

# TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS EN LAS ANASTOMOSIS URETERO-INTESTINALES

M.J. ESTÉBANEZ ZARRANZ, J. AMÓN SESMERO, C. CONDE REDONDO,  
A. RODRÍGUEZ TOVES, D. ALONSO FERNÁNDEZ, J. CAMACHO PAREJO,  
J.M. MARTÍNEZ-SAGARRA OCEJA

*Servicio de Urología. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.*

**PALABRAS CLAVE:**

Estenosis. Uretero-intestinal. Endourología. Doble J.

**KEY WORDS:**

Strictures. Uretero-enteric. Endourology. Double-J.

Actas Urol Esp. 25 (5): 364-370, 2001

## **RESUMEN**

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de las estenosis en las anastomosis uretero-intestinales. Nuestra incidencia en esta complicación en las sustituciones vesicales ortotópicas es del 3,8%, y en las ileostomías cutáneas del 8,3%.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos tratado esta complicación a 6 pacientes con plastia de sustitución vesical ortotópica y 4 con ileostomía cutánea. Intentamos realizar una dilatación de la estenosis con balón de alta presión y dejar una sonda doble J.

**RESULTADOS:** En 4 casos no logramos cateterizar la estenosis por existir un stop completo. De los otros 6 pacientes uno está bien sin doble J, otro no toleró la sonda y tuvimos que realizar una reanastomosis abierta, 2 mantuvieron la sonda hasta su fallecimiento por metástasis y otros 2 viven actualmente con sonda y cambios periódicos.

**CONCLUSIONES:** Las anastomosis directas del uréter en el intestino tienen menos riesgo de estenosis. Las técnicas endourológicas deben ser la primera opción en el tratamiento de estos pacientes.

## **ABSTRACT**

We report our experience in the treatment of uretero-enteric anastomotic strictures. Our incidence in this complication is 3,8% in orthotopic bladder substitution and 8,3% in ileal conduit.

**MATERIAL AND METHODS:** We have treated this complication in 6 patients with orthotopic bladder substitution and 4 with ileal conduit. We tried to perform a dilatation with a high pressure balloon and to place a Double-J catheter.

**RESULTS:** In 4 cases we could not introduce the guidewire through the stricture because there was a total stop. In the others 6 cases, one is doing well without Double-J, another one did not tolerate the catheter and we performed an open surgical reanastomosis, 2 kept the catheters until their death due to metastases and the other two continue alive with their catheter periodically replaced.

**CONCLUSIONS:** The direct uretero-enteric anastomoses present less stenoses risk. Endourological techniques should be the first option in treatment of these patients.

**L**a estenosis de la anastomosis uretero-intestinal es una complicación que aparece en el 4-8%<sup>1,2</sup> de los casos en las series clásicas de ileostomía cutánea. En las series de sustituciones vesicales ortotópicas este dato es más variable y fluctúa entre un 1,5%<sup>3</sup> a un 29%<sup>4</sup>. El tratamiento clásico de esta complicación es la reanastomosis ureteral por laparotomía. Esta es una cirugía de alto riesgo y susceptible de múltiples complicaciones, pero ofrece un porcentaje de éxitos del 90%<sup>5,6</sup>.

Se han descrito varias técnicas endourológicas como la dilatación de la estenosis, la incisión bien con corte eléctrico o corte frío, o la colocación de prótesis endoluminares. Debido a las especiales características de estos pacientes, nosotros hemos optado por la técnica menos agresiva: la dilatación de la estenosis con balón de alta presión y la colocación de un catéter doble J. Según la evolución del enfermo, nos planteamos retirar el doble J o dejarlo a permanencia con cambios periódicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Noviembre de 1981 hemos operado 206 plastias de sustitución vesical ortotópica, de las cuales hemos seguido revisando 157 casos, ya que los 49 restantes han sido revisados en su centro de procedencia. De éstas, 6 han presentado esta complicación que supone una tasa del 3,8%. Nuestra serie de sustituciones vesicales ha sido previamente publicada<sup>7</sup>. Siempre realizamos una plastia ileal destubulizada con anastomosis uretero-intestinal directa tipo Wallace II, y con espatulación de los uréteres. Utilizamos puntos sueltos de ácido poliglicólico 5/0 e intubamos la anastomosis 11 días con sondas de silicona. El mecanismo antirreflujo lo confiamos a una chimenea ileal con o sin intususcepción.

