

## PROBLEMAS UROLOGICOS EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA \*

DR. LUIS ESTEVES F. \*\*

LA íntima relación entre las estructuras urinarias y el aparato genital de la mujer, tanto desde el punto de vista anatómico como patológico, crea problemas de orden quirúrgico al ginecólogo, de gran importancia y trascendencia para el paciente; que el especialista debe saber advertir y tratar y, en lo posible evitar.

Por otra parte, la moderna cirugía ginecológica para el cáncer, titulada unas veces radical y otras ultraradical, plantea, en lo que a la derivación urinaria se refiere, situaciones o condiciones que alteran definitivamente la anatomía y fisiología de la paciente; creando con ello un estado de invalidez permanente, que por un lado, el enfermo debe conocer y aceptar, y que por otro, el cirujano debe aminorar con la elección del mejor tipo de procedimiento operatorio, así como con el uso de los dispositivos protésicos que para tal fin han sido creados.

Es así como, el plan de este trabajo no es referirse principalmente a los accidentes operatorios y complicaciones que afectan al aparato urinario en el curso de la cirugía ginecológica, que por lo demás, son bastante conocidos por quienes la practican y que están muy bien expuestos en todos los modernos tratados de ginecología y en numerosas y muy bien documentadas publicaciones.

Sin embargo, en rápida revisión, a propósito de la presentación de la casuística que sustenta este relato, me referiré a las injurias y daños que pueden ocurrir, poniendo especial énfasis en las medidas de orden técnico conducentes a la prevención de tales accidentes operatorios, de grave repercusión en el pronóstico de las pacientes operadas.

El objeto principal de esta exposición es ofrecer en este Congreso, a consideración y discusión de los colegas extranjeros y nacionales, el delicado y trascendental problema que confronta al ginecólogo en la cirugía radical pelviana, en lo concerniente a la derivación de la corriente urinaria; ofreciendo un pequeño grupo de enfermos en los cuales se ha practicado diferentes modalidades de derivación, unas veces como operación primordial y otras como parte de un acto quirúrgico mayor, la evisceración; dejando sentado desde ahora, que la conducta del cirujano debe estar en todo momento orientada hacia una finalidad primordial, cual es la conservación o recuperación de la función renal, hecho básico en la supervivencia del paciente operado.

Por la brevedad del tiempo, omitimos referirnos en el aspecto clínico, diagnóstico, a las pruebas de laboratorio en la evaluación de la función renal;

---

\* Trabajo presentado al 1er. Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

\*\* Jefe del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú.



GRUPO A. (anomalías ureterales): Fig. 1.—Doble pelvis y doble uréter bilateral.—  
Fig. 2.—Doble pelvis y doble uréter total en el lado derecho.

GRUPO B. (implantación de uréteres a piel): Fig. 3.—Urografía pre-operatoria.  
Riñones morfológica y funcionalmente normales.— Fig. 4.—Urografía pre-operatoria.  
Buena función renal bilateral. Urétero-hidronefrosis izquierda. Fistula urétero-vaginal.

presentando solamente el aspecto radiológico, con el fin de hacer más gráfica, más objetiva esta exposición; que por lo demás este estudio es de inobjetable valor.

Por la misma razón, no exponemos las complicaciones operatorias de orden médico, aún cuando representen un hecho clínico de importancia y frecuente incidencia.

Ofrecemos en el cuadro N° 1 que proyectamos un grupo de 780 operaciones, algunas de tipo radical, en un período comprendido entre noviembre de 1952 y Diciembre de 1958, en el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el cual están consignadas de modo general las complicaciones urológicas ocurridas.

#### CUADRO I. OPERACIONES GINECOLOGICAS

(De noviembre 1952 a diciembre 1958. Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas).

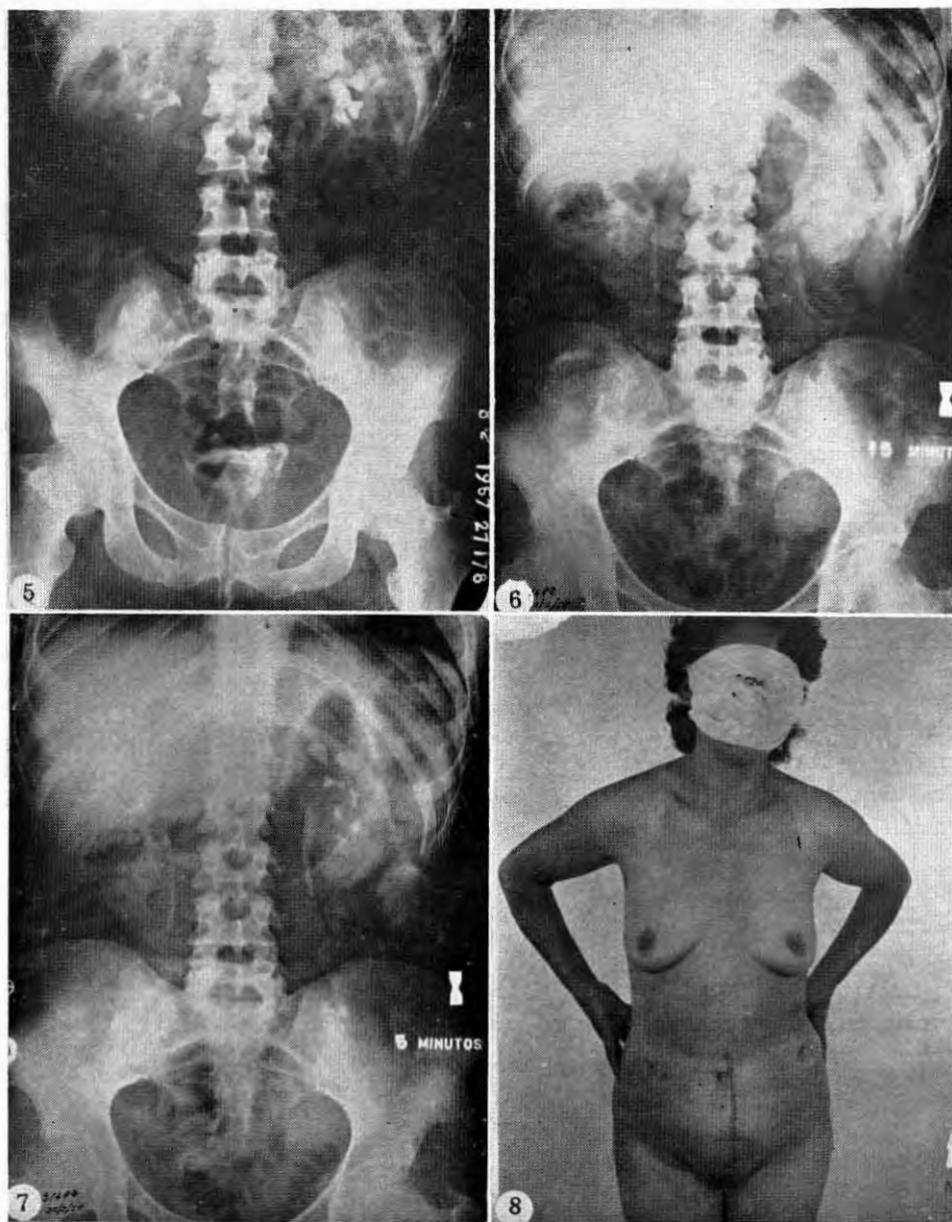
Tipo de operación	Nº	Comp. urológicas	Tipo de lesión	
			t. ves. vag.	t. uret. vag.
Histerectomía totales	608	3 (0.49%)	2	1
"    subtotales	2	—	—	—
"    ampliadas	22	1 (4.54%)	—	1
Vulvectomías	14	—	—	—
Histerectomía radical con linfaadenectomía bil. Idem (Pacientes privados)	77	21 (27.2%)	10 (12.9%)	11 (14.3%)
"Cl. Stella Maris"	15	1 (6.66%)	—	1
Evisceraciones	38	6 (15%)	—	6
Derivaciones urinarias	4	—	—	—
<b>TOTAL:</b>	<b>780</b>	<b>32 (4.10%)</b>	<b>12 (1.53%)</b>	<b>20 (2.57%)</b>

