

5005-18-0268R-AP
Bogotá, 25 de enero de 2018

18JAN 25AM 11:34 01251

ATENCION DE RECLAMOS

Señora
YAMILE ACOSTA RISUEÑO
Transversal 23 94A -44 apartamento 102
Teléfono: 7593856, 3002170102 (móvil)
Bogotá, D.C.

Asunto: Respuesta a reclamo 295- 00092116
Contrato Zafiro Guía Premium 29032946

Respetada señora Yamile:

Damos respuesta a la comunicación radicada el 3 de enero de 2018 en la cual solicita que Colmédica asuma responsabilidad, por patología desarrollada posterior a procedimiento quirúrgico realizado por la ginecóloga Luz Natalia Amaya.

Teniendo en cuenta las observaciones presentadas, le informamos que se revisó el caso por Junta médica conformado por Urología, Ginecología, coordinaciones asistenciales, coordinación de auditoría médica y auditoría médica de la entidad, se encontrándose lo siguiente:

Según verificación de registros clínicos se identificaron atenciones por infección de vías urinarias a repetición; antecedente de hemilaminectomía, foraminotomía, y discectomía L5- S1 en Clínica del Country en el año 2015, y en enero de enero de 2017, valoraciones por hipermenorrea y síndrome anémico de larga data. Presentando reporte de hemoglobina de 8.2 g/dl en manejo con ferrimed.

Con fecha del 25 de enero de 2017 fue valorada por la ginecóloga Janeth Pulido, a quien presentó reporte de ecografía transvaginal realizada el 24 de enero de 2017 que reportó: "Útero irregular que mide 121x124x117 mm con mioma intramural submucoso de 78x62 mm que compromete el endometrio en todo su espesor, endometrio de 15,8 mm ovarios de aspecto normal. Presentó además reporte de paraclínicos pre quirúrgicos para realización de histerectomía.

El 31 de enero de 2017 acudió a valoración con la ginecóloga Luz Natalia Amaya, registrando "Menorragia y sangrado intermensual, antecedente de miomatosis uterina hacia 2 años, presentando anemia secundaria, nueva hemorragia el 12 enero de 2017, indica, fue valorada por la doctora Janeth pulido quien remite para tratamiento quirúrgico, última hemoglobina 8.2 del 20 enero 2017 consumo de ferrimed 2 veces al día.

Presenta diagnóstico de miomatosis uterina, endometrio engrosado, mioma intramural y submucoso parcialmente calcificado, Paraclínicos: creatinina 0.66 mgr/ dl,- hemograma con leucocitos 5260 hemoglobina, 9.8 plaquetas 397000 n 56%, glucosa 84mm/dL.

Al examen físico describió: "Abdomen: útero aumentado de tamaño de consistencia dura de aproximadamente 15 cm; tv cuello cerrado útero gigante de consistencia dura anexos no palpables". Por lo cual definió el siguiente análisis de caso: "Paciente con miomatosis uterina gigante y hemorragia uterina secundaria, anemia severa, se decide histerectomía abdominal total"

Posteriormente, el 7 de febrero de 2017, acudió a valoración en consulta prioritaria con el doctor. Daniel Alfonso Ruiz donde se documentó con paraclínicos cuadro de infección de vías urinarias, y para lo cual se ordenó manejo con zinnat. Se solicitó urocultivo de control, se dio alta con recomendaciones y signos de alarma.

Luego, el 8 de febrero de 2017 acudió a valoración pre anestésica en clínica Colina, donde fue valorada por el Dr. Polidoro Saavedra Espitia, quien consideró se trató de "Paciente programada por la doctora Natalia Amaya para histerectomía abdominal el sábado 11 febrero 2107; por miomas gigantes uterinos, actualmente con infección urinaria en tratamiento con cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 5 días, acetaminofén.

En este sentido, autoriza programación de cirugía una vez culmine tratamiento, se habla con doctora Amaya, para reprogramar cirugía; se reservan 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados; se explica la técnica a anestésica, riesgos y complicaciones, situación que refiere aceptar y entender, de esta forma, firma el " consentimiento informado de anestesiología", se emiten recomendaciones para el día de la cirugía.

El 13 de febrero de 2017 acudió a consulta prioritaria en centros médicos Colmedica con el Dr. Daniel Ruiz para control posterior acuerdo de infección de vías urinarias. Solicitó paraclínicos y parcial de orina que fueron normales, y dio alta con recomendaciones y signos de alarma

De esta forma, el 17 de febrero de 2017 acudió a Clínica Colina para procedimiento quirúrgico histerectomía abdominal total, registrándose lo siguiente en nota operatoria.

"Hallazgos:

1. Útero aumentado de tamaño globalmente hasta unos 18cm y que pesa 980gr
2. ovarios de aspecto usual
3. trompas uterinas normales "

Así las cosas se culminó el procedimiento sin complicaciones, refiriendo sangrado de 400 CC con recuento completo de compresas y sin complicaciones.

