las indicaciones más frecuentes de colocación de un CDJ son la obstrucción, la infección o la asociación de ambas.

Como todo procedimiento invasivo, no está exento de complicaciones. Las de mayor incidencia son síntomas irritativos, dolor suprapúbico o en flanco, reflujo vésico-ureteral, hematuria o infección urinaria^{6,7}. Se han descrito otras complicaciones menos frecuentes como inadecuada posición, erosión ureteral, fistula uretero-arterial, migración intravascular del catéter, hemoperitoneo o rotura del catéter⁸.

Al momento de la revisión no hallamos comunicaciones de casos de hematoma subcapsular hepático secundario a cateterismo ureteral.

Las cápsulas renal y hepática están en íntimo contacto a nivel del polo superior renal derecho. Histológicamente, la cápsula renal está compuesta por dos capas de células: una externa compuesta por fibroblastos y colágeno; y una interna compuesta por miofibroblastos. La cápsula de Glisson que recubre al hígado está compuesta por tejido conjuntivo fibroso y peritoneo seroso, excepto donde se adhiere a otros órganos.

CONCLUSIONES

La explicación que encontramos en el presente caso clínico es la perforación de la cápsula renal en un riñón hipotrófico y la cápsula hepática con la guía metálica en una paciente que presentaba probable coagulopatía por ERC agudizada⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herman JR. *Urology: A View Through the Retrospectroscope*. Hagerstown, Maryland, Harper & Row, 1973.
2. Zimskind PD, Fetter TR, Wilkerson JL. Clinical use of long-term indwelling silicone rubber ureteral splints inserted cystoscopically. *J Urol*. 1967 May; 97 (5): 840-4.
3. Gibbons RP, Mason JT, Correa RJ Jr. Experience with indwelling silicone rubber ureteral catheters. *J Urol*. 1974 May; 111 (5): 594-9.
4. Finney RP. Experience with new double J ureteral catheter stent. *J Urol*. 1978 Dec; 120 (6): 678-81.
5. Beiko DT, Knudsen BE, Denstedt JD. Advances in ureteral stent design. *J Endourol*. 2003 May; 17 (4): 195-9.
6. Lee C, Kuskowski M, Premoli J, Skemp N, Monga M. Randomized evaluation of Ureteral Stents using validated Symptom Questionnaire. *J. Endourol*. 2005 Oct; 19 (8): 990-3.
7. Betschart P, Zumstein V, Piller A, Schmid HP, Abt D. Prevention and treatment of symptoms associated with indwelling ureteral stents: A systematic review. *Int J Urol*. 2017 Apr; 24 (4): 250-9.
8. Bergqvist D, Pärsson H, Sherif A. Arterio-ureteral fistula--a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2001 Sep; 22 (3): 191-6.
9. Jalal DI, Chonchol M, Targher G. Disorders of hemostasis associated with chronic kidney disease. *Semin Thromb Hemost*. 2010 Feb; 36 (1): 34-40.