De la revisión de este grupo de intervenciones, en reducido número de las que a de carácter radical se refiere, surgen algunas sugerencias, aún cuando ellas estén sustentadas tan sólo por una limitada experiencia. Por ello también, este trabajo no pretende establecer porcentajes ni deducir conclusiones.

El cuadro N° 2 que exponemos posteriormente, especifica el tipo de complicación y el tratamiento efectuado.

En las 608 histerectomías totales simples, abdominales practicadas por lesiones benignas de útero y anexos, se ha registrado 3 complicaciones urológicas: 2 fístulas vésico vaginales y 1 fístula urétero vaginal, o sea un porcentaje de 0.49 % en total.

Las fístulas vésico vaginales, fueron tratadas una por el método de Latzko y la otra, por vía transabdominal (procedimiento de Te Linde). La fístula urétero vaginal, por determinada razón (exigencia de la paciente para su recuperación total en un tiempo mínimo, por vivir en una provincia) fue tratada, aunque ello sea susceptible de crítica justificada, por nefrectomía transperitoneal, que permitió explorar previamente la pelvis y considerar una conducta más conveniente.



GRUPO B. Fig. 5.—Urografía pre-operatoria. Buena función renal bilateral. Urétero-hidronefrosis izquierda. Fístula urétero-vaginal.— Fig. 6.—Urografía post-operatoria. Riñones morfológica y funcionalmente normales. Uréteres a piel. 1 año 3 meses de intervenida.— Fig. 7.—Urografía post-operatoria. Riñones morfológica y funcionalmente normales. Uréteres a piel. 1 año 3 meses de intervención.— Fig. 8.