En valoración posterior se identificó posoperatorio inmediato evolucionando favorablemente, sin embargo se encontró hemograma con hemoglobina de 7.8 mg/dl, tensión arterial media, tendiente a la hipotensión sin taquicardia se llama a doctora Amaya quien consideró transfundir 2u de glóbulos rojos empaquetados, hemograma post transfusión de 9.5mg/dl. Ante adecuada evolución postoperatoria, se dio alta con recomendaciones.

Con fecha del 3 de marzo de 2017 acudió a consulta prioritaria por síntomas urinarios. En esta valoración medicina general solicitó parcial de orina que reportó infección de vías urinarias, para lo cual se indicó manejo con nitrofurantoina y dio recomendaciones y signos de alarma.

El 16 de marzo de 2017 se realizó control se: Histerectomía abierta realizada el 17 de febrero de 2017 por Miomatosis gigante, requirió transfusión por anemia severa , presentó dolor severo, ahora hipoxemia, trae: laboratorios de control, normales, urocultivo negativo, Herida sana, sin sangrado"

La profesional realizó examen físico que fue normal y dio recomendaciones y signos de alarma como: "sangrado de mal olor, dolor pélvico severo, fiebre"

El 23 de mayo de 2017 se evidenció atención con la doctora Janeth Pulido por cuadro de dolor en seno derecho asociado a sensación de masa; al examen físico se encontraron senos: simétricos, modularidad difusa bilateral más acentuada en cuadrante supero-externo seno derecho sin que pueda precisar masa, abdomen: blando, depresible, genitales externos: normales, especuloscopia: cúpula de aspecto sano, tacto vaginal: cúpula bien suspendida, no palpo masas.

De acuerdo a lo anterior se generó diagnóstico de mastodinia; solicitó hemograma, mamografía, ecografía de mama, tsh y glicemia pre"

El 14 de noviembre de 2017, se identificó nuevamente atención con la doctora Pulido quien registró en historia clínica lo siguiente: "MC: "no sé qué me pasa; paciente refiere que desde hace 1 mes ha tenido 3 episodios de ansiedad sin causa aparente, antecedente de histerectomía en febrero de 2017 por miomatosis, niega síntomas vasomotores; manifiesta sospecha de menopausia, de esta forma, solicita laboratorios, estradiol, glicemia, cuadro hemático, fsh, lh, vitamina d, tsh, perfil lipídico, glicemia."

El 20 de noviembre de 2017 la valoró el doctor Jaime Segura, ortopedista de columna quien registró lo siguiente en historia clínica: "Ha tenido dolor lumbar variable que maneja con estiramientos. en abril de este año tuvo ciática por 20 días, para la que no tomo medicación, pero hizo estiramientos; predomina el dolor lumbar, el cual disminuye luego de chasquido el cual no logra saber si es en la cadera (inguinal) o en la región lumbar; hace 2 años y medio le hice hemilaminectomía y discectomía l5-s1 izquierda en el country."

Al examen físico se encontró: columna sin deformidad, cicatriz lumbar sana. movilidad lumbar no dolorosa, no déficit motor, hipoestesia leve en el borde lateral del talón izquierdo. No signos de compresión radicular; consideró diagnóstico de espondilosis; para lo cual solicitó radiografía dinámica de columna, radiografía de cadera, resonancia lumbosacra simple; explica que el dolor tiene patrón de inestabilidad."

El 24 de noviembre de 2017 acudió a valoración con la doctora Janeth Pulido a quien presentó reportes de paraclínicos solicitados previamente, y que fueron normales. Ordenó manejo con vitamina D

El 27 de noviembre de 2017 fue valorada por el doctor Segura quien refirió: "Mujer joven con dolor lumbar axial actual, quien tuvo ciatalgia hace unos meses. con 2 años y medio de posoperatorio de hemilaminectomía y discectomía L5-S1 izquierda por radiculopatía s1. Resonancia magnética con discopatía l5-s1 con retrolistesis, en las placas vertebrales. abombamiento del disco l5-s1 asimétrico izquierdo, los demás discos normales, radiografía dinámica lumbar sin inestabilidad". "le explico la situación, dio recomendaciones, referentes a modificación de la actividad física; no hacer ejercicios de impacto, no manipular pesos mayores de 5 kg; control en 4 meses"

El 30 de noviembre de 2017 acudió a valoración con Santiago Rodríguez urólogo quien determinó, se trató de paciente con reporte incidental por resonancia de hidroureteronefrosis izquierda, sin síntomas urinarios. Solicitó realización prioritaria de urografía por tac y control con resultados.

El 19 de diciembre de 2017 consultó con el doctor Rodríguez plasmando lo siguiente: "Estudio de hidronefrosis izquierda como hallazgos incidental, antecedente de histerectomía en febrero 2017; niega cólico; niega disuria; no fiebre; trae urografía por tac: hidroureteronefrosis izquierda (pelvis renal de 39 mm) con aporramiento de cálculos no se identifica excreción del medio de contraste por el trayecto ureteral. Adecuada opacificación de trayecto ureteral derecho; al examen físico: abdomen no doloroso; puño percusión negativa "En esta valoración solicitó de manera prioritaria estudio con medicina nuclear para determinar función de unidad renal izquierdo y definir conducta."

