

Ginecología y Obstetricia

VOL. VI

JUNIO 1960

Nº 2

Trabajos Originales

PROBLEMAS UROLOGICOS DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA RESULTADOS OBTENIDOS CON LA URETEROCISTONEOSTOMIA

NORMANDO ARENAS * — ANTONIO FOIX **

En el curso de los últimos años el tratamiento de las lesiones traumáticas del uréter, la mayoría de las veces producidas en el curso de intervenciones ginecológicas, ha evolucionado hacia los métodos que tratan de restaurar la vía excretora y conservar así el riñón, en la medida de lo posible. Esto ha sido posible gracias a la urografía de excreción, los antibióticos, el mejoramiento de la técnica quirúrgica y a los cuidados pre y post-operatorios. La frecuencia de las curaciones obtenidas, después de un tiempo más o menos largo como los casos que presentamos, son suficientes para afirmar cada vez más su valor y extender sus indicaciones.

En un trabajo anterior (1954) nos referíamos a que la injuria del uréter pelviano en cirugía ginecológica se observa con relativa frecuencia. Según los autores oscila entre el 5 al 12% debido a que cada vez se practican operaciones más radicales.

A pesar de habernos familiarizado con estas lesiones son siempre desagradables y todo lo que se haga para evitarlas debe ser tenido en cuenta.

Actualmente el ginecólogo debe estar capacitado, no sólo para practicar la cirugía radical en los casos de cánceres, sino también para diagnosticar y tratar convenientemente las lesiones ureterales. Esto no quiere decir que el urólogo no debe ser consultado, o bien actuar junto al ginecólogo, sin llegar al extremo de lo que dice Carvhalo: "toda portadora de una neoplasia genital es potencialmente una enferma urológica.

* Jefe de la Clínica Ginec. del Hosp. Ramos Mejía - Sala VIII.

** Docente autorizado de Ginecología.

Recordemos la importancia que para la profilaxia de estas lesiones tiene la cistoscopia y la urografía excretora para conocer la topografía de uréter y sus anomalías, así hemos visto desplazamientos, ureteres dobles, traccionados, acodados, etc. Carvalho en 332 urogramas de excreción encuentra el 10,84% de hidronefrosis sin existir ninguna afección ginecológica, seguramente ese porcentaje se eleva considerablemente en estas últimas enfermas.

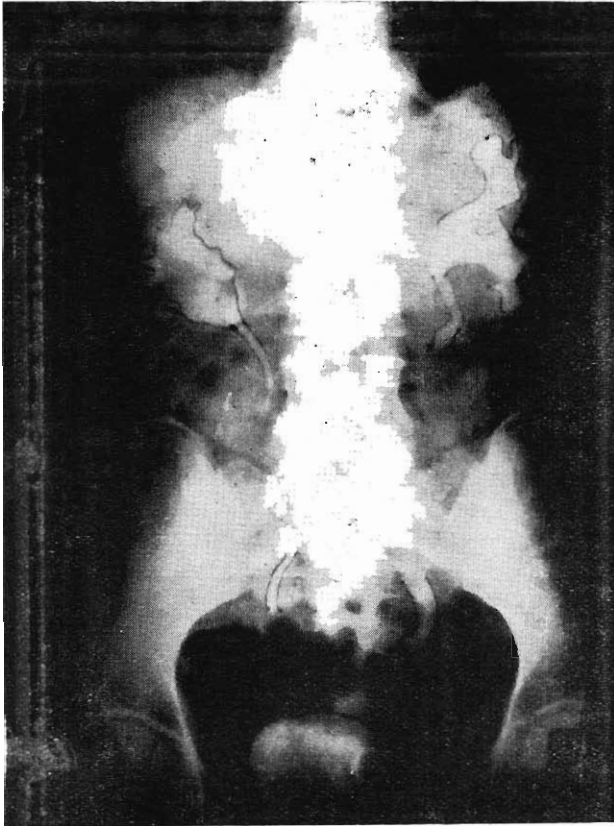


Fig. 1

Para evitar la lesión del uréter algunos son partidarios del cateterismo intra-operatorio para facilitar la visualización y disección del mismo. Nosotros no lo practicamos pues es un método engorroso, prolonga la intervención, favorece las infecciones urinarias y puede dar al cirujano una falsa confianza del peligro ureteral. No evita las lesiones y hay quien sostiene que son mayores los accidentes con cateterismo que sin él.

