Punción accidental de la arteria iliaca durante retirada de Catéter Doble J por ureteroscopia, una complicación no descrita

Fernández Medina E.¹, Paños Fagundo EV.², Truyols Domínguez C.³, Del Castillo T.³

Sanid. mil. 2011; 67 (4): 367-368; ISSN: 1887-8571

RESUMEN:

La punción de la arteria iliaca durante ureteroscopia es una complicación rara pocas veces descrita en la literatura pero potencialmente grave. La ureteroscopia es un procedimiento seguro para el diagnóstico y tratamiento de la patología del tracto urinario superior. Presentamos por tanto, un caso clínico no muy frecuente como llamada de atención para todos a no subestimar ningún tipo de acto quirúrgico, y que demuestra la importancia de la comunicación entre todos los profesionales que cuidamos del paciente durante una cirugía. Por último queremos llamar la atención sobre la mascarilla laríngea que permitió una ventilación eficaz de la paciente durante todo el procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Complicaciones ureteroscopia, Prótesis endovascular, Mascarilla laríngea.

Accidental puncture of the iliac artery when pulling back a double J by ureteroscopy, an undescribed complication.

SUMMARY: the puncture of the iliac artery during an ureteroscopy is a rare complication seldom described in the literature but potentially serious. Ureteroscopy is a safe procedure for diagnosis and treatment of the pathology of the higher urinary tract. We present a clinical case as a warning not to underestimate any surgical procedure. This case emphasizes the importance of communication among all medical personnel who participate in a surgical procedure. Finally we wish to draw attention to the laryngeal mask that allowed the efficient ventilation of the patient during the whole procedure.

KEY WORDS: Ureteroscopy complications, Endovascular prosthesis, Laryngeal mask.

CASO CLÍNICO

La punción de la arteria iliaca durante ureteroscopia es una complicación rara pocas veces descrita en la literatura pero potencialmente grave¹. La ureteroscopia² es un procedimiento seguro para el diagnóstico y tratamiento de la patología del tracto urinario superior³. Presentamos el caso de una mujer de 35 años programada para retirada de Catéter Doble J (CDJ) migrado a pelvis renal izquierda mediante ureteroscopia. Antecedentes personales: Carcinoma de Cervix hace 6 años tratado con Histerectomía y Doble anexectomía. QT y RT posterior, actualmente en remisión. Había desarrollado complicaciones como: fístula ureterointestinal derecha que precisó cierre quirúrgico, estenosis ureteral bilateral secundaria a fibrosis retroperitoneal postradioterapia tratada con catéter doble J bilateral, realizando cambios periódicos de los mismos. La paciente acude remitida desde otro centro para extracción del CDJ alojado en pelvis renal.

Se lleva a cabo el procedimiento bajo anestesia general. Tras monitorizar frecuencia cardiaca (FC), presión arterial no invasiva (PANI) y SatO₂, se canaliza una vía periférica de grueso calibre y se procede a la inducción con fentanilo 1 µg/kg y propofol 2 mg/kg, sin relajantes musculares, y se coloca un dispositivo supraglótico

Proseal® nº 4, comprobando la correcta posición de la mascarilla mediante el paso de una sonda nasogástrica y la ausencia de fugas aéreas. Mantenimiento con remifentanilo 0,1 µg/kg/min según FC y PANI, propofol 10 mg/ml para un índice bispectral (BIS) 40-60.

Durante las ureteroscopia se objetivó una zona estenótica a nivel de uréter pélvico que no permitió el paso del ureteroscopio, se realizó dilatación con balón volviendo a encontrar gran dificultad. Ante la falta de progresión, a pesar de intentarlo sobre guía, se realizó una pielografía de control a través de ureteroscopio donde se observó paso de contraste a la arteria iliaca común (Fig. 1b).

Avisados por el cirujano se procede a canalizar arteria radial derecha con Test de Allen previo y Vena central yugular interna derecha, ambos sin incidencias; se monitorizan presión arterial invasiva (PAI), presión venosa central. Se solicita hemograma basal (Hemoglobina 13,9 mg/dL), pruebas cruzadas de urgencia y se prepara Fresenius Hemocare®. La paciente permanece estable hemodinámicamente, sin necesidad de drogas vasoactivas con FC en torno a 55 latidos por minuto y PA media de 80 mm Hg aproximadamente, se decide pues una actitud anestésica expectante.

Sin retirar el ureteroscopio se procedió a la colocación de prótesis endovascular cubierta por vía percutánea femoral por parte del servicio de radiología vascular intervencionista (Fig. 1a, 2). Posteriormente se realizó Nefroscopia Izquierda extrayendo el CDJ migrado, dejando una nefrostomía percutánea y se colocó un nuevo CDJ, transcurriendo sin incidencias los dos procedimientos. Se evidencia sangrado importante, en analítica de control refleja Hb 10,8 mg/dL y se decide iniciar la transfusión de dos concentrados de hematíes (CH), con la intención de adelantarnos a la anemia por sangrado. Se despierta a la paciente, recuperando la consciencia y retirando el dispositivo supraglótico sin novedad; es trasladada a

¹ Cap. Médico en la reserva. Servicio de Anestesiología

² Cap. Médico. Servicio de Urología.

³ Médico Residente. Servicio de Anestesiología.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Eugenio Fernández Medina. fdez_medina@hotmail.com

Recibido: 5 de noviembre de 2010

Aceptado: 26 de mayo de 2011

Figura 1. A: Detalle de colocación de la endoprótesis. B: Paso de contraste a la arteria.

Unidad de Reanimación y realizamos un seguimiento de la paciente en el postoperatorio inmediato y en la planta hasta el alta hospitalaria 15 días después: experimenta anemia secundaria que requirió

transfusión de hasta 5 (CH), y trombocitosis reactiva ($800.000/\text{mm}^3$) valorada por servicio de Hematología sin necesidad de tratamiento, no se apreció sangrado activo por la clínica o pruebas de imagen realizadas, objetivando la ausencia de fugas de la endoprótesis.

Finalmente, podemos concluir en primer lugar, que debemos esperar siempre lo inesperado, aunque en este caso todos los antecedentes quirúrgicos, radioterapia, fibrosis en la zona hacían mucho más probable la aparición de complicaciones, en segundo lugar, se confirma que la comunicación con el cirujano es fundamental, debemos romper una lanza a favor de nuestro compañero que identificó y nos avisó inmediatamente de la complicación, no retiró el ureterorenoscopia hasta que llegaron los radiólogos intervencionistas evitando una hemorragia masiva, y dando tiempo a todas las medidas anticipatorias que realizamos. Por último queremos llamar la atención sobre la mascarilla laríngea que permitió una ventilación eficaz de la paciente durante todo el procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geavlete P, Georgescu D, Niță G, Mirciulescu V, Cauni V. Complications of 2735 retrograde semirigid ureteroscopy procedures: a single-center experience. *J Endourol* 2006; 20(3):179-85.
2. Livadas KE, Varkarakis IM, Skolarikos A, Karagiotis E, Alivizatos G, Sofras F, Deliveliotis Ch, Bissas A. Ureteroscopic Removal of Mildly Migrated Stents Using Local Anesthesia Only. *J Urol* 2007; 178(5): 1998-2001.
3. J.M. Alapont Alacreu, E. Broseta Rico, J.L. Pontones Moreno, F. Oliver Amorós, J.L. Palmero Martí, F. Boronat Tormo, J.F. Jiménez Cruz. Complicaciones de la ureterorenoscopia. *Actas Urol Esp* 2003; 27: 692-699.

Figura 2. Detalle endoprótesis Walgraft® ya colocada.