El 3 de enero de 2018 acudió a valoración con el urólogo Jose Luis Poveda quien consignó lo siguiente: Hidronefrosis izquierda; asintomática urológica; no hematuria o infecciones urinarias; en este sentido, se ; se explicó condición funcional actual del riñón, se plantea posibilidad de realizar pielografía más colocación catéter JJ izquierdo, posteriormente definir control con renograma, procedimiento quirúrgico a seguir, se explican características, riesgos y complicaciones; se solicita autorización"

El 11 de enero de 2018 acudió a Clínica de la Mujer donde se identificó obstrucción distal de uréter izquierdo, El 12 de enero de 2018 acudió a Fundación Santa Fe donde realizaron nefrostomía abierta exitosa

De acuerdo a lo anterior, según el análisis realizado, se reporta lo siguiente:

- Paciente con episodios de IVU a repetición previos a histerectomía abdominal
- Cuadro de miomatosis uterina gigante de larga evolución, con posible distorsión anatómica de vía urinaria. En este caso se identifica útero de 980 gramos (el peso normal uterino es de 130 gramos)
- Procedimiento quirúrgico y vía de acceso pertinente. miomatosis uterina gigante y antecedente de anemia crónica
- Procedimiento quirúrgico sin complicaciones intraoperatorias. Paciente sin síntomas posteriores inmediatos ni tardíos de trauma urinario

- Paciente quien acudió a control postoperatorio con la doctora Amaya sin hallazgos positivos sugestivos de trauma ureteral.
- En noviembre de 2017 acudió a ortopedia de columna para control de patología de base (control de discectomía efectuada en año 2015). En esta valoración el profesional solicitó RMN que evidencia como hallazgo incidental la presencia de hidroureteronefrosis izquierda. La paciente tuvo reportes previos de creatinina normales
- La Junta médica clasifica el caso como complicación (esperable, no previsible) registrada, descrita y aclarada en el consentimiento informado.
- Las intervenciones clínicas fueron oportunas, pertinentes y ajustadas a guías de práctica clínica
- No se identificaron barreras de acceso o demoras en trámites administrativos o intervenciones o procedimientos
- La decisión de la Junta médica se fundamentó en el siguiente soporte bibliográfico:

LESIONES URETERALES EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

INJURIA URETERAL

- Complicaciones más serias en cirugía ginecológica
- Menos comunes que las lesiones del recto o de la uretra
- Morbilidad significativa como fistulas uréter vaginales y potencialmente pérdida de la función renal

DEFINICION

- Trauma iatrogénico del Uréter que puede o no ser reconocido y que produce alteración de su funcionamiento.
- La lesión puede producir obstrucción uretral aguda, cuando es ligado inadvertidamente o discontinuidad cuando es resecado de forma inadvertida, esto puede generar obstrucción Ureteral crónica o formación de Fístulas

FRECUENCIA

- 1 AL 2.2%
- Mayoría ocurren durante la Histerectomía abdominal y Vaginectomía parcial.
- Relativamente raras y difíciles de diagnosticar agudamente y típicamente se reconocen después de un tiempo de demora
- 52- 82% de las injurias Ureterales operatorias ocurren después de cirugía ginecológica
- Es más común el daño del Uréter después de Histerectomía abdominal 2.2% que vaginal 0.03% y más común en cirugía abierta que en laparoscópica 1.3%.
- Muchas lesiones uretrales no se reconocen al tiempo de la injuria. 50 – 70% no se reconocen agudamente

ETIOLOGÍA:

- Los mecanismos de lesión o daño Ureteral más comunes con:
- Aplastamiento por aplicación de un clamp
- Ligadura con sutura
- Transección parcial o completa
- Angulación del Uréter con obstrucción secundaria
- Isquemia por electrocoagulación
- Resección de un segmento del Uréter

FACTORES PREDISPONENTES

- Útero del tamaño de un embarazo de 12 semanas
- Quistes de ovario mayores de 4 cm.
- Endometriosis
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Radio terapia
- Enfermedad maligna avanzada
- Anomalías anatómicas del tracto urinario

FISIOPATOLOGÍA:

- Resolución espontánea y curación
- Hidronefrosis
- Necrosis Ureteral con extravasación urinaria
- Formación de estenosis Ureteral
- Uremia

PRESENTACIÓN CLINICA

- La injuria iatrogénica Ureteral durante la cirugía ginecológica se puede presentar de forma intraoperatoria o post operatoria
- 70% la injuria Ureteral unilateral es reconocida en el post operatorio cuando el paciente presenta dolor en el flanco, íleo prolongado, fiebre, descarga vaginal de orina o aumento de la creatinina sérica

CLINICA

- Hipersensibilidad costoverteral o lumbar
- Fiebre inexplicada
- Distensión abdominal persistente
- Hematuria inexplicada
- Escape de orina o fluido líquido por la vagina
- Aparición de masa pélvica
- Oliguria o aumento de la creatinina sérica

LESION NO VISTA

- lesión no vista o demorada
- íleo prolongado, fuga de orina, drenaje alto y prolongado a través del dren cuando se deja, fiebre o sepsis, dolor abdominal persistente o dolor persistente en el flanco, obstrucción urinaria, aumento de la creatinina o BUN y masa en el flanco

SITIO DE LA LESION

- El Uréter esta en estrecha proximidad con los vasos uterinos, este es el sitio donde el daño frecuentemente ocurre la lesión durante los procedimientos ginecológicos.