La lesión del uréter puede ser bilateral o unilateral, siendo más frecuentes estas últimas, y aunque pueden ocurrir en cualquier operación ginecológi-

ca, ocupa el primer lugar la histerectomía total abdominal o vaginal. Así, Ingersoll y Meigs encuentran 7 injurias ureterales en 590 histerectomías totales y 1 en 170 subtotales. Se admite una frecuencia 8 veces mayor en la histerectomía abdominal que en la vaginal y 6 veces más frecuente la lesión unilateral que la bilateral.

La injuria puede ser: ligadura, transfixión en una sutura, angulación o estrechez por ligaduras vecinas, incisión longitudinal, sección transversal com-

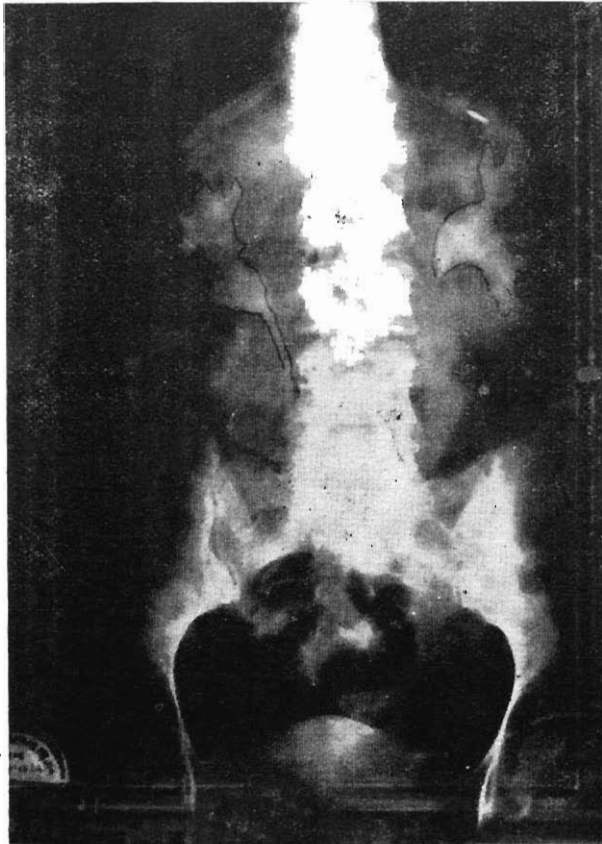


Fig. 2

pleta o incompleta y resección de un segmento del mismo al extirpar un tumor al cual está adherido.

La necrosis del uréter puede deberse: a) la forcipresión con pinzas o un clamp, y b) a trastornos circulatorios por denudación de la adventicia periureteral por donde transcurren los vasos nutricios y los nervios del sistema simpático.

En caso de ligadura bilateral tendremos una anuria rápida y si es unilateral la anuria puede existir lo mismo, pero de causa refleja. La fístula aparece habitualmente de los 4 días a las 4 semanas después de la operación.

El tratamiento de acuerdo a la lesión: si se lo ha plastado o ligado se colocará un cateter de polietileno, el que se dejará por lo menos durante 3 semanas. Si la necrosis es evidente lo mejor es efectuar la anastomosis ureteral cabo a cabo sobre tubo de polietileno o la implantación vesical. En cambio la ureterostomía anterior o la implantación intestinal serán hechas excepcionalmente.

Si la ligadura es bilateral, se intentará la desligadura y la colocación de tubos de polietileno. Si ello no es posible se efectuará la nefrostomía bilateral y la reparación ureteral se hará 3 ó 4 semanas después de la intervención cuando haya desaparecido el edema post-operatorio, previa pielografía excretora.