Hemos añadido a esta serie 4 casos de estenosis uretero-intestinales en derivaciones tipo Bricker. En este periodo de tiempo hemos operado 48 casos de Bricker, lo que supone una tasa de estenosis de 8,3%. Asimismo en todos ellos la anastomosis uretero-intestinal se realizó mediante la técnica de Wallace II, con espatulación de los uréteres.

Todos los pacientes eran varones y habían sido cistectomizados previamente por presentar cáncer vesical. Ninguno había sido sometido a radioterapia.

El tiempo de aparición de la estenosis después de la cirugía ha sido entre 2 y 35 meses con una media de 14,9.

Todos los pacientes fueron evaluados inmediatamente antes del alta hospitalaria después de la cistectomía, mediante analítica completa sanguínea (hemograma, bioquímica, gasometría) así como urografía intravenosa. Posteriormente, fueron revisados cada cuatro meses el primer año y cada seis los años posteriores mediante analítica sanguínea completa, citología urinaria y ecografía. Una vez diagnosticada la estenosis, a todos se les evaluó con urografía intravenosa, ecografía abdominal, pielografía translumbar, TAC y citología urinaria, para descartar una recidiva tumoral en la zona de la anastomosis. La pielografía translumbar es la prueba con la que obtenemos los datos más importantes a cerca de la longitud y diámetro de la estenosis.

La primera opción terapéutica fue endourólica. El abordaje lo podemos realizar por vía exclusivamente percutánea o ayudándonos por vía transuretral.

Iniciamos el procedimiento con una punción percutánea del riñón. Intentamos progresar la guía a través del uréter mediante una sonda cobra. Si no se consigue, o tenemos dificultades para la introducción de catéteres en el uréter, realizamos un trayecto percutáneo con un balón de Olber e introducimos un Amplatz en el riñón. A través del Amplatz podemos introducir un nefroscopio, que nos facilita el paso de catéteres al uréter. El momento más difícil del procedimiento es el paso de la guía a través de la estenosis. Solemos utilizar guías teflonadas, pero las que mejor resultado nos han dado son las guías de Terumo. A partir de aquí podemos realizar el procedimiento bien por vía exclusivamente percutánea, o por vía transuretral. Pasamos a través de la guía unos catéteres ureterales que nos permiten dilatar algo la estenosis, hasta que conseguimos pasar el catéter balón de dilatación. Utilizamos un catéter balón de alta presión que tiene 4 cms de largo y alcanza 15 fr. de diámetro, con una presión de 20 atmósferas (Uromax™ 20, Microvasive®, Boston Scientific Corporation). Comprobamos radiológicamente que la muesca de la estenosis desaparece (Figs. 1 y 2). Realizamos la dilatación durante 5 minutos a una presión de 20 atmósferas (Fig. 3).



**FIGURA 1.** Balón de dilatación donde se observa la muesca de la estenosis.

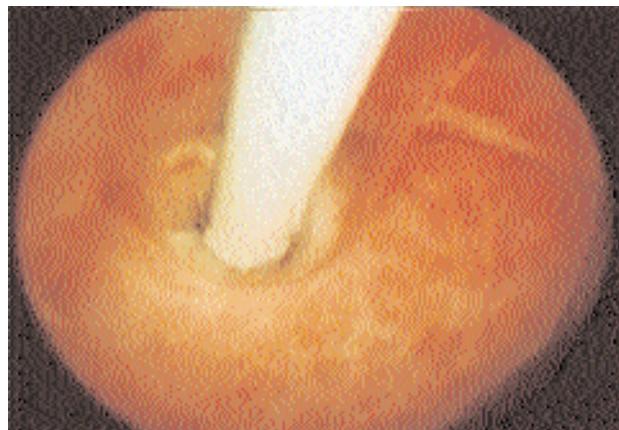


**FIGURA 2.** Balón de dilatación completamente inflado.

Para finalizar el procedimiento colocamos un catéter doble J.

