

Reconstrucción de la Unión Pielo Ureteral. 40 años de experiencia

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO "ELISEO NOEL CAAMAÑO".MATANZAS.

Revista Médica Electrónica. 2008;30(6)

Reconstrucción de la Unión Pielo Ureteral. 40 años de experiencia.

Reconstruction of the pielo ureteral junction.Experiency in 40 year.

AUTORES

[Dr. Francisco J. Fong Aldama. \(1\)](#)

Dr. Ernesto Toledo Martínez. (2)

Dr. Rodolfo Santana Valera. (2)

(1)Especialista II Grado en Urología. Profesor Asistente.Hospital Pediátrico Universitario "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas.

(2)Especialista de I Grado en Urología. Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Universitario "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas.

RESUMEN

Se hace una revisión de 326 casos operados por la Técnica de Hynes Anderson en 40 años de experiencia, donde se analizan las causas más frecuentes, siendo la estenosis de la unión pieloureteral la causa encontrada con mayor incidencia. Las manifestaciones clínicas fundamentales en su aparición fueron el dolor lumbo abdominal y la infección urinaria. Recomendamos esta técnica por los excelentes resultados obtenidos y la buena evolución post operatoria. Solamente se le realizó nefrectomía posterior a los dos y tres años de operados a dos pacientes por atrofia hidronefrótica tardía.

DeCS:

HIDRONEFROSIS/congénito
OBSTRUCCIÓN URETERAL/cirugía
DOLOR ABDOMINAL
INFECCIONES URINARIAS
HUMANOS
NIÑO

INTRODUCCIÓN

La hidronefrosis es una afección corriente en la infancia, en los niños se observa con más frecuencia que en los adultos el proceso bilateral; según Swenson (1) la lesión bilateral se registra en un enfermo de cada doce. El término hidronefrosis incluye diferentes grados del proceso patológico desde la fase inicial de la enfermedad, que algunos autores (2) denominan Plectasia, hasta la fase final del proceso que se caracteriza por la destrucción total del parénquima renal. (3-10)

Las causas que provocan la obstrucción del segmento pieloureteral pueden ser congénitas y adquiridas según Doletski e Isakov (11). Las causas congénitas más frecuentes de la hidronefrosis en los niños son:

- Estenosis: Lo más común es que sea única y su extensión pequeña; pero pueden ser múltiples.
- Vasos renales suplementarios.
- Las adherencias embrionarias periureterales y acodamientos fijos de los uréteres, como consecuencia del desarrollo anómalo de la adventicia de la pelvis y del segmento pieloureteral.
- Válvulas mucosas congénitas en la porción yuxtapélvica del uréter.
- Origen demasiado alto del uréter.
- Anomalías renales congénitas entre las cuales tiene mayor importancia el riñón en herradura.

El presente trabajo tiene el objetivo de mostrar nuestra experiencia en la reconstrucción de la Unión Pieloureteral por la Técnica de Hynes-Anderson durante 40 años de trabajo y la evolución satisfactoria de los casos operados. (12-21)

MÉTODO

Se revisan todos los casos portadores de Hidronefrosis Congénita por compromiso de la Unión Pieloureteral operados desde el año 1967 al 2007 en los diferentes servicios que hemos trabajado, incluyendo 3 años en el Hospital Académico Universitario de la República de Surinam (A.Z.P), y siendo la gran mayoría de los casos del Hospital Pediátrico de Matanzas.

Se hace un análisis estadístico, así como un estudio anatómico clínico de éstos incluyendo aspectos en relación con el acto operatorio.

RESULTADO

La Hidronefrosis prolongada origina en la mayoría de los casos diferentes grados de atrofia del parénquima renal, ya que la causa obstructiva que está originando esa dilatación genera una elevación progresiva y mantenida de la presión en la vía urinaria, lo que conllevaría a una disminución del flujo sanguíneo intrarrenal. (12) Desde la introducción de la ecografía abdominal aproximadamente en 1979, en nuestro país se ha producido un avance en el conocimiento de los protocolos de estudio de las gestantes en las malformaciones del recién nacido, permitiendo realizar tratamiento precoz de esta entidad de forma conservadora. (12,16) La estenosis de la Unión Pieloureteral como causante de hidronefrosis es la primera causa en orden de frecuencia (64 %), seguida de la estenosis de la Unión Uretero Vesical (13,5 %) y otras como el Reflujo Vesico Ureteral, etc. (12, 13,16)

En nuestro trabajo, de los 326 casos operados encontramos:

Edades	# DE CASOS	%
0 años hasta 10 años	203	62.2%.
11 años hasta 20 años	86	26.3%.
21 años	37	11.5%

hasta 30 años		
---------------	--	--

La raza predominante fue la blanca con 284 pacientes para un 87.1 % seguida de la negra y otras con 42 pacientes para un 22.9 %.

