

COMPLICACIONES UROLOGICAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO. TERAPEUTICA Y PROFILAXIS

Dr. T. ANTOINE (*)

El especialista siempre ha temido a las complicaciones urológicas a causa de la cirugía radical del carcinoma del cuello uterino. La forma clásica de dichas complicaciones es la fístula necrótica del ureter. Durante los primeros años ocurría en más de 10% de los casos y aún hoy día encontramos tales cifras en manos de algunos cirujanos; aunque en su mayoría ha disminuido. A esta forma clásica se adhieren hoy otras cuyo origen es la linfadenectomía.

¿En qué forma puede ser lesionada el sistema urinario debido a nuestra intervención? En primer lugar encontramos la lesión operatoria del ureter o de la vejiga. Esto ocurre raramente. Sin embargo, como consecuencia de la operación, debido a la extensa destrucción del tejido conjuntivo alrededor de la vejiga y de los tractos nerviosos, encontramos a menudo una vejiga atónica; además, imposibilidad de orinar y la existencia de orina residual. Toda paciente sometida al tratamiento quirúrgico radical no puede orinar inmediatamente después de la intervención, y si esto ocurre significa que la misma no ha sido verdaderamente radical. Durante el acto quirúrgico el ureter puede ser aislado de tal manera que en parte viene a ser necrótico, formando secundariamente una fístula; y finalmente, debido a las adherencias, el ureter desvainado puede estrangularse o ser tirado al fondo o doblarse. Esto impide la expulsión normal de la orina, lo que tarde o temprano ocasionará una pielitis.

En principio dos cosas esenciales deben evitarse, a saber, la retención de orina y la infección. Los síntomas son claros. La imposibilidad de orinar espontáneamente y la composición de la orina, turbia y con un sedimento rico en microorganismos, principalmente estafilococos y coli. Ocurre una infección ascendente entonces aparecen dolores en el curso del uréter y en la región de los riñones, en su mayoría acompañados de fiebre. Y en el tratamiento con rayos X la imagen varía en cuanto a que las complicaciones inflamatorias son más raras y las constricciones debido a las cicatrices, más co-

munes. La infección secundaria debido a la retención de orina es aquí también inevitable.

Naturalmente, la frecuencia de las complicaciones urológicas no solo depende del tratamiento de la enfermedad original, sino también de la situación al comenzar la terapéutica. Cuanto más avanzado el carcinoma tanto más frecuente los trastornos urológicos. Esto lo hemos podido constatar claramente en un total de 440 casos operados, de los cuales durante el estadio I: 1/12; estadio II: 1/8; y estadio III: 1/4 de los casos mostraron dichas complicaciones; lo que es bien comprensible.

Y ahora en lo que respecta el tratamiento de las complicaciones urinarias. Este debe ser fundado en dos puntos cardinales: primero, tratar la congestión que es el comienzo de todos los trastornos; y segundo, un tratamiento efectivo contra la inflamación a base de sulfonamidas y antibióticos. Además, hemos obtenido muy buenos resultados con el Furadantin. Contra la congestión, la aplicación de la sonda vesical permanente es la mejor terapéutica, evitando así la ascensión de orina en el ureter y protegiendo la vejiga atónica de la expansión excesiva. Quizá corresponde más al funcionamiento fisiológico la evacuación rítmica de la vejiga por medio de la sonda vesical permanente, forma esta preferida por algunos autores ya que es más semejante al funcionamiento normal de la misma. Nosotros no contamos con mucha experiencia al respecto. Otra de las preguntas a contestar es lo que trata el tiempo que debe permanecer la sonda vesical. Después de diferentes modificaciones hemos optado por 12 días como tiempo óptimo. Por una parte, no debe dejarse largo tiempo ya que produce la sensación de un cuerpo extraño e irrita la uretra; y por la otra, debe dejarse hasta que la paciente pueda orinar espontáneamente. Y si al extirparla no puede orinar, es preciso introducirla nuevamente por algunos días más. En la mayoría de los casos la micción espontánea es ya posible después del décimo segundo (12) día postoperatorio, aunque existe por unos días orina residual. Esta puede durar más o menos tiempo. En general, después de operaciones amplias incluyendo gran parte de la vagina, la vejiga no llega a vaciarse completamente antes de relativamente largo tiempo, aunque algunas veces se observan en estos casos pronta restitución de la función de la misma. Ciertamente entran aquí en juego factores constitucionales. Y en los casos en que después de 6 semanas aún se encuentra orina residual, habrá que corregir esta anomalía apelando a la cirugía. La electroresección del esfínter nos ha dado los mejores resultados. En los casos de cistitis y cuando los síntomas de propagación ascendente no existen, el cateterismo ureteral no debe efectuarse por ningún motivo, ya que así se transmitiría la infección.