Dependiendo de la evolución de la enfermedad tumoral del paciente y de la tolerancia al catéter doble J, se decide retirar el catéter y valorar el resultado o programar al paciente cambios periódicos de su sonda.

Si el procedimiento endourológico fracasa, se procede al tratamiento de la estenosis mediante cirugía abierta. Previamente a la cirugía se realiza una preparación intestinal del paciente. A través de una incisión media abdominal se identifica el uréter y el asa intestinal. Se reseca el uréter hasta tejido sano y se procede a realizar una anastomosis directa, con espatulización del uréter y sin tensión.



**FIGURA 3.** Vista del balón de dilatación en el uréter desde una vejiga ileal.

## RESULTADOS

No se presentaron complicaciones durante la intervención ni en el post-operatorio, en ninguno de los dos procedimientos (Tabla I).

En 4 casos la técnica endourológica fracasó por ser imposible el paso de una guía a través de la estenosis. En todos ellos se podía observar una ausencia de paso de contraste a través de la estenosis (Fig. 4). A dos de estos pacientes se les dejó una nefrostomía a permanencia hasta que fallecieron por metástasis de su tumor vesical (5 meses y 1 año). A otro paciente se la realizó una reanastomosis abierta con éxito. En el último paciente nos decidimos por la abstención terapéutica ya que el riñón contralateral estaba sano y estaba asintomático.

De los 6 pacientes a los que se consiguió dilatar, uno está actualmente sin estenosis y sin doble J (llevó catéter durante 3 meses). Otro paciente no toleró el catéter y fue necesario realizar una reanastomosis por laparotomía. Actualmente vive asintomático y sin estenosis. Dos pacientes mantuvieron el doble J con cambios periódicos hasta su fallecimiento por metástasis (uno 6 y otro 12 meses). Un paciente actualmente vive con doble J y está en programa de cambios periódicos de su sonda. El último paciente fue portador de catéter doble J durante 24 meses. Durante un cambio de sonda, se salió la guía de la vía urinaria y fue imposible la recolocación del catéter. Se decidió dejar al paciente sin sonda y permaneció asintomático durante 27 meses. Al cabo de este tiempo presentó un episodio de anuria, siendo necesario realizar una nueva dilatación percutánea. Actualmente vive con doble J y en programa de cambios periódicos de su sonda.

TABLA I

DATOS DE LOS PACIENTES, TRATAMIENTO REALIZADO Y RESULTADOS

Paciente	Derivación	Anatomía patológica	Tiempo de presentación después de la cirugía	Tipo de estenosis	Tratamiento	Evolución
J.C.A.	Bricker Wallace II	pT3aN0Mo	6 meses	Riñón izdo Total	No se consigue el paso de la guía	No se realiza más tratamiento
E.G.G.	Bricker Wallace II	pT3bN3Mo	8 meses	Bilateral Total	No se consigue el paso de la guía. Nefrostomía	Muere al año por metástasis
C.R.E.	Bricker Wallace II	pT3bN0Mo	8 meses	Bilateral Parcial	Nefroscopio. Dilatación. Doble J. Cambios periódicos	Muere al año con metástasis
J.P.M.	Plastia ileal Wallace II	pTisN0Mo	30 meses	Derecho Total	No se consigue el paso de la guía. Reanastomosis	Vive. Asintomático
D.C.P.	Plastia ileal Wallace II	pT3bN2Mo	2 meses	Bilateral Total	No se consigue el paso de la guía. Nefrostomía	Muere a los 5 meses por metástasis
F.T.A.	Plastia ileal Wallace II	pT3aN0Mo	26 meses	Derecho Parcial	Nefroscopio. Dilatación. Doble J durante 3 meses	Vive a los 3 años asintomático. Ligera dilatación
G.G.P.	Plastia ileal Wallace II	pT3aN0Mo	31 meses	Bilateral Parcial	Dilatación. Doble J durante 9 meses. Reanastomosis	Vive. Asintomático
M.V.M.	Plastia ileal Wallace II	pT3aN0Mo	7 meses	Bilateral Parcial izdo	Dilatación percutánea. Doble izquierdo. Cambios periódicos	Muerto por metástasis a los 10 meses
P.A.Y.	Plastia ileal Wallace II	pT3aN0Mo	35 meses	Derecho Parcial	Dilatación transuretral. Doble J. Cambios periódicos	Vive con doble J. Asintomático
R.C.S.	Bricker Wallace II	pT3aN0Mo	6 meses	Bilateral Parcial dcho	Dilatación percutánea. Doble J	24 meses con doble J. 27 después sin doble J. Actualmente doble J y cambios periódicos