Establecida la fístula ureteral, los distintos procedimientos que ofrece la cirugía para su tratamiento son los siguientes: a) nefrectomía, b) nefrostomía o ureterostomía, c) ureterocolostomía, d) anastomosis uretero ureteral, e) reimplantación del uréter de la vejiga, f) sutura látero-lateral de las extremidades del uréter, g) reimplantación del uréter a la vejiga por medio de un colgajo de pared vesical, un segmento de intestino o de la trompa.

La nefrectomía está indicada en los casos de mal estado general y con la seguridad de que existe y está sano el otro riñón. La nefrostomía o ureterostomía la efectuaremos como operación de urgencia y una vez mejorado el estado general recurrimos a las operaciones que restablezcan las vías excretoras. La anastomosis uretero-ureteral es la intervención de elección en las injurias descubiertas durante la operación, y también en las fístulas tardías cuando los cabos están muy próximos y se hará como ya dijimos, sobre cateter. Como a veces se presentan estenosis, numerosos autores prefieren aún en estos casos la neoimplantación vesical. La implantación ureterointestinal se hará cuando la lesión es alta, pero expone a complicaciones infecciosas y a alteraciones de los electrolitos, por reabsorción intestinal.

Por estas razones, la operación que cada vez viene más adeptos, es la uretero-neocistostomía, y si la lesión es alta recurrimos al artificio descrito por Boari. Efectuada experimentalmente en perros en 1894, esta operación ha sido practicada con éxito por Ockerbland, Flocks, Henderson, Caughalan, Kuss y Holzer, etc.

A continuación resumimos dos historias clínicas con fístulas ureterales tratadas por medio de la ureteroneocistostomía y seguidas durante su evolución mediante repetidas urografías excretoras.

M.R. de B. Reg. Gen. N° 13,604. Fecha de ingreso, 2 de octubre de 1956, edad: 45 años, menarca a los 14 años, ciclo 3/30; 7 partos eutócicos. A los 43 años se le practicó en otro Servicio del mismo hospital una operación de Wertheim por carcinoma del cuello uterino, y un año después fué inter-

venida por una fístula ureteral. Como la enferma continúa con pérdida de orina, se interna en nuestro Servicio.

Mediante las pruebas correspondientes se hace el diagnóstico de fístula urtero-vaginal izquierda, confirmada luego por medio de la cistoscopia y cromocistoscopia. En la pielografía se observa una marcada dilatación de la pelvis y cálices izquierdos, menos acentuados en el lado derecho (Fig. N° 1).