DIAGNOSTICO

- Si la injuria utereral es notada en el intraoperatorio se puede requerir un estudio diagnóstico para localizar la lesión. La mejor elección es la Ureteropielografía retrógrada
- Si la lesión es observada en el post operatorio se requieren imágenes diagnósticas para evaluar la Hidronefrosis, función renal y continuidad del Uréter.
- Pueden incluir Urografía endovenosa, Escanografía abdominal y pélvica con medio de contraste, ultrasonografía Renal y Urétero Pielografía retrógrada

TRATAMIENTO

- Los tratamientos más comunes son
- Remoción de la ligadura
- Colocación de un Stent Ureteral
- Resección Ureteral y ureteroureterostomía
- Transureteroureterostomía
- Ureteroneocistostomía

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Vasavada, S. P., & Schwartz, B. F. (2017, December 15). Ureteral Injury During Gynecologic Surgery Treatment & Management. Retrieved January 14, 2018, from <https://emedicine.medscape.com/article/454617-overview#showall>.
- Elliott, S. P. (2006). Ureteral Injuries: External and Iatrogenic. Urologic Clinics of North America, 33, 55-66. Retrieved January 14, 2018.
- BRANDES, S. (2004). The Consensus on Genitourinary Trauma. BJU INTERNATIONAL, 94, 277-289. Retrieved January 14, 2018.

COMPLICACIONES UROLOGICAS EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA

Dr. Horacio Manuel Rey

Médico Urólogo, Jefe de Unidad de la División Urología, Hospital Carlos G. Durand
Docente, Departamento de Cirugía, División de Urología, Universidad de Buenos Aires

LESIONES URETERALES

ETIOLOGÍA

Las lesiones del uréter pueden distinguirse de acuerdo con el tipo de injuria (ligadura, perforación, división, etc.); la localización; o el tiempo transcurrido hasta su reconocimiento. Estas distinciones son válidas para un planteo terapéutico, pero cuando el interés está centrado en el reconocimiento y la prevención es de mayor significación una clasificación etiológica. De esta manera pueden dividirse en:

1.- Lesiones quirúrgicas: a) En cirugía abierta

- Ginecológica
- Obstétrica
- General intraabdominal
- Neurológica
- Urológica

b) Procedimientos quirúrgicos endoscópicos

2.- Traumatismos externos

3.- Lesiones por irradiación

4.- Fuentes misceláneas de traumatismos

La anatomía del uréter, su tamaño, forma, localización, aporte vascular y relación con los órganos abdominales, lo expone a traumatismo durante los procedimientos quirúrgicos en el retroperitoneo, tracto genital femenino y rectosigma. En lo concerniente a la cirugía ginecológica y obstétrica, la porción pelviana del uréter es vulnerable porque transcurre en íntima relación con la arteria uterina, el cuello del útero y la porción lateral de la vagina. La enfermedad inflamatoria pélvica, los tumores o las anomalías del tracto urinario alteran la posición del uréter e incrementan el riesgo de lesionarlo.

Novak describió 5 zonas en el curso del ureter femenino donde es más probable la lesión:

- a) en el entrecruzamiento con los vasos ilíacos,
- b) en la fosita ovárica,
- c) en su porción intraligamentaria,
- d) en el entrecruzamiento con la arteria uterina, y
- e) en su recorrido por la pared vesical durante las reparaciones de las fistulas vesicovaginales.

Aparentemente más del 80% de las lesiones ureterales ocurren en estos sectores. La irrigación sanguínea del uréter es un retículo libremente anastomosado que se origina de las arterias renales por arriba y de ramas de la uterina, la vaginal, y la vesical inferior por abajo. La porción media del uréter tiene un número de ramas variables procedentes de la aorta, gonadal e ilíaca primitiva. En un pequeño porcentaje de casos todo el aporte sanguíneo al plexo inferior del uréter procede de la arteria uterina, haciendo a este segmento ureteral susceptible a las lesiones isquémicas luego de una histerectomía radical. El plexo arterial, que puede condensarse en una sola arteria longitudinal que sigue todo el trayecto del uréter, está situado en la capa adventicia. Ramas de la capa adventicia perforan la lámina muscular y forman un segundo plexo venoso en la capa subepitelial. Los capilares constituyen un nuevo plexo venoso en la capa subepitelial que se continúa con un segundo plexo adventicio. La capa adventicia con sus nervios, vasos sanguíneos y linfáticos, transcurre libremente en el retroperitoneo como cualquier superficie serosa. Es necesario protegerla durante la cirugía para prevenir las secuelas fibróticas de la isquemia, que interferirán la peristalsis conductiva normal.