### COMENTARIOS

Se han propuesto varias causas etiológicas en la aparición de estenosis en las anastomosis uretero-entéricas. Entre ellas: la recidiva tumoral, la necrosis vascular, los fallos en la técnica, la extravasación de orina y la inflamación. Se ha podido demostrar una mayor incidencia en pacientes sometidos a radioterapia<sup>8</sup> y en el lado izquierdo<sup>6</sup>. Esto último se explica porque el uréter de este lado, habitualmente, es el que se pasa al lado contrario y precisa de una disección mayor. Lang<sup>9</sup> afirma que la isquemia es el factor adverso más importante, para el tratamiento mediante dilatación de las estenosis.

Nosotros pensamos que es necesario realizar una técnica quirúrgica que prevenga la estenosis. Para ello realizamos siempre una anastomosis directa en el intestino con espatulación del uréter. Intentamos disecar los uréteres lo menos posible y sin llegar a lesionar la arteria ureteral media. Esto es posible en la mayoría de los casos de sustitución vesical, pero no en las ileostomías cutáneas, en las que precisamos de una mayor disección del uréter izquierdo. Probablemente ésta sea la causa por la que nuestro índice de estenosis sea mayor en las derivaciones tipo Bricker.

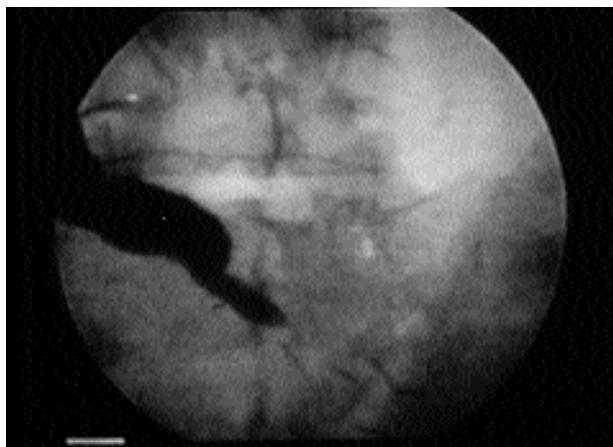


FIGURA 4. Estenosis completa de la anastomosis.

En nuestra serie el intervalo desde la operación inicial hasta la manifestación clínica de la estenosis es de 2-35 meses (media de 14,9). En otras series este dato es muy variable: 1-72 meses (media 30,4)<sup>10</sup>, 3-60 meses (media 17)<sup>11</sup>, 0,7-70 meses (media 11,7)<sup>12</sup>. Creemos que esto puede ser debido al escaso número de pacientes que se presentan.

El tratamiento standard ha sido durante mucho tiempo el reimplante ureteral mediante cirugía abierta. Los progresos en las técnicas endourológicas han cambiado este criterio, y actualmente son estas las que se utilizan generalmente en primer lugar. Se han descrito varios procedimientos. El primero fue la inserción de un catéter doble J de forma anterógrada o retrógrada<sup>6</sup>. Se ha hablado sobre la posibilidad de que el catéter se obstruya con el moco intestinal, sin embargo la mayoría de los autores no refieren esta complicación<sup>13,14</sup>, y nosotros tampoco la hemos encontrado. En nuestro servicio realizamos esta técnica debido a su sencillez y su bajo índice de complicaciones. Creemos que es necesario realizar una dilatación de la estenosis ya que esto facilita el paso de la sonda y los cambios posteriores.