CUADRO N° 2. COMPLICACIONES UROLOGICAS, TIPO Y TRATAMIENTO

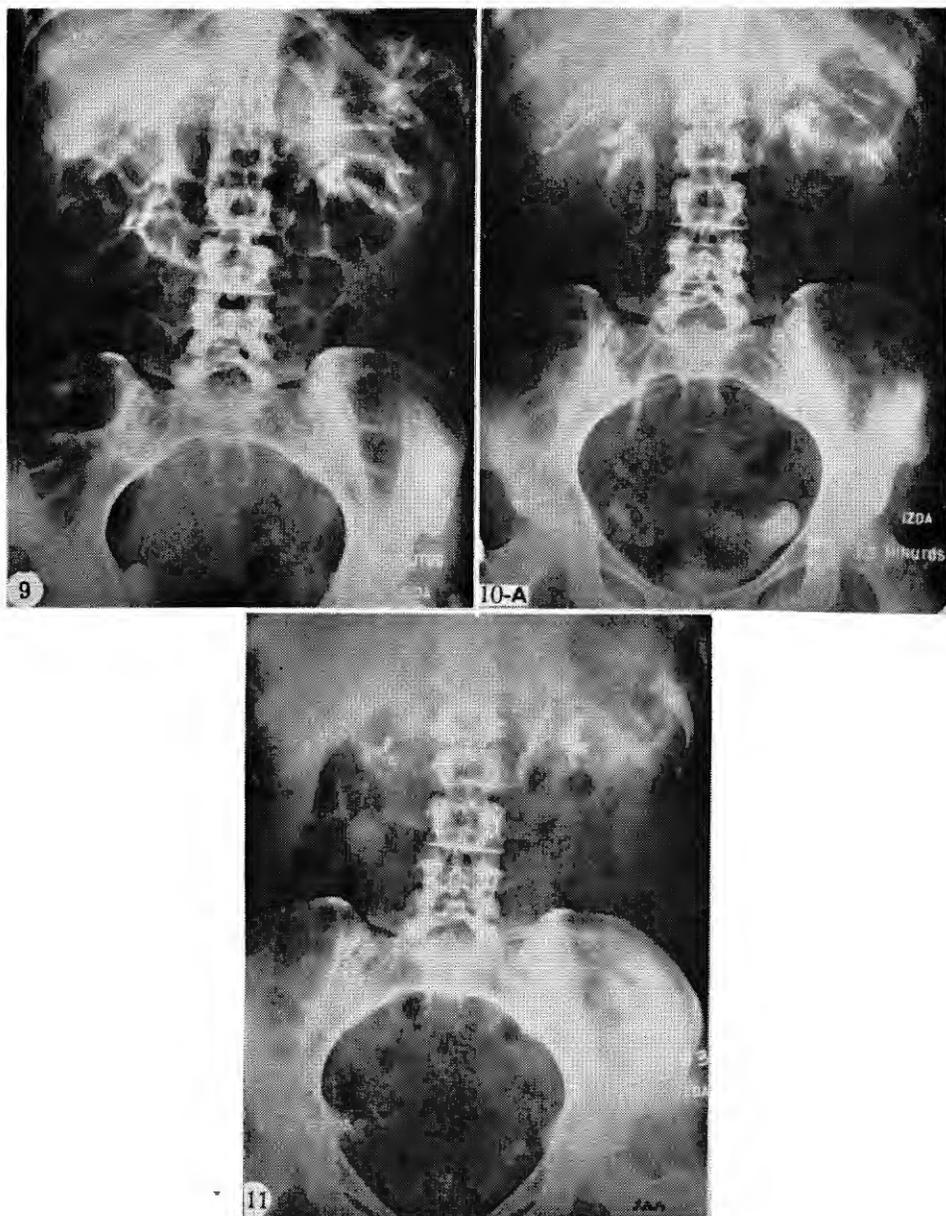
<i>Operación</i>	<i>N°</i>	<i>Tipo de lesión</i>	<i>Tratamiento</i>
Histerectomías totales	3	2 f. ves. vag. 1 f.uret. vag.	1 - Proc. Latzco 1 - Proc. Te Linde Nefrectomía
Hist. totales amp.	1	f. uret. vag.	Trat. conservador (s. F.)
		10 f. ves. vag.	1 - Imp. uret. a colon 1 - Resp. transperitoneal 1 - Imp. uret. a piel 2 - Ningún tratamiento 5 - Fallecidas post op. inm.
Histerectomía radical con linfadenectomía bilateral	21	11 f. uret. vag.	4 - Nefrectomía 2 - Imp. uret. a piel 3 - Trat. conservador (s. F.) 2 - Fallecieron post. op. inmediato y lejano.
Evisceraciones	6	1 estenosis uret. 2 desprendimientos de uret. a piel. 1 necrosis de an. uret. cólica. 1 falla de an. uret. ileal 1 desp. an. uret. cólica.	1 - Dilatación ureteral Reimp. uret. a piel Dato de necropsia. Reimp. de uret. a piel Reimp. a piel de uret.

En 2 histerectomías subtotaless, no hubo complicación alguna. En 22 histerectomías ampliadas, ocurrió una fístula urétero vaginal (4.54 %) la que curó por procedimiento conservador (drenaje permanente de vejiga por sonda de Foley, durante 75 días, obteniéndose la cicatrización de la fístula con conservación de la función renal.

En las 14 vulvectomías practicadas, de las cuales 9 fueron de tipo radical (procedimiento Stanley Way) y 5 simples, no hubo ocurrencia de complicación urinaria alguna.

Continuando con el análisis de los casos que constituyen el material de trabajo de la presente exposición, encontramos en un total de 77 histerectomías radicales con linfadenectomía pélvica bilateral, 21 casos de complicaciones urinarias quirúrgicas, lo que hace un porcentaje de 27.2%, más alto que el reportado en otros centros quirúrgicos.

De estas complicaciones, 11 fueron fístulas urétero vaginales o sea 14.3 %, y 10 fístulas vesíco-vaginales (12.9 %). Las primeras han sido tratadas, 4 por nefrectomía, 2 por derivación de uréteres a piel, una de ellas después de un intento previo de reparo de la continuidad del uréter con colgajo vesical, que fracasó. De las restantes, 3 fístulas urétero vaginales cerraron por drenaje prolongado de vejiga con sonda de Foley (hasta de 4 meses). Los otros 2 casos restantes, corresponden a pacientes que fallecieron en el postoperatorio inmediato o lejano, sin ningún intento de reparo. Un caso fué seguido de exenteración pelviana por recurrencia de Ca. de cérvix.



GRUPO C. (fístula curada por proc. conservador): Fig. 9.—Urografía pre-operatoria. Buena función renal bilateral. Doble pelvis renal izquierda. Compresión vesical por tumor de la esfera genital.— Fig. 10-A.—Trayecto fistuloso urétero-vaginal derecho (obsérvese el citado trayecto, flechas).— Fig. 11.—Urografía post-tratamiento conservador. Buena función renal bilateral. Borramiento del trayecto fistuloso urétero vaginal derecho.

De las 10 fistulas vésico vaginales, una fué reparada por vía transperitoneal, otra por implantación de uréteres a piel y otra a colon. En 2 no se hizo tratamiento alguno, a parte del drenaje prolongado de vejiga; 5 fallecieron sin tratamiento para la complicación.

A este grupo de histerectomías radicales con linfadenectomía pélvica bilateral, practicadas en el Servicio, agregamos 15 casos más de clientela privada, en los que sólo hubo una fístula urétero vaginal (6.66%), que curó a los 90 días, con drenaje vesical continuo con sonda de Foley.

Por último, presentamos 38 exenteraciones pelvianas: 3 anteriores y 35 totales, de las cuales, 20 han sido con derivación de uréteres a colon abocado (procedimiento Brunshwig —colostomía húmeda); 13 con derivación de uréteres a piel y 5 con vejiga de sustitución ileal (procedimiento Bricker). A estos últimos 5, se agrega 1 caso de derivación urinaria por fístula vésico vaginal post-radiaciones, inoperable, en la que hubo un intento previo de reparación por vía abdominal, con reimplantación de uréter derecho y en el que en última instancia, se practicó derivación urinaria por el procedimiento de Bricker.

De este número de exenteraciones ejecutadas, 6 han hecho complicación urológica (15%); 2 tuvieron desprendimiento, huida, de uréteres abocados a piel, que requirieron reimplantación consecutiva; 2 presentaron falla de la anastomosis urétero-cólica por necrosis (dato de necropsia); 1 requirió de reimplantación de uréteres a piel y otro de reimplantación de uréteres de neovejiga ileal a piel.