Todo el uréter puede ser movilizado con seguridad y liberado de sus arterias nutricias, si no se desconecta de la pelvis renal y de la vejiga. Una pared ureteral engrosada y crónicamente obstruida desarrollará un retículo más libremente anastomótico de vasos intramurales y tolerará más disección de la adventicia que el uréter normal frágil. El riesgo de necrosis isquémica aumenta con las operaciones iterativas, especialmente cuando un manguito fibroso incorpora los vasos adventicios después de una segunda movilización quirúrgica.

La lesión del uréter durante una operación puede ser debida a: ligadura completa o parcial; aplicación inadvertida de pinzas hemostáticas; sección completa o parcial; resección de un segmento longitudinal; compromiso de su aporte sanguíneo por disección extensa resultando en necrosis y formación de una fistula; y distorsión por una ligadura.

La ligadura completa y la sección completa parecen ser las lesiones más frecuentes.

Las fistulas quirúrgicas reconocen 3 etiologías:

- a) trauma directo;
- b) presión y necrosis;
- c) necrosis avascular; pudiendo existir combinaciones.

La lesión ureteral puede ser deliberada si la patología, generalmente neoplásica, interesa al uréter. Por lo común es una resección ureteral segmentaria más o menos extendida y por ende más o menos difícil de reparar. Tiene la ventaja de ser deliberada y por lo tanto inmediatamente reconocida y reparada.

INCIDENCIA

La incidencia de lesiones quirúrgicas del uréter es difícil de evaluar debido a que por un lado muchas de ellas son reconocidas y reparadas en el mismo acto quirúrgico, sin quedar registradas en las estadísticas. Por otro lado la falta de urogramas excretores en el preoperatorio impide detectar lesiones preexistentes que se atribuirían incorrectamente al procedimiento quirúrgico. Por último la ausencia de urograma excretor posoperatorio hace pasar inadvertidas lesiones ureterales con síntomas mínimos reconocibles. La relación entre uni y bilateralidad es de 6 a 1 respectivamente (36), y el uréter más frecuentemente afectado es el izquierdo.

La participación de la cirugía ginecológica en las lesiones quirúrgicas del uréter varía de acuerdo a diversos autores. Los procedimientos ginecológicos por patologías benigna tienen una incidencia de lesiones ureterales que varía entre el 0,05% y el 2,41% según diversas series recopiladas por Solomons y col. (38) Debe apuntarse, sin embargo, que la mayoría de ellas carecían de estudios urográficos en el pre y postoperatorio.

Los mismos autores al revisar una serie de 200 operaciones ginecológicas por patología benigna estudiadas con urograma excretor pre y postoperatorio hallaron 20,5% de uronefrosis preoperatorias, y comprobaron una incidencia de lesiones ureterales del 2,5%

Parecería que los disturbios en el tracto urinario son la más frecuente y significativa complicación postoperatoria de la histerectomía radical. Sobre 623 operaciones de Wertheim revisadas por Green y col. (13) hubo lesiones ureterales en 2,5% con la fistula ureterovaginal como presentación más frecuente. Estos autores no hallaron una correlación entre el estadio tumoral y la frecuencia de lesiones como señalan otros(36). La injuria ureteral que cursa en forma silenciosa es más común de lo que podría suponerse. Fue evidenciada radiológicamente entre el 24 y 46% de las pacientes según distintos autores (13, 27).

Considerando exclusivamente las pacientes con lesiones ureterales sintomáticas luego de cirugía obstetricoginecológica, la histerectomía total ampliada es la causante del mayor número de injurias, aproximadamente el 58%; quedando en segundo y tercer lugar la histerectomía radical (Wertheim) y la cirugía obstétrica respectivamente. (17, 24, 29)

La explicación de la alta incidencia de lesiones ureterales en la oncocirugía ginecológica podría hallarse en las dificultades que implica la disección de un parametrio patológico, máxime si se asocia a linfadenectomía. La obesidad o la edad de las pacientes no muestran relación con la incidencia de lesiones ureterales, en cambio la hay con la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis, probablemente como consecuencia de mayores dificultades en la disección y/o deterioro del proceso de cicatrización local. De la misma manera actuaría la radioterapia previa. (13). El número de injurias ureterales como resultado de prácticas obstétricas y de cirugía vaginal es considerablemente menor que el resultante de la cirugía ginecológica abdominal

PREVENCIÓN

No existe un método universalmente aceptado para prevenir las injurias ureterales. Deben respetarse entonces algunos postulados cuando se planea una cirugía pelviana o del retroperitoneo. Es imprescindible conocer la anatomía topográfica del uréter, y las anomalías congénitas del tracto urinario, así como evaluar en el preoperatorio todas las fuentes de información que en un caso dado ayuden a evitar una complicación ureteral o a reconocerla lo antes posible. Durante el acto quirúrgico, la identificación del uréter en las etapas iniciales manteniéndolo continuamente a la vista es de innegable valor.

Las suturas por transfijión aún con materiales reabsorbibles deben utilizarse con cuidado, siendo inconveniente el uso de lino o seda.