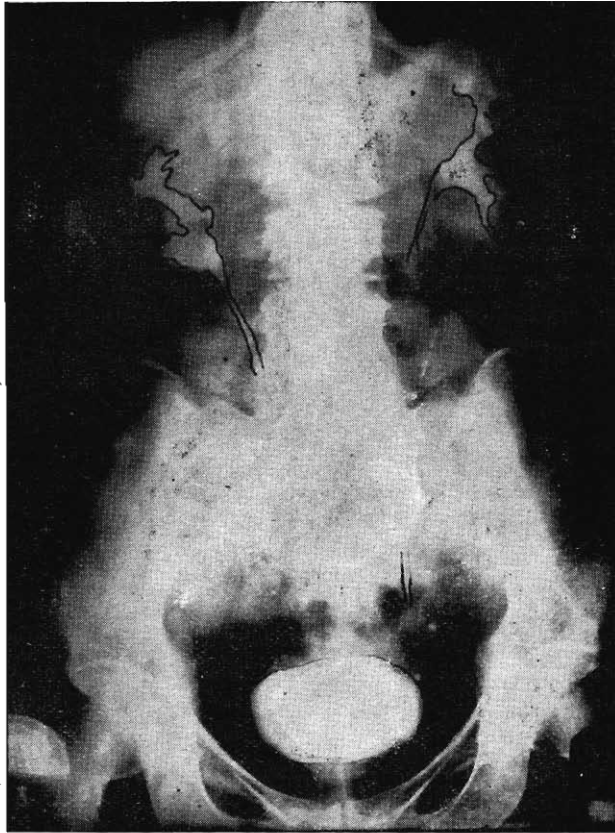


Fig. 3

Operación: 13 de marzo de 1957. Laparatomía mediana infraumbilical, liberación de múltiples adherencias para llegar a la zona operatoria. El extremo inferior del uréter izq. estaba dilatado. Se lo secciona inmediatamente por encima de una zona fibrosa correspondiente a la zona fistulosa. Se cierra con catgut la parte distal y se practica a continuación una uretero-cistoneostomía según la técnica de Laztko con tubo de polietileno perdido en la vejiga.

Pos-operatorio: Transfusión de sangre, antibióticos y sueros como es de práctica y el post-operatorio transcurre sin particularidades. Se retira la sonda de Pezzer a los 6 días, dejando el tubo de polietileno, que se retira a los 13 días. Al mes la pielografía excretora nos muestra una disminución de la dilatación de la pelvis y cálices izq., persistiendo en cambio en el lado derecho (Fig. N° 2). A los 3 meses una nueva pielografía nos muestra que ha

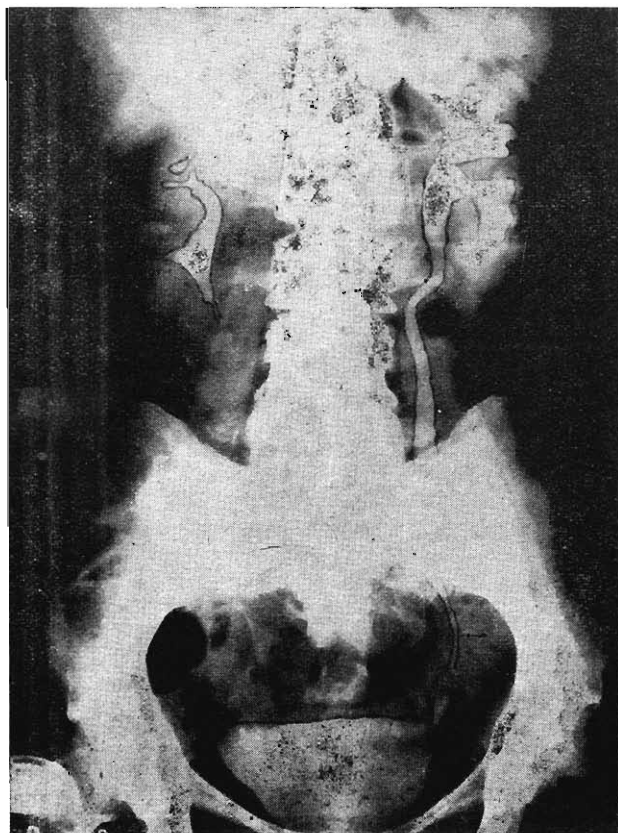


Fig. 4

continuado la reducción del tamaño de los cálices y éstos y el uréter adquieren un calibre normal (Fig. N° 3).

L.B. de B. Reg. Gen. N° 13,635. Fecha de ingreso: 9 de octubre de 1956. Edad: 44 años, menarca 14 años, ciclo 3/28, 3 partos eutócicos y 1 aborto.

El 7 de diciembre de 1956 se le practica una operación de Wertheim

con linfadenectomía (Meigs) por un carcinoma del cuello uterino, estadio II, parametrio.

El post-operatorio transcurre normalmente hasta que el 17 del mismo mes aparece pérdida involuntaria de orina, que mediante las pruebas correspondientes y la cistoscopia y cromocistoscopia se diagnostica una fístula uretero vaginal izq. En la pielografía descendente se observa una acentuada dilatación del uréter y cálices de ese lado (Fig. N° 4).