El caso es diferente cuando la infección ha ascendido espontáneamente. Aquí, además del uso de antibióticos, el empleo del cateterismo uretral per-

manente es de extraordinaria ayuda. En estos casos de infección pronunciada, en los que existe en su mayoría una cistitis, el cateterismo es difícil ya que es impedido por el edema de la mucosa vesical o porque el ureter ha sido doblado o desplazado en el campo operatoria que es muy difícil sondearlo.

Si el cateterismo ureteral es aún imposible durante los próximos días y la congestión permanece, como único recurso queda la nefrostomía. Naturalmente, este es un procedimiento harto desagradable para la paciente y por ello algunas veces se espera demasiado tiempo. Pero debe efectuarse sin vacilación si se quiere evitar el perjuicio de los riñones. El restablecimiento de la parte estrangulada del ureter es más rápido cuando la retención e infección de la orina ha desaparecido. Pues el principio de la terapéutica debe ser la pronta nefrostomía en casos de pielitis refractaria. Y de no hacerla, ocurre que debido a una pielonefritis muy seria hay que recurrir a la nefrectomía. Esta grave operación, que sin duda perjudica la salud de la paciente para toda la vida debe evitarse cuando sea posible.

También hay casos en que la cicatrización del uréter es tan excesiva que una permeabilidad del mismo es imposible. Otros, en los que se ha formado una fístula gangrenosa; aquí se puede tratar de pasar con un cateter ureteral el lugar de la fístula y esperar la obturación de ella. Este es posible en los casos en que la fístula es parcial. De otra manera no queda otro camino que acudir a la cirugía, a igual que en los casos de estenosis. Importante es atinar el momento preciso de la intervención quirúrgica; ya que de hacerla demasiado tarde, encontramos el riñón ya afectada; y demasiado temprano, la tendencia de curación es mala. Como tiempo óptimo sugerimos la 4ta. a la 6ta. semana postoperatoria. Naturalmente, sin pérdida de tiempo se procede a la operación cuando el uréter ha sido lesionado durante la primera intervención. Generalmente hay dos regiones favoritas en las cuales el uréter puede ser lesionado: al cruzar el ureter los vasos uterinos, es decir, la región juxta-vesical; y en el ligamento infundibulo-pélvico. En el primer caso el ureter será en seguida implantado a la vejiga; no así en el segundo, aquí se empleará la operación plástica de Boari, usando láminas vesicales. Los resultados son extraordinarios.