Otros autores han utilizado la dilatación de la estenosis como único tratamiento. Los resultados son buenos en series de corto periodo de seguimiento, pero desalentadores cuando los pacientes son controlados a largo plazo. Shapiro<sup>15</sup> comunica una tasa de éxitos del 16% cuando se realiza un seguimiento de un año. Justifica este hecho por el compromiso isquémico del uréter en estas estenosis. Kwak<sup>16</sup> obtiene una tasa de éxitos del 18% y afirma que no se obtienen beneficios realizando múltiples dilataciones.

Mejores resultados se obtienen con la incisión de la anastomosis. Kramolowsky<sup>17</sup> realiza una incisión con electrodo pasado a través de un cistoscopio flexible o un nefroscopio flexible. Con esta técnica en 15 pacientes tiene unos resultados a largo plazo del 57%, pero comunica alguna complicación como una fistula uretero-entérica. Cornud<sup>11</sup> utiliza un papilotomo para incidir en la anastomosis, realizando la técnica únicamente con visión radioscópica. Tiene buenos resultados a corto plazo, pero ninguno de sus 7 pacientes sobrepasa los 13 meses de seguimiento. También comunica una complicación grave, un urinoma que precisó cirugía abierta para su solución. Schneider<sup>18</sup> utiliza un cuchillote de corte frío y comunica dos casos de ureterosigmoidostomías con buenos resultados. Yamada<sup>19</sup> realiza incisión de la estenosis mediante ureteroscopia, pero en uno de sus casos presentó una lesión de la arteria iliaca, por lo que no recomienda este procedimiento en estenosis post-operatorias de uréter medio. Por todo esto, nosotros pensamos que estas técnicas tienen excesivo riesgo de complicaciones como para ser utilizadas habitualmente. Creemos que deben ser reservadas para casos especiales (pacientes en los que no se pueda colocar el doble J o no se tolere, y la cirugía abierta esté contraindicada).

El tratamiento con prótesis auto-expandibles todavía está en fase de experimentación, pero se han comunicado algunos casos con buenos resultados a corto plazo<sup>20</sup>. Sin embargo los resultados a largo plazo son desalentadores, apareciendo un gran número de complicaciones (migración de la prótesis, obstrucción por hiperplasia mucosa ...). De Filippo<sup>21</sup> afirma que sólo 1 de cada 6 stents era viable a los 11 meses.

Como comentario a nuestra serie podemos destacar varias cosas. En primer lugar la dificultad que entraña el pasar una guía a través de una estenosis completa. Generalmente cuando no hay paso de contraste, es imposible el paso de la guía, por lo que actualmente desestimamos en estos pacientes las técnicas endourológicas. Asimismo, pensamos que la simple dilatación de la estenosis es una técnica que con el tiempo finaliza en fracaso. En dos pacientes en los que lo hemos intentado (F.T.A. y R.C.S.), uno ha evolucionado bien pero en otro recidió la estenosis a los 27 meses.

En conclusión:

1. Creemos que para prevenir esta complicación es mejor realizar una anastomosis uretero-intestinal directa tipo Wallace.
2. Creemos que la primera opción en el tratamiento de estos pacientes debe ser endourológica, ya que se puede solucionar un grave problema con un tratamiento poco agresivo.

