

RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE LITIASIS VESICAL EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE AMPLIACIÓN VESICAL Y MITROFANOFF.

Mauricio Daruich¹, Daniel Arribas¹, Agustín González¹, Patricio Lodi¹, Néstor De Battista¹, Jorge Rodríguez Consoli¹, Alfredo Penida¹, Fernando Santomil¹

INTRODUCCIÓN

La aparición de litiasis luego de una cirugía de ampliación vesical es una complicación frecuente. En general son asintomáticas, pero pueden causar dolor, disuria, infecciones recurrentes, dificultades con el cateterismo o hematuria. Las opciones terapéuticas son amplias y hay que adecuarlas a la anatomía y la carga litiasica. La derivación con técnica de Mitrofanoff es un condicionante en la elección del acceso quirúrgico.

OBJETIVO

Mostrar conducta terapéutica en paciente con litiasis en vejiga de ampliación y Mitrofanoff.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años, masculino. Antecedentes de nefrectomía derecha y cirugía de ampliación vesical con técnica de Mitrofanoff por válvula de uretra posterior. Realiza autocateterismo limpio intermitente con SpeediCath 10 Fr. Consulta por molestias suprapúbicas. Urocultivo negativo. Creatinina 1,5 mg/dl. TAC: litiasis vesical de 12 mm (Fig.1). Se decide realizar cistolitotomía percutánea.

Técnica: Bajo guía radioscópica se realiza punción en hipogastrio con aguja 18G (Fig.2). Con técnica de Seldinger se dilata tracto con dilatadores coaxiales metálicos y se coloca de vaina de Amplatz 30 Fr (Fig.3). Con nefroscopio rígido 22 Fr. se realiza litotricia neumática y se extraen fragmentos con pinza. Se deja sonda siliconada Foley doble vía N10 Fr. a través de estoma, que se retira a las dos semanas (Fig.4). Buena evolución postoperatoria. Actualmente cursando sexto mes postoperatorio, asintomático, continente y realiza autocateterismo sin problemas. Análisis de litiasis: estruvita (Fig.5).

DISCUSIÓN

Una de las complicaciones más frecuentes en la cirugía de ampliación vesical es la litiasis. Las diferentes series muestran incidencias del 0 al 53%, siendo menores las tasas para los conductos que para las derivaciones vesicales continentales^{1,2,4}.

La eficacia del drenaje vesical es un factor determinante, aquellos pacientes que orinan espontáneamente tienen tasas de

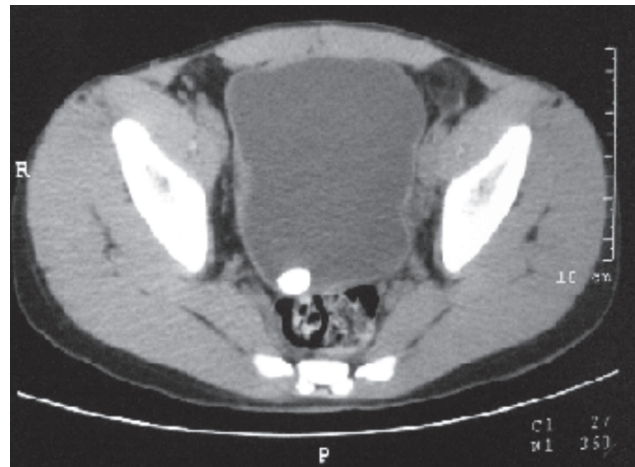


Figura 1



Figura 2

¹ Servicio de Urología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.
E-mail de contacto: mauricio.daruich@gmail.com