Naturalmente, antes que toda corrección, valdría más evitar las complicaciones urológicas. Los trastornos causados al sistema urinario por el propio carcinoma podrían evitarse fácilmente si se hace un diagnóstico precoz y si la terapéutica comienza en el primer estadio de su desarrollo. Es fácil comprender que durante el estadio I el tumor no ocasiona complicaciones urológicas, ya que en ningún momento entra en contacto con la vejiga o con el uréter. Desgraciadamente sabemos que el diagnóstico precoz es aún una utopía. Tenemos una mejor situación cuando se trata de daños yatrogenos. En su mayoría éstos pueden evitarse; por lo menos, en cuanto a los que se

refieren a la operación. Dos situaciones completamente anormales son creadas por el acto quirúrgico: la vejiga es desprendida de sus contactos y por lo tanto la inervación interrumpida; y los uréteres son desprovistos de la vaina de tejido conjuntivo. Como consecuencias de esta situación, la primera hace la vejiga atónica y rígida; los uréteres quedan durante el restablecimiento enterrados en las cicatrices collosas, pues son comprimidos y torcidos. ¿Qué se puede evitar aquí? El aislamiento de la vejiga es inevitable, pero las consecuencias del mismo, es decir, la infección y la retención de orina pueden combatirse. Fundamentalmente sólo deben ser operadas pacientes cuyo estado urológico es normal de ahí que sea necesario, antes de toda intervención, un examen urológico, inclusive una pielografía endovenosa. La cistoscopia nos informa si el carcinoma (imperceptible a la palpación) ha invadido la vejiga. Después del tratamiento quirúrgico, como principal medida profiláctica con el fin de impedir la infección, se acude al drenaje permanente por medio de la aplicación de una sonda vesical permanente. Entre nosotros el catéter de Foley nos ha dado los mejores resultados.

Para evitar una infección la sonda, además de ser introducida con todos los cantos asépticos debe estar bien conservada. La extremidad superior debe ser introducida en el orificio externo de la uretra sin antes entrar en contacto con ninguna otra región de la vulva. La práctica común de hacer desembocar la sonda en un recipiente que reposa entre las piernas de la paciente es poco apropiado. Esto facilita por supuesto la ascensión de microorganismos que reposan en el depósito de orina. Más indicada es la colocación del orinal al lado de la cama y por medio de un tubo intermediario que no esté sumergido en la orina, unirlo a la sonda. Además, el recipiente debe contener un desinfectante (sublimado u oxicianura). Diariamente se procederá al lavado de la sonda con un desinfectante líquido. Sólo siguiendo estas medidas puede llegarse a evitar una cistitis. En el décimo segunda día postoperatorio se extraerá la sonda; pero aún no hemos terminado en nuestro cuidado por la vejiga. Se continuará diariamente la verificación de la orina residual, por medio del cateterismo, hasta que durante tres días consecutivos no haya retención de orina. Durante cada cateterismo se hará también un lavado vesical. Este minucioso cuidado de la vejiga es igualmente importante durante el tratamiento radiológico postoperatorio. Este ocasiona un nuevo daño de los tejidos y una obstrucción de los vasos linfáticos, lo que pospone la curación. Si se irradia demasiado temprano es casi imposible de quitar la orina residual. Esta situación nos conduce a un círculo vicioso; debida a la persistencia de la orina residual irradiamos prematuramente y por ello prolongamos la retención de orina. Esto en cuanto a lo que concierne la profilaxis urológica.

Hay además otros peligros inmediatos a la cirugía radical, como son la lesión de los uréteres, la falta de nutrición adecuada de los mismos que ocasiona fístulas gangrenosas, la formación de adhesiones con estenosis y desplazamiento de los uréteres. Todas estas posibilidades de incurrir en una lesión del uréter han aumentado con la extensión de la cirugía radical, en especial con la introducción de la linfadenectomía. De ahí que se haya tratado de eliminar el peligro de la formación de fístulas por medio de modificaciones a la preparación original del uréter. Nosotros usamos la técnica que sugiere PALMRICH, miembro de nuestra clínica. Ella consiste en dejar el uréter en conexión con una lámina de tejido conjuntivo posterior, una especie de "Mesuréter". En dicha lámina encontramos vasos sanguíneos paralelos al uréter que son de gran importancia para su nutrición. Otro detalle muy importante es la nítida preparación del segmento yuxtavesical del uréter. Es aquí precisamente en donde aparece posteriormente la fístula, a falta de nutrición adecuada del uréter.

