

Manejo quirúrgico del Reflujo Vésico Ureteral. Reporte preliminar.

Revista Médica Electrónica 2006; 28(3)

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO "ELISEO NOEL CAAMAÑO". MATANZAS

Manejo quirúrgico del Reflujo Vésico Ureteral. Reporte preliminar.

Surgical management of the Vesica Ureteral Reflux. Preliminary report

AUTOR

Dr. Francisco J. Fong Aldama.

Especialista de 2do. Grado en Urología. Profesor Asistente. Miembro Titular

Sociedad Cubana de Urología .

E-mail: fong.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se hace un reporte preliminar sobre una técnica que utilizamos hace más de 25 años en el servicio de Urología, en el manejo quirúrgico del reflujo vésicoureteral y no aparece reportada en la literatura nacional. Se analizan 160 pacientes que dividimos en dos grupos de 80; en el 1ro. se les realiza la técnica de avanzamiento ureteral (Innes-Williams); y al 2do. se les opera mediante las técnicas tradicionales (Politano-Leadbetter, Paquin y Gregoir). Se hace un análisis de esta técnica con respecto a las otras, a fin de conocer y mostrar las ventajas de la misma, destacando las ventajas de aplicar este nuevo proceder, en relación a la notable disminución de las complicaciones operatorias, estadía y resto de los índices hospitalarios .

DESCRIPTORES(DeCS) :

REFLUJO VESICOURETERAL/ cirugía

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS UROLÓGICOS/ métodos

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS UROLÓGICOS/ efectos adversos

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS UROLÓGICOS/economía

HUMANO

NIÑO

INTRODUCCIÓN

Como señalamos en trabajo anterior, el Reflujo Vésico Ureteral (RVU) es una enfermedad frecuente y se caracteriza por el flujo retrógrado de la orina, desde la vejiga hacia los riñones. Cuando no es correctamente tratado el RVU puede causar a largo plazo destrucción de la función renal y, sobre todas las cosas, el deterioro de la salud de los portadores (1-6). El temprano descubrimiento y la vigilante observación de los pacientes es la piedra angular del tratamiento. La uretrocistografía miccional, cuando es realizada, confirma el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico (7-12) efectivo previene el reflujo nefropático y la pielonefritis.

De Vinci y Galen describieron por primera vez el reflujo en tiempos medievales. En 1903, Sampson y Young describieron el mecanismo del válvula de charnela por 1ra. vez, siendo esto creado por el oblicuo curso del uréter intramural entre las paredes de la vejiga (1); Paquin reporta en esa misma época que la relación del

largo y diámetro del túnel debe ser 5 a 1, para que no ocurra el reflujo. Hutch. En 1950 postula la causal relación existente entre la Pielonefritis crónica y el R.V.U. en personas portadoras de Paraplejía. Más tarde en 1959 Hodson descubre la relación íntima existente entre el R.V.U y las cicatrices existentes en el parénquima renal por las infecciones del tractus urinario.(13-8)

Al igual que en el trabajo anterior publicado, comprobamos que la raza blanca sufre más la incidencia de esta afección, en relación 5 a 1 que las demás; el sexo femenino en relación al masculino 3 a 1.

El objetivo de este trabajo es tratar de orientar cuando está indicado el tratamiento quirúrgico (7,8-18-24) en el paciente con R.V.U, a fin de evitar pérdida de tiempo en la solución del paciente y dar a conocer las ventajas de la técnica quirúrgica que utilizamos en nuestro servicio.

MÉTODO

Se analizaron los 425 casos de pacientes que señalamos en publicación anterior, fueron vistos en el servicio de Urología del Hospital Pediátrico Docente de Matanzas y el Hospital Académico Universitario de Paramaribo. República de Suriname, durante el período de junio de 1978 a junio del 2004, siendo los últimos tres años en el referido hospital.