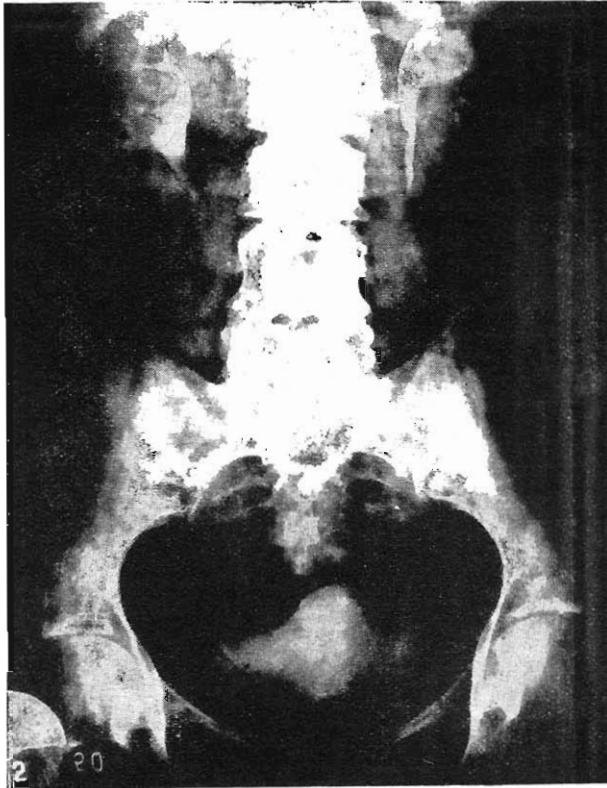


Fig. 5

Operación: 15 de febrero de 1957. Laparatomía mediana infraumbilical. Pelvis libre de metástasis y adherencias. Se explora el uréter izq. liberándolo de la esclerosis cicatricial que lo fija a los planos profundos. El uréter estaba dilatado, se lo secciona a nivel de la parte sana, ligando el cabo distal. Se observa que aún movilizándolo la vejiga, el cabo proximal no alcanza a la misma, por lo que se resuelve practicar la operación de Boari sobre tubo de polietileno, es decir, practicando una ureteroneocistostomía haciendo previamen-

te un tubo con un colgajo de pared vesical, de 4 cm. de largo. Peritonización y cierre del vientre por planos.

Post-operatorio: transfusiones de sangre, sueros y antibióticos, como es de práctica y 10 días después se retira la sonda vesical, que es necesario volver a colocar debido a una retención de orina y hematuria.

El 29 de marzo de 1957 se efectúa la pielografía descendente, se observan los cálices, la pelvis y el uréter izquierdo de tamaño normal, la vejiga bien llena con una deformación por tironamiento del cuerno de ese lado, por la tracción que ejerce el uréter neo-implantado (Fig. N° 5).

Cistoscopia: 9 de abril de 1957, abundantes copos de fibrina en la superficie mucosa en la mitad izquierda de la vejiga. En la cromocistoscopia se comprueba que la eliminación comienza simultáneamente en ambos ureteres a los 8 minutos con eyuculaciones rítmicas.

Sucesivas pielografías efectuadas a los 2 y 5 meses nos muestran como se mantienen los mismos caracteres, vale decir un perfecto funcionamiento de la neo-implantación.

RESUMEN

Se hacen breves consideraciones acerca de la conducta a seguir en las injurias quirúrgicas del uréter, tanto a las descubiertas durante la operación como las fístulas que luego aparecen como complicaciones tardías. En estas últimas somos partidarios de la implantación ureteral en la vejiga y si la lesión es alta recurrimos a la operación propuesta por Boari.

La hidronefrosis no constituye una contraindicación de la uretero-neocistostomía, pues las observaciones de Hans Muth y una nuestra, muestran una tendencia de la hidronefrosis a ceder, luego de una implantación exitosa.

Se resumen luego dos historias clínicas de fístulas uretero-vaginales, curadas mediante la neointerposición, una con la técnica de Laztko y la otra de Boari y seguidas en su evolución por medio de sucesivas pielografías excretoras.