La patología fue unilateral en 323 pacientes para un 99.07 % y bilateral sólo en 3 casos, siendo de un 0.3 %.

Del sexo masculino 262 pacientes, siendo un 80.3 %; y del femenino 64 para un 19.7 %.

Las anomalías asociadas encontradas fueron: estenosis Urétero Vesical contra lateral en 4 pacientes (1.22 %), Reflujo Vésico Ureteral en 3 pacientes (0.92 %) y Riñón en Herradura en 2 pacientes (0.61 %). En estos dos casos portadores de Riñón en Herradura asociados se les realizó ismectomía.

Los síntomas de aparición de la enfermedad más frecuentes fueron:

Síntomas fundamentales	# de casos	%
Dolor Lumbar	182	55.8
Infección Urinaria	131	40.2
Hematuria	9	2.8
Tumoración Abdominal	4	1.2

A los pacientes de nuestra serie se les realizó la Técnica Quirúrgica de Hynes Anderson, la evolución post operatoria fue satisfactoria, a todos se les dejó catéter de drenaje lumbar promediando la salida de orina de 2 a 3 semanas. (22,23) A 5 pacientes se les pudo dejar catéter JJ, siendo la salida de orina por el drenaje de sólo una semana y el promedio de estadía más corto. En 2 pacientes de la serie hubo necesidad de realizarle nefrectomía posterior a los 2 y 3 años de operados y el resto ha evolucionado sin complicaciones. En el post operatorio inmediato existieron complicaciones como infección de la herida, dehiscencia parcial y fistula lumbar por intolerancia a la sutura en 7 casos. La evolución tardía post operatoria fue buena para todos los casos operados por esta técnica. En la Técnica de Hynes Anderson desmembrada no existe el peligro de que persistan las causas intrínsecas del compromiso pieloureteral que pudieran continuar con las técnicas de colgajos (25-7). A partir de la década de los 90 con la aparición de la Cirugía Video Laparoscópica, esta técnica es la escogida para el tratamiento de la Hidronefrosis Congénita por Estenosis Pieloureteral. (24, 28,29)

CONCLUSIONES

La introducción de la ecografía en nuestro país permitió el tratamiento precoz de esta malformación congénita renal. El estudio radiológico realizado en nuestra serie fue: ecosonograma del tractus urinario, urografía intravenosa convencional o con doble dosis cuando no se observan con nitidez los datos radiológicos de la hidronefrosis; la uretrocistografía miccional en algunos casos, así como la tomografía axial computarizada, no se utilizó la gammagrafía renal por no disponibilidad.

La causa más frecuente de la Hidronefrosis Congénita fueron las estenosis. El dolor abdominal fue el síntoma clínico más frecuente en la aparición de esta enfermedad, seguida de la infección urinaria. Consideramos que el empleo del catéter JJ en todos los pacientes que se operen por esta técnica permite disminuir la estadía hospitalaria y sus costos, aumentando la calidad del proceso asistencial. Últimamente, con la aparición de los catéteres dobles JJ con un extremo prolongado