Es útil recordar las áreas donde el uréter está más expuesto a las lesiones así como el riesgo que significan algunos gestos quirúrgicos: la ligadura del ligamento infundibulopélvico, la ligadura y sección de la arteria uterina y la reperitonización. Conviene ligar medialmente la arteria uterina, para preservar su rama ureteral. La sección accidental de la arteria uterina debe individualizarse mediante compresión digital de la arteria hipogástrica evitándose así las ligaduras en masa. (17) La disección del uréter del peritoneo es recomendable en la menor proporción posible porque el aporte sanguíneo ureteral está ligado a él; es por esta razón que el peritoneo se incide lateralmente al uréter en sus porciones superior y media y medialmente en su porción pélvica. (4)

El urograma excretor es un estudio primordial antes de cualquier procedimiento quirúrgico en el cual el tracto urinario es parte del campo operatorio. Suministra información sobre la función renal, el estado del árbol urinario superior, el curso del uréter, anomalías como uréteres dobles y la exacta posición de los riñones. Permitirá valorar también el contorno y posible distorsión de la vejiga. Si la urografía excretora no es satisfactoria, la ureteropielografía retrógrada permite una buena delineación ureteral aunque limita su uso la uronefrosis, por el marcado riesgo de instalar una infección por encima del sector obstruido.

Algunos autores sugieren que el cateterismo ureteral en el preoperatorio de cirugía abdominal y pélvica facilita su identificación y aislamiento en buena medida (17, 36, 39, 42) Es este un tópico de debate, pues se señalan algunos inconvenientes en su uso. No siempre es fácil palpártos y el no reconocimiento del catéter durante el acto quirúrgico es asumido como un permiso para cortar con seguridad. (5, 39) Se ha llamado la atención en años recientes sobre la morbilidad asociada al cateterismo ureteral bilateral; Stewart (citado por Rusche) informó que el 92% de los pacientes en quienes se realiza estudio diferencial de la función renal con la técnica de Stamey tienen complicaciones infecciosas. Repetimos que la prevención de la infección urinaria es de valor para evitar las estenosis fibrosas en pacientes que serán irradiadas.

Otras complicaciones son la oliguria y la anuria refleja. Por otro lado, el cateterismo ureteral preoperatorio, especialmente con catéteres de gran diámetro, incrementa las posibilidades de desarrollo de una estenosis fibrótica actínica si la paciente debe ser irradiada luego de la cirugía. (11)

La utilidad del urograma excretor ante la menor sospecha es obvia; y dada la alta frecuencia de lesiones ureterales que pasan absolutamente inadvertidas se propugna su uso sistemático. (42)

SINTOMATOLOGÍA Y MODALIDAD DE PRESENTACIÓN

La sintomatología de las lesiones ureterales postquirúrgicas, a excepción de la pérdida urinaria, no es específica (18, 28, 42) y a su vez depende de diversos factores como la uni o bilateralidad de la injuria, la presencia de estenosis ureteral o trayecto fistuloso, y la presencia o

Cuadro 2 Conductas para la prevención

- Estudio urológico previo.
- Identificación precoz del uréter en el acto quirúrgico.
- Evitar ligaduras en masa y puntos por transfijión.
- Ligar medialmente la arteria uterina para preservar la arteria ureteral que ella da.
- Evitar excesiva disección ureteral del peritoneo
- Incidir el peritoneo medialmente al uréter en porción pélvica.
- Evitar el uso de cateterismo ureteral previo a la cirugía.
- Efectuar urograma excretor posoperatorio en forma sistemática.
- ausencia de infección urinaria. El dolor, la fiebre, las molestias gastrointestinales,
- y el íleo adinámico, síntomas habituales de las lesiones
- ureterales, pueden presentarse a menudo en cualquier paciente operado.

En el caso de la lesión bilateral, la presencia de anuria en el posoperatorio inmediato de intervenciones quirúrgicas pélvicas es sugestiva de lesión quirúrgica (ligadura, oclusión ureteral bilateral) que obliga al inmediato estudio urológico, debiendo incluirse el diagnóstico diferencial con insuficiencia renal aguda, grave e infrecuente complicación. En cambio, la ligadura accidental de uno de los uréteres puede pasarse por alto durante el posoperatorio. Ya mencionamos la frecuencia con que la lesión ureteral puede transcurrir sin ser reconocida. El urograma excretor rutinario sería un método apropiado para evitar esto.

La infección urinaria en estas pacientes puede ocasionar fiebre, sepsis, dolor en el flanco y distensión abdominal. La fistula urinaria es el más significativo síntoma de extravasación y positiva evidencia de injuria. La pérdida de orina puede ser por vagina, lo cual obliga al diagnóstico diferencial con fistula vesicovaginal; por el sitio del drenaje o por la herida quirúrgica cutánea. Otras veces es hacia el retroperitoneo o el hipogastrio ocasionando fiebre y dolor (flemón urinoso o absceso); o hacia el peritoneo causando un cuadro de peritonitis química. La fistula ureterovaginal es el modo de presentación más frecuente.