Un caso sobrevive 6 años, habiendo requerido en varias oportunidades dilatación de los ureterostomas cutáneos.

Como puede apreciarse, entre nosotros, como en todos los centros quirúrgicos, las lesiones más frecuentes e importantes, del tracto urinario, son la consecuencia en el curso de las histerectomías totales simples o ampliadas, de la injuria a uréteres o vejiga.

Perfectamente conocidas son las zonas de la vejiga y tramos del trayecto del uréter donde tales daños ocurren. La brevedad del tiempo, no permite referirme con más detalle a ellas, pero sí, hacer hincapié en los siguientes hechos, que contribuyen a evitar tales accidentes operatorios, como son:

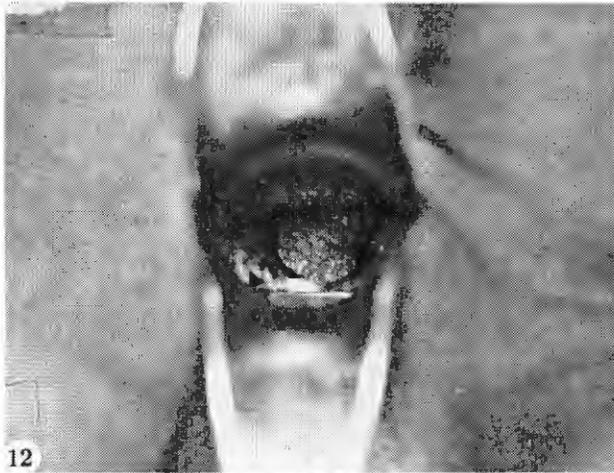
1°—Un correcto estudio pre-operatorio del paciente, que debe incluir siempre especialmente para la cirugía ampliada, la urografía excretoria, ya que las anomalías y multiplicidad de las estructuras urinarias no son infrecuentes. Así el cirujano estará avisado de la anatomía real que encontrará en su paciente.

2°—Una conveniente incisión en amplitud, que permita una adecuada exposición.

3°—Una amplia movilización, en todos los casos, de la vejiga y el recto.

4°—Evitar el empleo innecesario e inconveniente de clamps en la ligadura de los vasos uterinos y de los parametrios o paracolpos.

5°—En los casos de lesión de un vaso importante, conducir las maniobras



GRUPO D. (Fistula vésico-vaginal por radionecrosis, tratado por el proc. Bricker):  
Fig. 12.—

GRUPO D. Fig. 13.—Urografía pre-operatoria. Riñón derecho funcionalmente excluido discreta urétero hidronefrosis izquierda.— Fig. 14.—Urografía post-operatoria. Riñón izquierdo funcionalmente normal. Riñón derecho ha recuperado su función. Neovejiga ileal visible y desembocadura de los uréteres en ella.

de hemostasia en forma metódica, evitando las ligaduras en masa y la colocación de múltiples pinzas, que puedan alcanzar el uréter o la vejiga.

El taponamiento temporal en forma adecuada, constituye recurso útil.

6°—La palpación digital repetida, en el curso de la operación servirá para verificar constantemente la situación del uréter, en el colgajo interno del peritoneo pelviano, orientando al operador en lo que se refiere al nivel de las secciones, pinzamientos y ligaduras que deba efectuar; esto desde luego, cuando no sean requeridas la disección y movilización amplias de los uréteres.

Ginecólogos de gran valor, recomiendan la cateterización de los uréteres, como medida de efectiva utilidad. Nosotros no la practicamos.

De suma importancia es el reconocimiento de la injuria, en el curso del acto operatorio. De dominio común, son los procedimientos de reparación de los diversos tipos de lesión. La verificación de la buena ejecución de estas medidas, con la repleción de la vejiga con leche estéril, o colorantes diluidos, y la revisión del uréter en todo su trayecto, contribuyen a mejorar el pronóstico de los accidentes operatorios que revisamos.

En la cirugía radical para el carcinoma cérvico uterino, en sus estados precoces, esto es, la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral (Wertheim, Meiggs y Okabayashi), las lesiones ureterales, no están siempre, paradójicamente, en relación con la capacitación técnica del cirujano, ya que una correcta intervención de este tipo, exige una amplia disección, movilización y limpieza de las estructuras pelvianas, y para muchos de los cultores de esta cirugía (nosotros entre ellos), la necesaria ligadura y resección de la arteria hipogástrica, varias de cuyas ramas nutren el uréter en su porción distal, contribuyen a aumentar la interferencia en la vascularidad de este órgano, causa de la mayor parte de fístulas ureterales, que constituyen la más frecuente complicación de esta cirugía radical; frecuencia, que sustenta objeciones de verdadera importancia a dicho tratamiento. No obstante, ciertas medidas y precauciones son de efectivo valor en la prevención de dicho daño a la vascularidad de las estructuras urinarias, como son:

A.—Movilizar el uréter con una conveniente cantidad de magma o tejido periureteral, ya que parte muy importante de la nutrición vascular de él, corre longitudinalmente, en el espesor de tal tejido. Más importante es todavía esta medida, si se considera, como hemos dicho, que una correcta disección pelviana, exige el sacrificio de la arteria hipogástrica y de todas las ramas que irrigan la porción inferior del uréter y de la junción urétero-vesical.

B.—El manejo del uréter disecado y movilizado en forma suave, evitando en lo posible el traumatismo repetido de las pinzas de prehensión, o su elongación, es también maniobra de valor.

C.—La revisión del trayecto y condición de los uréteres al terminar la operación y la verificación de su integridad, cuando surja la menor sospecha de lesión; agregando quizás un drenaje extraperitoneal de la cavidad pelviana por 72 horas.



GRUPO D. Fig. 15.—Radiografía selectiva de la neo-vejiga ileal, apreciar en ella la entrada de los uréteres en su borde superior. Ileos toma cutáneo.— Fig. 16.

GRUPO E. Fig. 17.—Urografía pre-operatoria. Riñones morfológica y funcionalmente normales. Compresión extrínseca techo izquierdo de vejiga.