que sale al exterior tipo nefrostomía, se evita la extracción por cistoscopia. (22)
La aplicación de la Técnica de Hynes Anderson Desmembrada en la reconstrucción Pielo Ureteral es el método que nos ha ofrecido mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swenson. Pediatric Surgery. New York: Appleton-Century Crafts; 1958.
2. Fiodorov SP. Cirugía Renal y Ureteral. Moscú: Progreso; 1956.
3. Anvert J. Nephrologiques de L' Hospital Necker. Paris: Ed. Medicakes Plamisrion; 1950.
4. Condrón J. Enciclopedia Médico Chirúrgica. Appereil Urinari; 1962.
5. Porcher P. Actualites Nephrologiques de L'Hospital Nocker. Paris: Medicales Plamisrion; 1960.
6. Stevenson JJ, Pick EJ. Modern Trends in Urology. Londres: Riches Butterworths; 1960.
7. Miatello. Nefrología. La Habana: Instituto del Libro; 1968.
8. Narath PA. Renal Pelvis and ureter. Nueva York: Grune Stratton; 1951.
9. Benson. Cirugía infantil. T II. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1967.
10. Campbell M. Urology. 2da ed. TII. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1963.
11. Dolestski Y, Isakov YF. Cirugía Infantil. Barcelona: Editorial Jims; 1974.
12. Gamez JC, Calles G E. Pielo plastias en Pediatría. Rev Ven Urol. 1992; 42 (3-4): 69-72
13. Nossa MA, Ortiz JJ. Experiencia en Pielo plastias sin derivación urinaria en población pediátrica. Rev Sociedad Colombiana Urología. 2005; XIV .
14. Escobar F, Arbeláez S. Experiencia en Pielo plastias Laparoscópicas. Rev Sociedad Colombiana Urología. 2005; XIV
15. Malo G, Orzuela C, Montañés JM. Pieloplastia Desmembrada de Anderson-Hynes. Análisis de la experiencia en el Hospital de la Misericordia 1990-2000. Rev Sociedad Colombiana Urología. 2003; XII.
16. Rivella Parra F. Hidronefrosis perinatal Diagnóstico y tratamiento. Clín Urológicas Compl. 2002; 9: 197-214.
17. Steinhardt GF. Ureteropelvic junction obstruction. In: Gonzales ET, Bauer SB. eds. Pediatric urology practice. Philadelphia: Lippincott, William; 1999.
18. Gómez Fraile A. Hidronefrosis en la infancia. Pediatría. 1998; 110: 38-50.
19. Onen A, Jayanthi V. Long- term follow up of prenatally detected severe bilateral new born hydronephrosis initially managed monoperatively. J Urol. 2002; 160: 2175-8.
20. Solarri V, Piotrowska AP. Altered expression of interstitial cells of cajal in congenital ureteropelvic junction obstruction. J Urol. 2003; 170 (6Pt 1): 2420-2.
21. Hopgar M, Karaca I, Ulubus C. Structural changes of smooth muscle in congenital ureteropelvic junction. Obstruction J Pediatr Surg. 2005; 40(10): 1632-6.
22. Gómez F, Arausay A. Reducción de la estancia hospitalaria en el tratamiento quirúrgico de la hidronefrosis en la infancia. Pediatr. 2002; 15: 48-51.
23. Murc PY, Mourequand P. Drainage of pielo-ureteral junction surgery: Personal Technical and review of the literature. Ann Urol. 1999; 33: 337-81.
24. Rivas S, Hernández F, López-Pereira P. Seguimiento de la ureteropieloplastia. Cómo y cuánto tiempo. Cir Pediatr. 2004; 17(3): 129-32
25. Austin PF, Cain MP, Rink RC. nephostomy tube Drainage with pyeloplasty: Is it necessarily a bad choice?. J Urol. 2000; 152: 28-30.
26. Baypai M. Nonoperative management of neonatal moderate to severe Bilateral Hydronephrosis. J Urol. 2002; 167: 662-5.

27. Kim DS, Noh JY, Jeong HJ. Elastin content of the renal pelvis and ureter determines post piloplasty recovery. J Urol .2005;173 (3): 962-6.
28. Ramírez M, Castillo O, Santos M, Zubieta R. Pilo plastia video asistida en obstrucción pielo ureteral. Rev Chilena Urol.2003;68(3): 338.
29. Lee A, Lee KC. Laparoscopically assisted Pyeloplasty: A new technique BJU. International. 2001; 87(1):1-5.

SUMMARY

We reviewed 326 cases operated using the Hynes-Anderson Technique in 40 years of experience and analyzed the most frequent causes, being the pielo-ureteral joint stenosis the most frequent. The main clinical manifestations were lumbo-abdominal pain and urinary infection. We recommend this technique for the excellent results obtained and the good post surgery evolution. Only two patients were subject of nephrectomy two or three years later because of late hydronephrotic atrophy.

MeSH:

HYDRONEPHROSIS/congenital
URETERAL OBSTRUCTION/surgery
ABDOMINAL PAIN
URINARY TRACT INFECTIONS
HUMANS
CHILD

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Font Aldama FJ, Toledo Martínez E, Santana Varela R. Reconstrucción de la Unión Pielo Ureteral. 40 años de experiencia. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(6). Disponible en
URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/tema13.htm>. [consulta: fecha de acceso]