La pérdida de orina por vagina puede ser vista por la paciente como incontinencia uretral, pero esto deberá analizarse cuidadosamente.

El tiempo de presentación de estos síntomas es variable. Una lesión unilateral con riñón contralateral normal puede pasar inadvertida durante muchos años. El tiempo que transcurre desde la intervención quirúrgica hasta la salida de orina, en caso de fistula, nos indicará el tipo de lesión que ocasiona. Cuando la pérdida es inmediata la causa será una herida o sección ignorada; si aparece a la semana en general será la consecuencia de una ligadura; y cuando aparece a las 2 semanas tendrá como origen la necrosis avascular por una ligadura parcial o por la presencia de hematoma.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de las injurias ureterales es restaurar el mecanismo urinario normal y preservar la función renal. Está influenciado por el tiempo transcurrido entre la injuria y su detección, el sitio y naturaleza de la injuria, la presencia de lesión uni o bilateral y la condición general del paciente. El reconocimiento de la lesión ureteral puede ser inmediata o retardada.

Según lo registrado en la literatura el reconocimiento inmediato en cirugía pélvica o abdominal ocurre en aproximadamente 30% de los casos. El momento en que se reconoce la lesión ejerce una profunda influencia en el tipo de manejo y es probablemente el factor aislado más importante para controlar los resultados de cualquier forma de terapia. (36) En el reconocimiento inmediato, la recuperación es más simple técnicamente, ya que se lleva a cabo en un campo quirúrgicamente limpio y ordenado, libre de las reacciones posoperatorias y el edema que rápidamente se acumula; se evita la reoperación lo que resulta en menor morbilidad y tiempo de intervención para el enfermo

Este manejo salva los compromisos en la viabilidad ureteral y en su longitud, que son secundarios a la periureteritis por extravasación urinaria, infección y reacciones posoperatorias. De cualquier manera, una lesión quirúrgica advertida y no premeditada deberá alterar el curso normal de la operación.

Es necesario que el cirujano emplee cualquier medida para confirmar el diagnóstico de lesión ureteral en la mesa de operaciones, el cateterismo ureteral parece el medio más apropiado para ello. El catéter puede instalarse endoscópicamente, a través de la vejiga mediante una cistectomía o por una ureterotomía. La localización del cabo proximal en casos de sección completa puede lograrse mediante inyección endovenosa de colorantes. (39)

Hay coincidencia entre diversos autores que el éxito de una anastomosis ureteral-terminoterminal se basa en tener en cuenta las siguientes consideraciones: (6, 8, 32, 36, 39, 43, 44)

Consideraciones para el éxito de una anastomosis ureteral termino terminal

- 1.- Viabilidad de los cabos a anastomosar.
- 2.- Ausencia de tensión en la línea anastomótica.
- 3.- Evitar anastomosis circular.
- 4.- Impermeabilidad de la anastomosis.
- 5.- Usar catéteres tutores cuando sea necesario.
- 6.- Drenar el foco quirúrgico.

a) Viabilidad de los cabos a anastomosar: La porción injuriada del uréter debe ser cuidadosamente debridada para remover todo tejido desvitalizado; en casi todas las instancias esto significa la escisión de un segmento ureteral aunque la sección haya sido parcial.

b) Ausencia de tensión en la línea anastomótica: No debe haber tensión en la línea de sutura; para lograrlo los segmentos ureterales serán movilizados extensamente si fuese necesario. En la movilización se hará lo posible para

conservar la adventicia, la que a su tiempo, si está bien desarrollada, puede aproximarse con algunos puntos para que actúe de soporte y alivie cualquier tensión.