D.—El drenaje vesical continuo, por sonda de Foley o de cualquier otro tipo, contribuye a disminuir la tensión y reflujo de la corriente urinaria dentro del uréter, siempre afectado en su anatomía y fisiología por la disección. Ción importante de las complicaciones quirúrgicas de esta clase de operacio-

Aún, cuando las lesiones de la vejiga, constituyen todavía una proporción, en nuestra estadística, en la de Brunschwig y otros; creemos que en el futuro deberán ser menos frecuentes.

Brunschwig, en 1956, reportó 50 fístulas, en un total de 212 operaciones radicales por ca. invasivo de cérvix, o sea 23.5%, correspondiendo 27 casos a fístulas urétero vaginales (12%) y 23 a fístulas vésico vaginales (11.5%).

Insistimos en el hecho de que una amplia y adecuada movilización de la vejiga, es medida precautoria muy conveniente y que, en la extirpación amplia de la grasa para y subvesical, la palpación constante de la vejiga, que permite diferenciar ambas estructuras, resulta también útil.

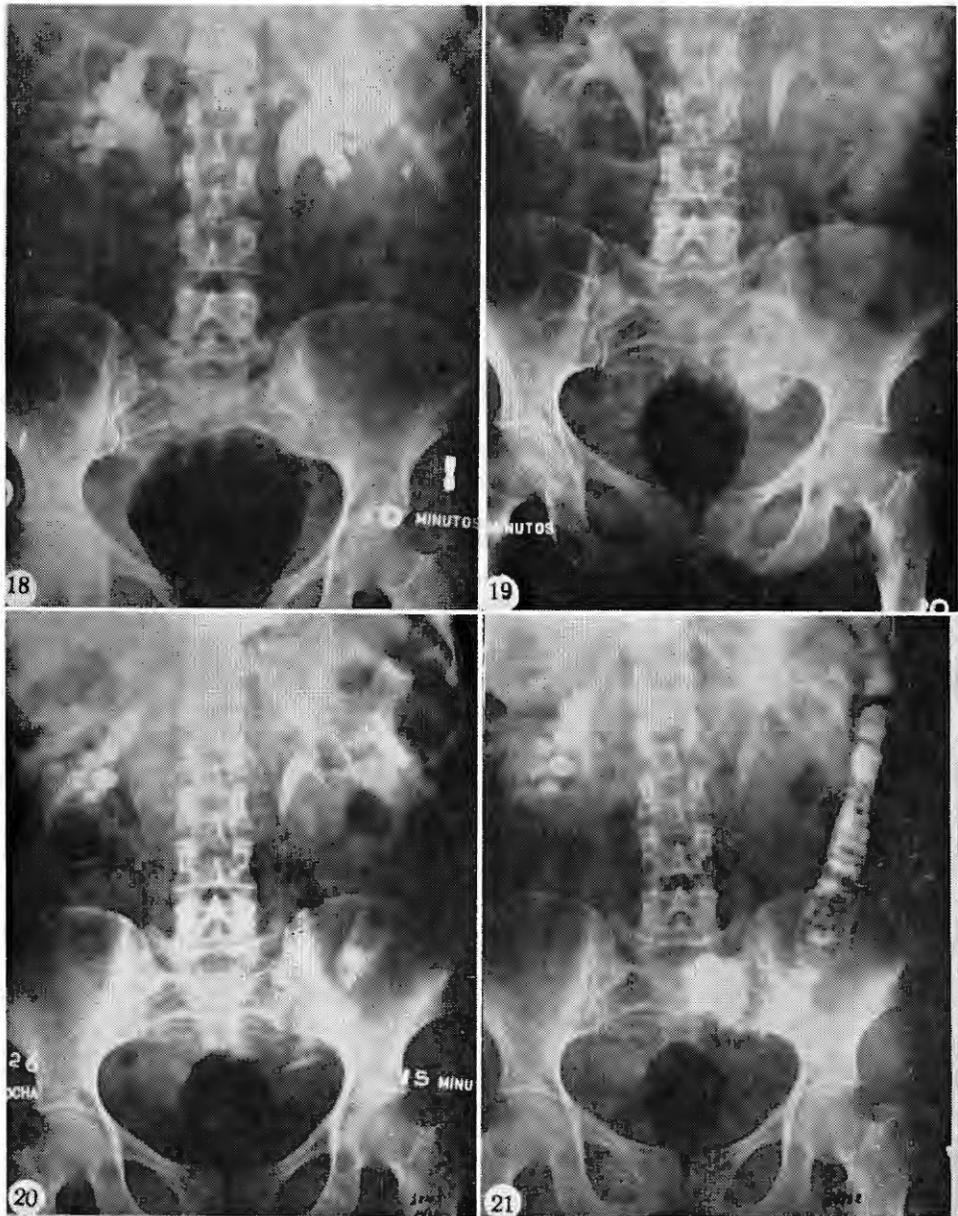
Los procedimientos de tratamiento de las lesiones del uréter y de la vejiga, tanto durante el acto operatorio, cuando son reconocidos, como después de él, son también del dominio del ginecólogo, para que merezcan una nueva mención. Sin embargo, recalamos que el cirujano debe estar familiarizado con los técnicos de reimplantación de uréter en vejiga, anastomosis término-terminal, sobre catéter o sin él; de anastomosis urétero ileal, en los casos de amplia exéresis accidental o requerida del trayecto del uréter; así como con las derivaciones a colon, a la piel y a una vejiga de sustitución, preferencialmente de ileón terminal.

Con todo, no está justificada la precipitación del cirujano en la reparación quirúrgica de las fístulas vésico-vaginal y urétero-vaginal. Un prudente tiempo de observación bajo drenaje continuo de la vejiga, logra obtener la cicatrización de algunas de ellas, con o sin pérdida de la función renal.

En las radiografías del grupo C, se puede apreciar una fístula urétero vaginal, que, cerró con tratamiento conservador (de drenaje vesical continuo por sonda de Foley) con conservación de la función renal.