Como explicamos en anterior reporte, estos casos nos dio un total de 677 unidades renales refluyentes, por la suma de patologías unilaterales (173-40.71 %) y bilaterales (252-59.29 %). Del total (425 casos) escogimos 160 pacientes operados que dividimos en dos grupos de 80 pacientes cada uno. A un grupo se les realizó la operación mediante la técnica de Avanzamiento Ureteral (técnica de Innes-Williams) y al otro se les realizó otros tipos de técnicas. El grupo del avance ureteral estuvo constituido por 52 pacientes portadores de R.V.U bilateral y 34 unilaterales, dando en total 138 unidades renales refluyentes operadas. El grupo en que se utilizaron las técnicas tradicionales estuvo constituido por 44 pacientes portadores de R. V. bilateral y 36 unilaterales, para un total de 132 unidades renales refluyentes.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico del reflujo vésico ureteral está basado en la reimplantación

Unilateral o bilateral del uréter, y de acuerdo a los reportes de la literatura ésta debe cumplir una serie de requisitos para que la misma sea exitosa (1):

- 1.- Crear un largo túnel submucoso (5:1), en relación al túnel y diámetro del uréter.
- 2.- Proveer un buen soporte del músculo detrusor en la porción del túnel.
- 3.- Evitar enroscaduras y tortuosidades del uréter.
- 4.- Crear el túnel en el área fija de la vejiga.

No es el propósito de este trabajo, el hablar sobre todas las diferentes técnicas operatorias (18, 24-26,27) que existen desde años atrás y tratan de resolver el Reflujo (intravesicales, extravesicales y combinadas); ni de otros métodos más modernos y recientes como la inyección de colágenos, teflón,etc. (10), sino reportar nuestra experiencia con esta técnica operatoria. Desde el punto de vista de la urodinamia patológica del tractus urinario, podemos esquematizar que el R.V.U. aumenta la presión de carga renal, dando lugar a más trabajo, con la consecuente dilatación, éxtasis, obstrucción, infección, hidronefrosis

y sus secuelas, como la insuficiencia renal y la muerte del paciente. (28) Tras el estudio y análisis de los pacientes portadores de R.V.U. en nuestro servicio y con la revisión que hemos realizado de la literatura, es nuestra opinión y criterio que se deberá realizar tratamiento quirúrgico cuando existen asociado a éste lesiones prenatales del tractus urinario con persistencia de ellas postpartum (13-15,23,25,29). Como ejemplo de éstas, pueden ser: ectopias ureterales, duplicaciones ureterales con R.V.U. asociado, orificio ureteral en hoyo de golf. No mejoría del R.V.U. al tratamiento médico asociado o no a altos grados de reflujo daño renal en el ultrasonido renal o en otros estudios radiológicos. La decisión de realizar el tratamiento quirúrgico está fundamentalmente en el conocimiento del alto grado de persistencia del reflujo y el hecho de no mejorar el mismo, con la continuación del tratamiento médico. (9,11,16,17,19,21,22). La técnica de Avanzamiento del Uréter (Innes-Williams), proceder operatorio comúnmente usado en dicho país, fue introducida en nuestro servicio en el año 1978, por el Dr. Juventino Acosta Mier, después de estudios realizados en el Hospital Necker. París. Francia.

Descripción de la técnica operatoria

Se realiza incisión transversa en el pliegue del abdomen inferior, apertura por planos hasta llegar a la vejiga apertura de la misma con exposición del triángulo vesical. Se coloca catéter ureteral por el meato, dependiendo del grosor del mismo el número a utilizar; se da un punto de anclaje -a nivel del meato que nos va servir para la tracción del uréter. Se procede a realizar circuncisión alrededor de la mucosa del meato ureteral de 1 cm, aproximadamente; se decola la mucosa con tracción del uréter sobre el lado contralateral con tunelización; el tamaño del mismo debe ser 5:1, en relación diámetro-radio del uréter; este proceder se realiza si el caso es bilateral de igual forma en el contralateral. Previo cierre de vejiga en dos planos se dejan cateterizados los uréteres y sonda de balón por uretra. Drenaje en el espacio de Retzius. Cierre por planos.