Atención especial requiere también el campo operativo, principalmente contiguo a la pared pélvica en donde se forma verdaderas excavaciones debido a la linfadenectomía. Nosotros no somos ultraradicales, dejando el tejido conjuntivo bajo del plano de los vasos obturatorios. En los casos en que los ganglios linfáticos profundos nos parecen afectados, naturalmente procedemos a la extirpación, pero generalmente es innecesario. Evitamos con este proceder una fosa operatoria demasiado profunda conservando tejido conjuntivo, el que sin duda juega un papel importante como defensa a la invasión cancerosa. Aceptando como realidad la producción de una cierta cantidad de sangre y suero (responsables por las adhesiones) después de toda cirugía radical nos hemos habituado durante los últimos tiempos a drenar la cavidad entre los vasos ilíacos con el drenaje de Redon. Este consiste en introducir en las cavidades de la bifurcación un tubo plástico delgado y perforado, colocado subperitoneal, conducido lateralmente hacia la piel en el nivel de la crista ilíaca. En su extremo externo adoptamos un vacua ligero. Durante los primeros 4 ó 5 días postoperatorios se extraen de 40 — 60 cc de cada lado de líquido hemorrágico-seroso. Suponemos con Redon que así se reducen las adhesiones a un mínimo lo que es bueno para el uréter. Puesto que hemos introducido esta técnica recientemente, no estamos en condiciones de referir los resultados. Ya nos hemos dicho anteriormente a la práctica de no irradiar durante el período postoperatoria hasta la desaparición de la orina residual, con el fin de disminuir el período de inmovilización de la misma. Como medida de precaución, después de la extracción de la sonda vesical permanente, controlamos el funcionamiento de los riñones por medio de un pielograma, de la misma manera que antes de la intervención. El motivo es

evidente; así reconocemos prontamente una hidronefrosis y evitamos daños permanentes de los riñones. Igualmente debe controlarse más tarde el sistema urinario. Optamos por un nuevo pielograma después de un año, cuando el posible tratamiento radiológico también ha sido terminado. No debemos perder desde ningún punto de vista que la retención de orina es la base de toda complicación, de toda infección de las vías urinarias. Por eso pues, la importancia del examen de la orina residual y del pielograma. Gran parte del éxito de la cirugía radical depende del exacto cuidado del funcionamiento del sistema urinaria de la paciente, por parte del médico, como de la enfermera asistente.

Con todo derecho se preguntará si con nuestra técnica hemos obtenido mejores resultados. Tenemos la satisfacción que hemos logrado una disminución considerable de las complicaciones urológicas postoperatorias. La frecuencia de las fístulas ureterales era de 16 : 220; y hoy de 2 : 220. El número total de las complicaciones urológicas no ha disminuída; probablemente debido a la expansión de la intervención quirúrgica radical, aunque los casos graves si son menos frecuentes. Entre los primeros 220 casos (1956 — 1958) murieron 11 pacientes a causa de las complicaciones urológicas. En el segundo grupo (1959 — 1961) de 220 pacientes sólo 3. Esto significa una disminución del 3,5% de la mortalidad durante los últimos años.

Los resultados son alentadores y justifica nuestra preocupación actual en la terapéutica del carcinoma del cuello uterino. Hasta ahora habíamos concentrado nuestros esfuerzos a la intensificación de la operación radical y habíamos aceptado las vidas perdidas a causa de las complicaciones urológicas como un tributo a nuestros esfuerzos. Esto es injusto. A la paciente interesa muy poco la causa de su muerte. Ella desea vivir. Debemos tener presente que si bien es cierto que con nuestra cirugía radical libramos a la paciente de un carcinoma, por el contrario la perdemos a causa de las complicaciones urológicas. El arte del clínico concienzudo estará basado en el ponderar las dos posibilidades y finalmente encontrar la fórmula adecuada que conduzco a la mínima mortalidad.