El análisis del último grupo de 42 pacientes, presentados en el cuadro N° 1: 38 evisceraciones y 4 derivaciones urinarias, nos lleva al aspecto principal, fundamental, de este relato, cual es el de conseguir, ya sea en forma temporal o permanente, las mejores condiciones de derivación de la corriente urinaria, teniendo como mira, la preservación o mejoramiento de la función renal. Tal problema, se plantea con el carácter de definitivo, en el tratamiento quirúrgico de los estadios avanzados del carcinoma pélvico.

Desde que Brunschwig, en el año 1947 inició la práctica sistemática de las evisceraciones pelvianas, en sus diversas modalidades, como único recurso para el carcinoma avanzado de la pelvis, intratable hasta entonces, surgió este transcendental problema urológico de derivar la orina desde por encima de la vejiga, cuya exéresis obligada, constituye parte del procedimiento de la evisceración.



GRUPO E. (Proc. Brunschwig — urétero-sigmoidostomía): Fig. 18.— Urografía post-operatoria. A los 3 meses de intervenida. Urétero-hidronefrosis bilateral a predominio derecho.— Fig. 19.—1 año 2 meses de intervenida. Discreta urétero-hidronefrosis derecha. Sigmoides con sustancia de contraste.— Fig. 20.— Fig. 21.—Urografía post-operatoria. 1 año 2 meses de operada. Relleno de sigmoides por vía retrógrada.

Múltiples procedimientos, algunos de ellos, practicados ya varias décadas atrás, fueron adoptados con algunas modificaciones, y los uréteres implantados o anastomosados a diversos segmentos del tubo digestivo, unas veces intactos, otras, independizados o abocados a la pared abdominal o al periné con el objeto de drenar la orina en la continuidad del tubo digestivo o en un segmento aislado, a título de receptáculo o colector. Se buscó también la continencia pero no se logró en forma satisfactoria.

Difícil es decir en forma categórica, cuál es el mejor método de derivación, cada uno de ellos puede encontrar una indicación en determinadas oportunidades; por lo cual el cirujano que cultive la cirugía radical de la pelvis debe estar familiarizado con la práctica de todos ellos. Pero si podemos afirmar que la mayor parte de dichos métodos, a través de la experiencia adquirida en la última década, son susceptibles de serias y fundamentadas imputaciones como son: h6

A.—La no preservación de la indemnidad de la función renal, creando estados de hidronefrosis progresiva o permanente, a causa de la estenosis a nivel de los abocamientos o anastomosis.

B.—Las alteraciones en la bioquímica sanguínea, esto es la reabsorción de electrolitos y de nitrógeno no protéico, determinando estados de acidosis hiperclorémica, hiperpotasemia e hiperazotemia.

C.—La infección ascendente y progresiva, a partir de la luz intestinal que lleva, en último término, a la anulación de la función renal.

Desde 1950, Bricker practica y aconseja la confección de una vejiga de sustitución, con segmento aislado de íleon terminal, reviviendo con algunas modificaciones, los procedimientos de ileocistoplastia y de ampliación de la vejiga, practicados ya en 1898 por Von Miculicz, en 1909 por Shoemaker y después por otros cultores de esta cirugía, como: Gilbert, Durand, Foret, etc.

La intervención consiste, en esencia, en la anastomosis de ambos uréteres a un segmento de intestino delgado (íleon terminal) que es aislado del resto del intestino, conservando intacta su irrigación sanguínea; restableciendo la continuidad del tubo digestivo (intestino) mediante una anastomosis término-terminal y abocando, por último, el extremo distal del segmento aislado a la pared abdominal (cuadrante inferior derecho) para vaciar la orina dentro de una bolsa adaptada y fijada alrededor del ileostoma cutáneo.

La bondad del procedimiento de Bricker, está sustentada en los siguientes hechos:

1.—La rápida y continua evacuación del neo reservorio, ya que debe ser siempre un asa corta; es por tanto, totalmente incontinente. La continencia volvemos a insistir, no ha podido ser obtenida en forma correcta por ninguno de los otros procedimientos, y en el Bricker se suple, como en los demás, con reservorios externos, adherentes o cementados, del tipo Pierce o Rutzen, en forma bastante manejable por la paciente.



GRUPO E. Fig. 22.—Urografía post-operatoria. 1 año 2 meses de operada. Relleno de sigmoides y colon descendente vis retrógrada.— Fig. 23.

GRUPO F. (ureterostomía cutánea): Fig. 24.—Urografía pre-operatoria. Riñones morfológica y funcionalmente normales.— Fig. 25.—Urografía post-operatoria. 7 meses después. Urétero hidronefrosis bilateral a predominio izquierdo. Abocamiento de uréteres a piel.

La brevedad del segmento ileal, que constituye la vejiga de sustitución y la rapidez de evacuación, condicionada por la conservación del peristaltismo, no permiten la reabsorción prolongada o permanente de los elementos de la orina que pueden llevar al desequilibrio electrolítico (acidosis hiperclorémica). No obstante, estados transitorios de hipercloremia, hiperpotasemia e hiperazotemia, se producen clínica y experimentalmente, durante las 2 ó 3 primeras semanas, debido a la conservación de la función de reabsorción del asa aislada de ileon terminal en la etapa próxima a la operación, y que parece decaer o perderse luego de esta fase transicional, convirtiéndola en un simple colector o transportador de orina hasta la bolsa colectora (protésica).

2.—Por el tipo de anastomosis, mucó-mucosa urétero ileal, hay menos propensión a la formación de estenosis cicatricial, evitando por la ausencia de estancamiento, el reflujo ureteral y por lo tanto, el establecimiento de urétero hidronefrosis; lo que propende inobjetablemente a una mejor preservación de la función renal.

3.—Por tratarse de una neo-vejiga confeccionada con asa aislada, totalmente excluida de la corriente fecal, las infecciones ascendentes, si no están totalmente eliminadas, constituyen un porcentaje muy bajo de complicaciones infecciosas. Tal circunstancia, es otro factor importante que contribuye decididamente al mejoramiento y conservación de la función renal.