Con esta técnica hemos comprobado las ventajas siguientes:

A.- Menor tiempo quirúrgico, con menor riesgo anestésico.
B.-Técnica más fácil de realizar, pudiéndose observar menos complicaciones trans y post-operatorias.

Ambas conllevan a una mayor confianza operatoria del cirujano.
C.- La estadía post-operatoria es menos, pues el catéter ureteral y vésico-uretral pueden ser retirados más precozmente que en los otros procedimientos.
D.- Ahorro notable en el número de días-cama, uso de antibióticos y otros medicamentos, con la consecuente reducción de los costos hospitalarios. Esta técnica operatoria fue utilizada además con éxito en varios casos de Estenosis Ureteral (Meato); permite además, a nuestro criterio, el ser menos agresivo en la manipulación de los uréteres durante el acto operatorio; utilizarlo, en caso de ser necesario en etapas de recién nacidos; pudimos comprobar en un 50%, de los casos operados que el catéter ureteral se retiró antes de las 72 horas. En ocasiones es necesario combinar esta técnica de avanzamiento ureteral con otras como la técnica de Paquin cuando el uréter presenta gran dilatación. Las complicaciones encontradas en los casos operados por la técnica del avanzamiento ureteral se presentaron en el transcurso de los primeros meses de la introducción de la misma y consistieron en un caso, la caída del catéter ureteral en el transcurso del post-operatorio inmediato, con cierre del meato reimplantado, y el 2do. caso por estenosis al cabo del primer año de la operación, ambos eran portadores de reflujo de un solo lado. Esto representó (2.17 %). Las complicaciones ocurridas en el grupo operado por las técnicas tradicionales

fueron: dos casos operados de reflujo bilateral presentaron fístula urinaria en ambos lados.

Tres casos operados de reflujo unilateral presentaron estenosis tardía de la reimplantación.

Esto constituyó un total de siete unidades renales reflucentes que tuvieron que ser reoperadas representando un 5.30 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orellana P, Vargas Cáceres J, Baquedano. P. Alteraciones distintas a reflujo vésicoureteral en estudio radiológico de pacientes con infección del tracto urinario. *Alasbimn j* 2006 ; 31 (8) .
2. Jong M, Choe M.D, John Benedict. M.D. *Medicine, specialties 06/Gyn. Surg-Urol* 2004; 8(2)
3. Vésico- Ureteral Reflux in young patients: Comparisons of voiding color Doppler U.S.with Echo enhancement versus voiding cys-tourethography for diagnosis or exclusion. *Abdom imaging* 2004; 14 (2)
4. Information from your family doctor. Urinary Reflux. *Am fam physician* 2004;69 (1): 152.
5. Durán S, Justiz L. Hidronefrosis prenatal secundaria a Reflujo vésico – ureteral. *Rev cuba pediatr* 2003; 75(3)
6. González O, López J, Delgado O. Evolución durante el tratamiento médico de niños con reflujo vésicoureteral primario. *Rev mex pediatr* 2002; 69 (5): 194-7.
7. Escala JM, Quitral M. Rivera M. Reflujo vésicoureteral quirúrgico. Experiencia en el Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés 1995-2000. *Rev chil urol* 2002; 67(1):42-4.
8. Encalada R, Acua C. Cirugía extravesical en Reflujo vésico-ureteral Primario en niños. *Rev chil urol* 2002; 67(1): 95-8.
9. Alconcher L, Tombesi M. Reflujo vésico-ureteral primario detectado a través del estudio de las hidronefrosis antenatales: *Arch argent pediatr* 2001; 99 (3): 199.
10. Long-term results of the endoscopic correction of vésico-ureteral reflux in children using autologous chondrocytes. *J urol* 2001;165(6):2224-7.
11. Moreno V, Molina M. Reflujo vésico-ureteral en la infancia. *Semergen* 2001; 24 (4): 272-6.
12. Durán S. Reflujo vésicoureteral. Conceptos actuales *Rev cuba pediatr* 2000; 72 (2):132-43.
13. Polito C. La Manna A. Rambaldi PF. High incidence of a generally small kidney and primary vesico-ureteral Reflux. *J urol* 2000; 164(2): 479-82.
14. Lama g, Russo M, De Rosa E. Primary vesico-ureteric Reflux and renal damage in the first year of life. *Pediatr nephrol* 2000; 15(3): 205-10.
15. Farhat W,Mclorie G. The natural history of neonatal vesico-ureteral reflux associated with anten al hydronephrosis. *J urol* 2000; 164(4): 1057-60.
16. Kramer S. Vésico-ureteral reflux clinical *Pediatric. Urology kelalis* 2000;41(6):23
17. Rodríguez J. Reflujo vésico-ureteral. *Rev chil pediatr* 2000; 71 (5):441 – 6
18. Barreiras D. Are post-operative studies justified after extravesical ureteral reimplantation. *J urol* 2000; 164(6): 1064– 6