## REFERENCIAS

1. SCHMIDT JD, HAWTREY CE, FLOCKS RH, CULP DA: Complications, results and problems of ileal conduit diversions. *J Urol* 1973; **109**: 210-217.
2. ENGEL RM: Complications of bilateral uretero-ileocutaneous urinary diversion: a review of 208 cases. *J Urol* 1969; **101**: 508-512.
3. LE DUC A, CAMEY M: Un proce d=implantation urétéroileale antireflux dans l=entérocystoplastia. *J Urol Néphrol* 1979; **85**: 449-453.
4. SAABAN AA, GABALLAH MA, AL-DAISTY TA, GHONEIM MA: Urethral controlled bladder substitution: a comparation between the intussuscepted nipple valva and the technique of Le Duc as antireflux procedure. *J Urol* 1992; **148**: 1.156-1.161.
5. LEZIN MA ST, STOLLER ML: Surgical ureteral injuries. *Urology* 1991; **38**: 497-506.
6. VANDENBROUCKE F, VAN POPPEL H, VANDEURSEN H, OYEN R, BAERT L: Surgical versus endoscopic treatment of non-malignant uretero-ileal anastomotic strictures. *Br J Urol* 1993; **71**: 408-412.
7. MARTÍNEZ-SAGARRA JM, CONDE C, AMÓN J, ESTEBANEZ J, RODRÍGUEZ A, ALONSO D: Sténose après una technique d=anastomose urétéro-iléale directe dans les entérocistoplasties de substitution. *Prog Urol* 2000; **10**: 43-47.
8. DAS S, TAYLOR R, JAVAHERI P: Inflammatory ureteral strictures after ureteroileal diversion. *J Urol* 1983; **129**: 820-822.
9. LANG EK, GLORIOSO LW: Anterograde transluminal dilatation of benign ureteral strictures: long-term results. *AJR* 1987; **150**: 131-134.
10. MERETYK S, CLAYMAN RV, KAVOUSSI LR, KRAMOLOWSKY EV, PICUS DD: Endourological treatment of ureteroenteric anastomotic strictures: long-term followup. *J Urol* 1991; **145**: 723-727.
11. CORNUD F, MENDELSBERG Y, CHRETIEN Y, HELENON O, BONNEL D, DUFOUR B, MOREAU JF: Fluoroscopically guided percutaneous transrenal electroincision of ureterointestinal anastomotic strictures. *J Urol* 1992; **147**: 578-581.
12. DE LA TAILLE A, RAVERY V, HOFFMANN P, HERMIEU JF, MOULINIER F, DELMAS V, BOCCON-GIBOD L: Le traitement des sténoses de l=uretere par catheters de dilatation a haute pression. *Prog Urol* 1997; **7**: 408-414.
13. ROSEN RJ, MCLEAN GK, FREIMAN DB et al.: Obstructed ureteroileal conduits: anterogradecatheter drainage. *AJR* 1980; **135**: 1.201-1.204.
14. VAN SCHAIK JPJ, HERRERA MA, VUCINICH JL et al.: Cope loop catéter for retrograde internal stenting of ureteroileal anastomotic strictures. *Urol Radiol* 1987; **9**: 191-193.
15. SHAPIRO MJ, BANNER MP, AMENDOLA MA et al.: Ballon catéter dilatation of ureteroenteric strictures: long-term results. *Radiology* 1988; **168**: 385-387.
16. KWAK S, LEEF JA, ROSENBLUM JD: Percutaneous balloon catheter dilatation of benign ureteral strictures: effect of multiple dilatation procedures on long-term patency. *AJR* 1995; **165**: 97-100.
17. KRAMOLOWSKY EV, CLAYMAN RV, WEYMAN: Management of ureterointestinal anastomotic strictures: comparison of open surgical and endourological repair. *J Urol* 1988; **139**: 1.195-1.198.
18. SCHNEIDER AW, CONRAD S, BUSCH R, OTTO U: The cold-knife technique for endourological management of stenoses in the upper urinary tract. *J Urol* 1991; **146**: 961-965.
19. YAMADA S, ONO Y, OHSHIMA S, MIYAKE K: Transurethral ureteroscopic ureterotomy assisted by a prior balloon dilation for relieving ureteral strictures. *J Urol* 1995; **153**: 1.418-1.421.
20. EGEA J, TRUEBA J, FERNÁNDEZ L, LÓPEZ JJ, DE LA CRUZ M, FERNÁNDEZ E: Endoprótesis metálicas auto-expandibles en el tratamiento de las estenosis ureterales recidivantes. *Arch Esp Urol* 1998; **51**: 258-263.
21. DE FILIPPO RE, KUZROCK EA, STEIN JP, SKINNER DG: Treatment of ureteral stricture following failed management with ureteral wall stent. *J Urol* 1998; **160**: 488-489.