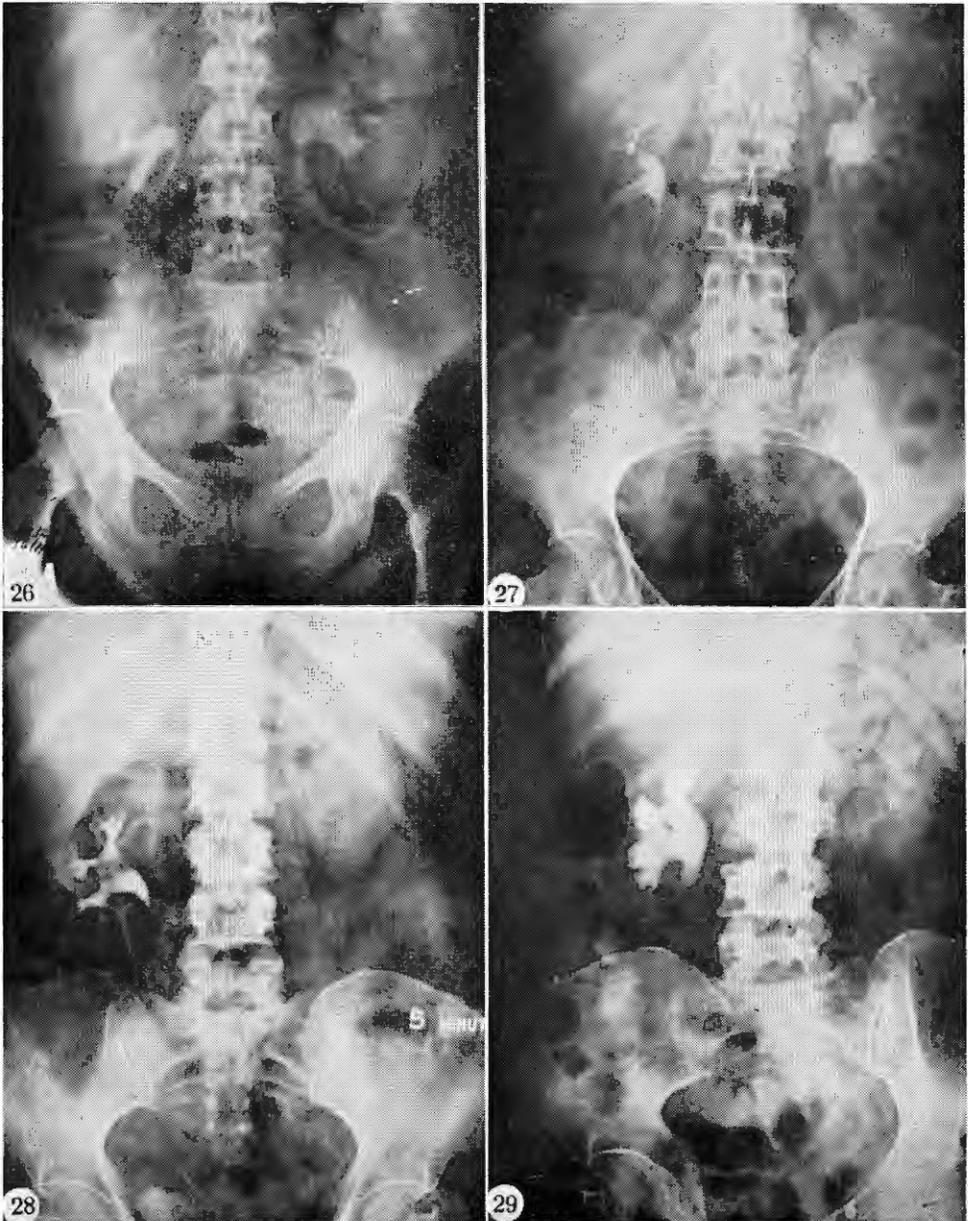
4.—El procedimiento es de fácil y rápida ejecución técnica, por lo cual, como señala el autor mismo, puede formar parte rutinariamente, de las técnicas de evisceración; que constituyen el tratamiento fundamental del cáncer de cérvix en sus etapas avanzadas; así como en las derivaciones de tipo paliativo constituir un modo de derivación exento prácticamente de mortalidad, cuando es del dominio del cirujano.

Bricker a fines de 1957 o principios de 1958, reporta 160 casos por su procedimiento, con 144 supervivencias, y en las que dice, no haber observado hasta la fecha, acidosis hiperclorémica, además de una bajísima incidencia en la morbilidad operatoria de tipo infecciosa (20%).

Por lo expuesto, consideramos que el procedimiento de derivación urinaria con la vejiga ileal de sustitución, debe ser estimado en la actualidad como el método de elección.