B) Tratamiento de las lesiones de diagnóstico tardío, El estado del uréter luego de la injuria debe evaluarse como parte del plan diagnóstico, aunque muchas veces la situación real queda determinada en el momento del procedimiento reparador. La naturaleza de la lesión ureteral y las características del proceso cicatrizal deben tenerse presentes para cada situación. La obstrucción completa o incompleta influye la factibilidad de procedimientos endoscópicos. Se evaluará la sección parcial o total con o sin formación de fistula, la inflamación periureteral secundaria a la extravasación y la cicatrización en un área en contacto con tejidos sólidos (músculo o riñón) que origina una fibrosis densa. La extensión de la operación causal y la condición (benigna, maligna, postradiación, inflamatoria) por la que fue realizada, son factores adicionales que merecen consideración cuidadosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfert, H.J.; Gillenwater, J.Y.: The consequences of ureteral irradiation with special reference to subsequent ureteral injury. *The Journal of Urology* 107: 369, 1972.
2. Anderson, H.V.; Hodges, C. V.; Behnam, A.M.; Ocker, J.M.: Transuretero-ureterostomy; experimental and clinical experiences. *The Journal of Urology* 83, 593, 1960.
3. Béland, G.: Early treatment of ureteral injury found after gynecological surgery. *The Journal of Urology* 118: 25, 1977.
4. Boxer, R.J.; Fritzsche, P.; Skinner, D.G.; Kaufman, J.J.; Beat, E.; Smith, R.B.; Goudwin, W.E.: Replacement of the ureter by small intestine: clinical application and results of the ileal ureter in 89 patients. *The Journal of Urology* 121: 728, 1979.
5. Byron Beare, J.; Wattenberg, C.A.; Parsons, R.P.: Ureteral injury. *The Journal of Urology* 96: 885, 1966.
6. Carlton, C. E.; Scott, R.; Guthrie, A.G.: The initial management of ureteral injuries: a report of 78 cases. *The Journal of Urology* 105: 335, 1971.
7. Cosciani-Cunico, S.; Pegoraro, V.; Graziotti, P.P.: La transureteroureterostomie avec reimplantation de l'ureter dans une vessie psorique. *Journal d'Urologie* 89(2): 77, 1983.
8. De Weerd, J.H.; Henry, J.F.: Z-plastic ureterouretostomy. *The Journal of Urology* 96: 885, 1966.
9. Ehrlich, R.M.; Skinner, D.G.: Complications of transureterostomy. *The Journal of Urology* 113: 467, 1965.
10. Filimon, C.; Vanta, M.; Ciobanica, E.; Ardeleanu, G.; Filimon, O.: Les fistules urogenitales tumorales malignes. *Journal d'Urologie* 89(8): 573, 1983.
11. Goodman, M.; Dalton, J. R.: Ureteral strictures following radiotherapy: incidence, etiology and treatment guidelines. *The Journal of Urology* 128: 21, 1982.
12. Goodwin, W.E.; Scardino, P.T.: Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: A summary of 25 years of experience. *The Journal of Urology* 123: 370, 1980.
13. Green, T.H.; Meigs, J.V.; Ulfelder, H.; Curtin, R.R.: Urological complications of radical Wertheim hysterectomy: incidence, etiology, management and prevention. *Obstet-Gynecology* 20(3): 293, 1962.
14. Greenberg, R.; Coleman, J.W.; Quiguyan, C.C.; Marion, D.; Albanese, C.; O'Dell, G.; Mc Govern, J.H.: Bladder mucosae grafts: Experimental use as a ureteral substitute and observation of certain physical properties. *The Journal of Urology* 129: 634, 1983.
15. Gurin, J.I.; García, R.L.; Melman, A.; Leiter, E.: The pathologic effect of ureteral ligation, with clinical implications. *The Journal of Urology* 128: 1404, 1982.
16. Harrow, V.R.: A neglected maneuver for uretero-vesical reimplantation following injury at gynecologic operations. *The Journal of Urology* 100: 280, 1968.
17. Higgins, Ch. C.: Ureteral injuries during surgery. *J.A.M.A.* 199 (2): 82, 1967.
18. Hoch, W.H.; Kursh, E.D.; Persky, L.: Early, aggressive management of intraoperative ureteral injuries. *The Journal of Urology* 114: 530, 1975.
19. Hodges, C.V.; Moore, R.J.; Lehman, T.H.; Behnam, A.M.: Clinical experience with transuretero - ureterostomy. *The Journal*

Por otra parte, dando respuesta a los puntos señalados en su comunicación, manifestamos lo siguiente:

1. Centros médicos Colmédica y Colmédica medicina prepagada han realizado cobertura de los servicios médicos solicitados
2. Siempre se ha realizado autorización, cobertura y seguimiento oportuno a los servicios solicitados al respecto.

3. Frente a lo solicitado en el punto 4 "asumir toda la responsabilidad económica para reparar los daños patrimoniales que estoy sufriendo con ocasión de estos hechos", es pertinente indicar, que acuerdo a lo definido en junta médica, el caso corresponde a una Complicación esperable, no prevenible y que en consecuencia no es posible acceder a esta pretensión.

4. El análisis integral del caso en Junta médica, determinó que en todas las valoraciones médicas fueron solicitadas las ayudas diagnósticas y paraclínicos requeridos de acuerdo a su sintomatología y cuadro clínico. Es relevante anotar que los hallazgos evidenciados fueron incidentales, y que detectado el diagnóstico de hidronefrosis en la resonancia magnética fueron realizados prioritariamente los estudios diagnósticos complementarios y los procedimientos quirúrgicos requeridos.

Reiteramos nuestra disposición en realizar seguimiento clínico del caso y el acompañamiento requerido. Agradecemos la manifestación de inconformidades relacionadas con el proceso asistencial, toda vez que nos permite elaborar planes de acción enfocados hacia el mejoramiento continuo

Le recordamos que también estamos atentos a sus comentarios y sugerencias a través de nuestra página en Internet www.colmedica.com y en las líneas asistencia Colmédica 7464646 en Bogotá y 018000123700 a nivel nacional.

Atentamente



NANCY ANDREA BARRERA CALDERÓN
Profesional Reclamos Área Médica
COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA

Nota: "De la anterior manera hemos atendido su solicitud, no sin antes manifestarle que frente a cualquier desacuerdo con la actuación de esta compañía, usted puede elevar consulta ante la Secretaría de Salud de su lugar de residencia, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control"