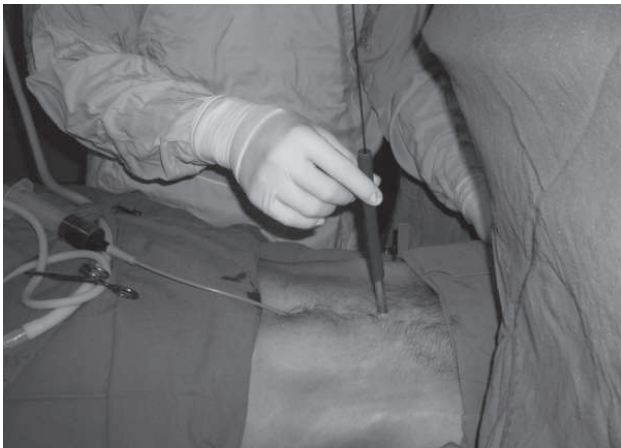


Figura 3



Figura 4

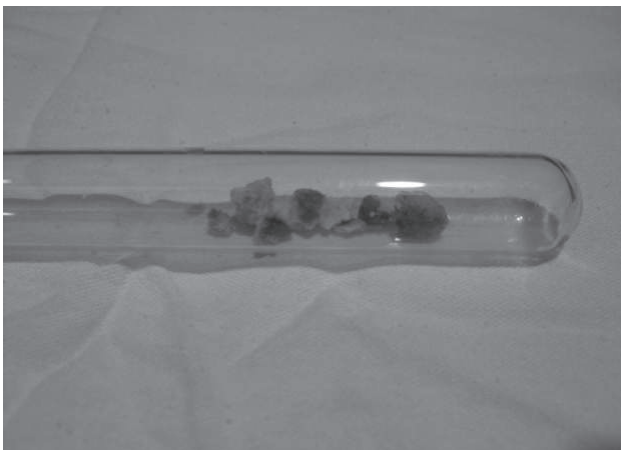


Figura 5

formación mucho menor. Además de la estasis urinaria, la producción de moco, las infecciones urinarias (la mayoría de los cálculos son de estruvita), los cuerpos extraños y las alteraciones metabólicas son factores de riesgo^{1,2}.

Las estrategias terapéuticas deben adecuarse a la anatomía del paciente, sus comorbilidades, la carga litiasica y las probables complicaciones. La mayoría de las opciones disponibles para litiasis vesical son aplicables: endoscópicas, percutáneas, abiertas, ondas de choque, etc.¹

En nuestro caso, se trata de un paciente joven, con estoma de pequeño calibre y sin una gran carga litiasica. El pasaje de instrumental de gran calibre a través de la válvula de Mitrofanoff podría haber causado tanto incontinencia como estenosis postoperatoria. El tratamiento percutáneo tiene lugar en estos casos, como también en casos de obliteración de la uretra, reconstrucción del cuello vesical o gran cantidad de cálculos¹.

El tamaño del cálculo también hace ideal este abordaje, ya que hay que considerar una cirugía abierta en cálculos mayores a 5 cm².

En cuanto a la técnica hay que destacar que a fin de evitar el daño del reservorio, una guía ecográfica o radioscópica disminuye el riesgo de complicaciones^{1,3}.

En el manejo postoperatorio de estos pacientes hay que considerar medidas de prevención ya que la recurrencia es altamente probable¹.

Conclusión: El tratamiento percutáneo de litiasis vesicales es ideal para pacientes con cirugía de ampliación vesical con estomas pequeños, como las válvulas de Mitrofanoff, ya que evita tanto complicaciones como secuelas que podrían causar el pasaje de instrumental a través de estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell Walsh. Urología. 9ª Edición. Panamericana, Buenos Aires. Cap. 84 y 124.
2. Woodhouse CRJ, Lennon GN. Management and Aetiology of Stones in Intestinal Urinary Reservoirs in Adolescents. Institute of Urology and St. Peter's Hospitals, London, UK
3. Cain MP. Percutaneous Cystolithotomy in the Pediatric Augmented Bladder. J Urology 2002; 168: 1881-82.
4. Séguier-Lpszyc AL, Mathiot A, Mitrofanoff P. The Mitrofanoff procedure: 20 years later. Dpt. of Pediatric Surgery, University Hospital Charles Nicolle, Rouen, France.
5. Duckett JW. Continent urinary diversion: variations on the Mitrofanoff principle. J Urology 1986, 136:58-62.