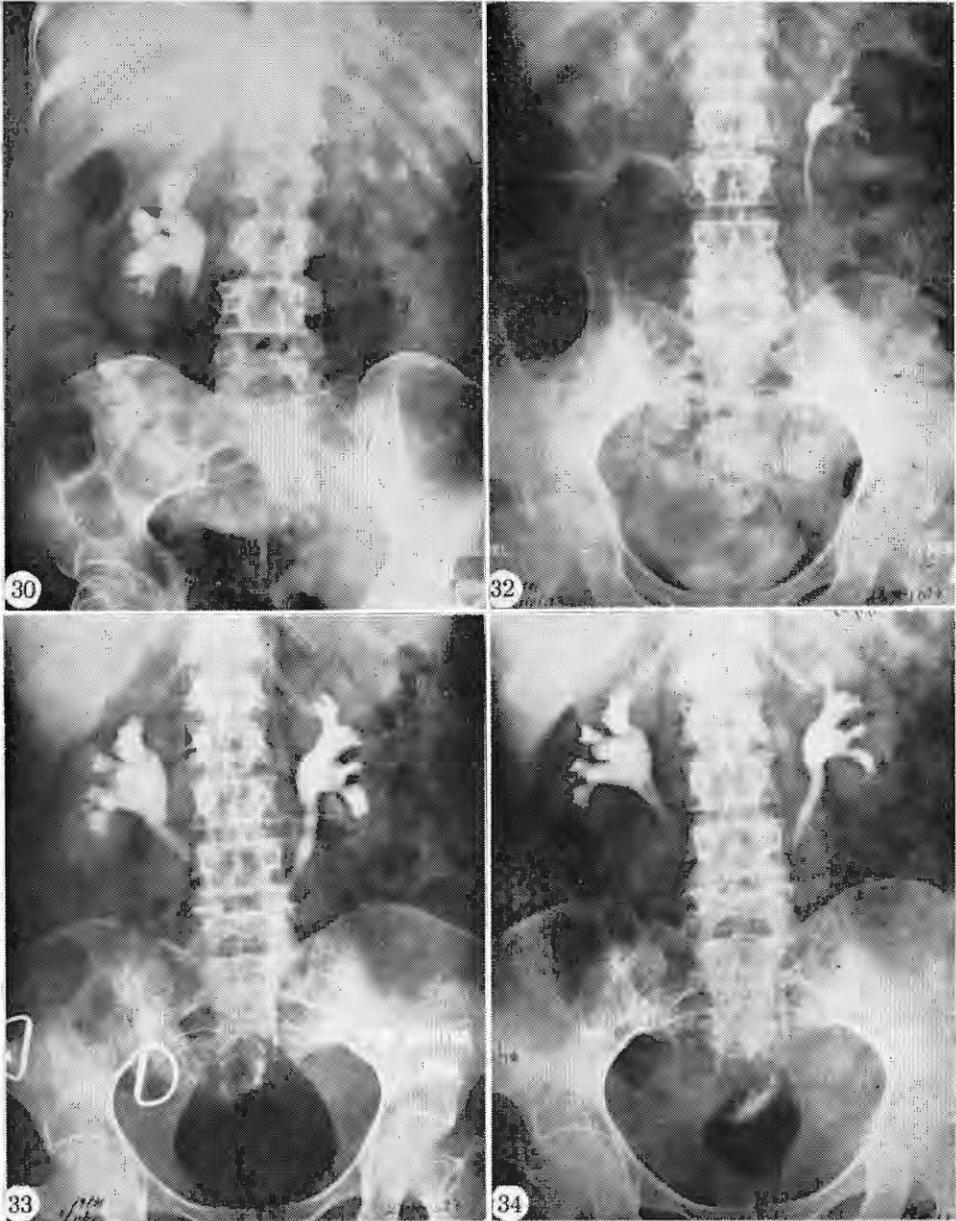
A continuación, ofrecemos una serie de documentos radiográficos de nuestra reducida casuística, que demuestra este aserto; si bien, como podrá apreciarse en las proyecciones, los mismos resultados pueden también lograrse ocasionalmente con los procedimientos de urétero sigmoidostomía (Brunschwig) y ureterostomía cutánea, como se puede ver en los grupos E y F.

Por último, el cuadro N° 3 que proyectamos luego, muestra en 6 enfermos cómo con la práctica de esta cirugía se ha logrado la recuperación de la función renal, afectada en grado más o menos importante en todos ellos en la etapa pre-operatoria. (Rads. Grupos G y H).



GRUPO F. Fig. 26.—Urografía post-operatoria. 7 meses de intervenida. Discreta dilatación de uréteres-pelvis y cálices izquierdos. Uréteres a piel.— Fig. 27.—Urografía post-operatoria. 3 años 1 mes de intervenida. Existe sólo una discreta dilatación de la pelvis izquierda. Uréteres a piel.

GRUPO G. (recuperación post-operatoria de la func. renal, Prof. Bricker): Fig. 28.—Urografía pre-operatoria. Riñón izquierdo funcionalmente excluido. Riñón derecho normal. Compresión extrínseca lado izquierdo en vejiga.— Fig. 29.—Urografía post-operatoria. 4 meses después. Riñón izquierdo recupera parcialmente su función. Urétero-hidronefrosis derecha. Neo-vejiga.



GRUPO G. Fig. 30.—Urografía post-operatoria. 4 meses después. Riñón izquierdo hipofuncionante. Urétero-hidronefrosis derecha. Neo-vejiga ileal visible (parte superior excavación pélvica).

GRUPO H. (recuperación función renal, Prof. Bricker): Fig. 32.—Urografía pre-operatoria. Riñón derecho excluido. Riñón izquierdo normal.— Fig. 33.—Urografía post-operatoria. 2 meses después. Ambos riñones funcionalmente normales. Urétero-hidronefrosis bilateral.— Fig. 34.—Urografía post-operatoria. 8 meses después. Menor grado de urétero-hidronefrosis bilateral. Neo vejiga ileal visible (centro de pelvis).

CUADRO 3. ESTADO DE LA FUNCION RENAL EN EL PRE Y POST OPERATORIO EN 5 CASOS DE EVISCERACION Y 1 DE DERIVACION URINARIA

<i>Nº Historia</i>	<i>Cond. pre-operatoria</i>	<i>Tipo de operación</i>	<i>Cond. post-operatoria</i>
35544	Urétero hidronefrosis izquierda	Evisceración (uret. a piel)	Pielografía normal
20516	Riñón izq. excluído	Evisceración (téc. Brunshwig)	Retardo de eliminación de riñón izq.
23415	Riñón izq. excluído	Evisceración (téc. Brunshwig)	Retardo de eliminación de riñón izq.
29587	Riñón der. excluído	Evisceración (con vej. de sustit. ileal)	Moderada dilatación de pelvis y cálices der.
45096	Riñón izq. excluído	Evisceración (con vej. de sustit. ileal)	Pielografía normal
31105	Riñón der. excluído Hidronefrosis izq.	Derivación urinaria con vej. de sustit. ileal.	Pielografía normal

La ardua, meticulosa y muchas veces prolongada labor, que estas intervenciones imponen al cirujano, se ve plenamente justificada y recompensada si consideramos que con ella se consigue agregar períodos apreciables de vida, a una proporción de pacientes, en condiciones aceptables y en otros aunque en porcentaje reducido, alcanzar la curación definitiva; pacientes que de otro modo estarían irremediabilmente perdidos.

Dejo esta tribuna, al prestigioso ginecólogo profesor José Medina, del Brasil, quien estoy seguro, expondrá con brillantez y dominio el problema que he tocado en forma sumaria y con carácter crítico por la brevedad del tiempo.