19. Cooper CS, Chung BI, Kirsh A J. The outcome of stopping prophylactic antibiotics in older children with Vesico -ureteral reflux. *J urol* 2000; 163 (1): 69
20. Polito C, Moggio G, La Manna A. Ciclyc voiding cystourethography in the diagnosis of occult vesico-ureteric reflux. *Pediatr nephrol* 2000; 14 (1): 39- 41.
21. Hansson S. Jodal V. Urinary tract Infection En: Barrat TM. Avner E. Harmon W. *Pediatric nephrology*. 4 ed. Lippincott: Williams & Wilkings; 1999.p. 835.
22. Muley Alonso R. Protocolo diagnóstico y evolutivo de la infección urinaria. *Rev esp pediatr* 1999; 55(3): 48 – 58.
23. Stock JA, Wilson D, Hanna M K. Congenital Reflux nephropathy and severe unilateral reflux. *J urol* 1998; 160(4): 1017-8.
24. Vega JM. Da o Renal asociado a Reflujo vésicoureteral primario e infección urinaria. Consideraciones. *Urol pediatr* 1998;13(3): 5- 6.
25. Lapointes S. Modified Lich –Gregoir ureteral reimplantation: experience of a Canadian center. *J urol* 1998;159(4): 1662-4.
26. Garin E. H, Campos A. Primary vésico-ureteral reflux: review of current concepts. *Pediatr nephrol* 1998; 12(3): 249-56.
27. Edwards D, Normand ICS. Dissaperance of vésico-ureteral reflux during longterm prophylaxis of urinary tract infection in children. *Br med j* 1997; 42(3): 285-8.
28. Alconcher L, Tombersi M. Anomalías nefrourológicas detectadas intrauterino: evolución post natal. *Arch argent pediatr* 1998; 96(3): 163-8.
29. Martín AJ, Peiró JL. Diez años de diagnóstico prenatal de uropatías. Estudio y conclusiones. *Cir pediatr* 1998; 11(3): 55-63.

SUMMARY

It is done a preliminary report on a technique used more than 25 years ago for the surgical management of the vesicaureteral reflux in the Urology Department. There is not any report of it in the national literature. We analyze 160 patients, divided into two groups. In the first group, we used the ureteral advancement technique (Innes-Williams) and in the second one the traditional techniques (Politano-Leadbetter, Paquin and Gregoir). We analyzed and compared the vesicaureteral reflux technique and compared it with the others to determine and show its advantages, highlighting the benefits of the usage of the new procedure related with the diminishing of the surgical complications, the hospital staying and other hospital indicators