Dr. M.J. Estébanez Zarzanz  
C/ Mariano de los Cobos, 89  
47014 Valladolid

(Trabajo recibido el 6 Julio de 2000)

## COMENTARIO EDITORIAL

De acuerdo con los autores, el gran desarrollo de las técnicas endourológicas han permitido una alternativa de tratamiento conservador en la estenosis de la anastomosis uretero-intestinal. Los estudios realizados a nivel experimental demuestran que la dilatación con balón del uréter produce una ruptura de la capa muscular, que cicatri-

zará en un espacio de 6 semanas a partir de fibras musculares de la capa intacta o bien por regeneración de fibroblastos pluripotenciales. Pero, generalmente, las estenosis uretero-intestinales observadas en la práctica clínica se deben a procesos isquémicos con desaparición de la capa muscular, lo que hace que no respondan bien a la dilatación con balón. Así, vemos como distintos

autores han informado su experiencia a corto plazo de las dilataciones de las estenosis uretero-intestinales, con una tasa de éxito nunca inferior al 60%. Pero si observamos los resultados al año de este procedimiento cirugía recidivan del 60 al 80% de las estenosis, obteniendo los mejores resultados aquellas series que han utilizado catéteres de grueso calibre modelando la estenosis dilatada durante un periodo de tiempo prolongado.

La combinación de la sección endoscópica y la dilatación ofrece mejores resultados que la simple dilatación. Kramolowsky y Meretik informan un éxito del 57% con una media de seguimiento de 2,5 años, destacando la baja incidencia de complicaciones (7%) solucionadas de forma conservadora. Concluyen que con esta técnica, sólo del 7 al 13% de los pacientes que presentan una estenosis de la anastomosis uretero-intestinal podrían necesitar una cirugía abierta. Animaría a los autores a que una vez conseguida la dilatación de la estenosis uretero-intestinal, que es la maniobra más dificultosa a realizar, añadieran la sección para intentar mejorar sus resultados, felicitándoles por la incorporación de esta técnica en su práctica urológica habitual, poco realizada por los distintos grupos de trabajo.

**Fdo.: I. Fernández González**

#### **RÉPLICA AL COMENTARIO EDITORIAL**

En primer lugar nos gustaría agradecer a la Dra. Fernández su comentario editorial.

Creemos que es un buen sistema de favorecer el debate científico y a pesar de ser una práctica habitual en otras revistas, muchas veces lo echamos de menos en la nuestra.

Con respecto a la incisión de las estenosis de las anastomosis uretero-entéricas nos gustaría hacer unos comentarios adicionales. Conocemos la técnica de Lobaco<sup>1</sup>. Creemos que es una técnica elegante y eficaz para las *estenosis en las ureterosigmoidostomías*. Nosotros la hemos utilizado en un caso con éxito. Sin embargo cuando reoperamos nuestros pacientes con anastomosis ureteroileales tipo Wallace, observamos que siempre la anastomosis está rodeada de asas intestinales y/o estructuras vasculares de la zona iliaca. Si revisamos la literatura nos llama la atención que no existen series importantes con esta técnica además de la de Kramolowsky. Únicamente se comunican casos aislados y pequeñas casuísticas en las que se observa un alto índice de iatrogenia e incluso mortalidad (ver citas 11, 17, 18 y 19 del trabajo). Todo ello nos hace pensar que ésta es una técnica de alto riesgo y no encontramos justificado utilizarla en pacientes que han sido ya sometidos a una cirugía importante, teniendo en cuenta que se puede solucionar su problema con una actuación quizás menos elegante pero tan efectiva y con mucho menos riesgo. Creemos que un cambio de doble J cada 6 meses no deteriora prácticamente la calidad de vida de nuestros pacientes como para justificar una actuación de alto riesgo como es la incisión de la anastomosis.

#### **REFERENCIAS**

1. LOBACO F, FERNÁNDEZ I, SERRANO A, MEROÑO E, GARCÍA E: Sección endoscópica de estenosis uretero-sigmaide técnica de invaginación endoluminal. Vídeo Arch Esp Urol 1995; 7.

**Fdo.: M.J. Estébanez Zarranz**