BIBLIOGRAFIA

- Adams T.W. "West Surg. Gynec. and Obst". 1943, 51: 305.
 Aboul Ker P. "Jour. Clin"., (Paris), 1958, 75: 317.
 Arenas N., Foix A. 26c Cong. Arg. de Cirg. Bs. As., 1954.
 Albertelli J., Mónaco H., Sánchez R. "Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. As.", 1955, 34, 364.
 Aschener P.W. "Jour. Urol.". 1953, 69, 774.
 Bagnatti, E.P. "Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. As.", 1953, 32, 161.
 Barnes, R.W., Farley, S. "Jour. Urol.", 1948, 59, 466.
 Barret, C.W. "Urol. and Cutan Rev.", 1943, 47, 588.
 Carvalho, P. "Acta Oyn. et Obst. Hisp. Lusit.", 1958, 4, 237.
 Caughlan C.V. "Jour. Urol.", 1947, 58, 428.
 Cibert, J. Les lésions traumatiques de l'urété. Masson et Cie. Paris, 1958.
 Duffy, D.B. "Brit. Jour. Urol", 1957, 29, 26.
 Marget, R. "Bordeaux Chirurgicale", 1952, pág. 100.
 Davis, E., Le Roy, W.: "Jour. Urol.", 1950, 63, 1053.
 Di Paola, G., Tynjanker, J.: "Bol. Soc. Obst. y Ginec. Bs. As.", 1955, 34, 370.
 Dodson, A.I.: "Jour. Urol.", 1946, 55, 225.
 Espinoza Vega, D.: "6c Cong. Amer. y 3c Cong. Arg. de Urol.", 1956, pág. 601.

- Everidge, J.: "Brit. Jour. Urol.", 1940, 12, 234.
Furniss, H.D.: "Am. Jour. Obst. and Gyn.", 1933, 25: 159.
Henderson, D.: "Urol Cutan Rev.", 1951, 55, 80.
Hopler, A.B.: "West. Jour. Surg. Obst. and Gyn.", 1940, 48, 486.
Herman, L., Green, L.B., Hallyar, B.S.: "Jour. Urol.", 1946, 56: 688.
Ingersoll, F.M., Meigs, J.V.: "New England Jour. Med." 1945, 232, 335.
Kuss, R., Jolzer, J.: "Jour de Urologie", 1953, 59: 578.
Landsteiner, E.D.: "Surg. Gyn. and Obst.", 1954, 98: 653.
Meiver, R.B.: "J.A.M.A.", 1944, 124: 1116.
Miguel, A.R.: "6° Cong. Amer. y 3° Cong. Arg. de Urulogía", 1956, pág. 185.
Moore, T.D.: "Jour. Urol.", 1948, 59: 712 y 1948, 60: 859.
Mutth Hans Geb. and Frauenheilkunde: 1958, 18: 64.
Nicoley, E.P.: "Jour. Urol.", 1950, 64, 283.
Ockerland, N.F., Carlson, H.E.: "Jour. Urol", 1939, 42, 263.
Presentiss, R.J., Mullenix, R.B.: "J.A.M.A.", 1951, 145: 1244.
Puigvert, A.: "6° Cong. Amer. y 3° Cong. Arg. de Urol.", 1956, pág. 18.
Roaves, J.V.: "Jour. Urol". 1947, 57: 65.
Rolhik, H.C.: "Surg. Gyn. and Obst.", 1933, 67, 224.
Rusche, C.F., Bacon, S.K., "J.A.M.A.", 1940, 114: 201.
Senger, F.L., Johnson, S.: "Jour. Urol.", 1940, 44, 35.
St. Martin, E.C., Trichel, B.E., Campbell, J.R., Locke, C.M.: "Jour. Urol. 1953, 70: 51.
Stevens, A.R., Marshall, V.F.: "Surg. Gyn. and Obst.", 1943, 77: 585.
Te Linde, R.W.: "Rev. Cubana Obst. y Gin.", 1951, 13: 5.
Tsuji I., Kuroda Dl, Ishida, H.: "Urofolia", 1958, 25: 53.