

**FISTULA URETEROVAGINAL. ANASTOMOSIS
URETEROINTESTINAL (1 caso)
ANASTOMOSIS VESICoureTERAL (1 caso)**

Por los Dres. **MARIO F. VICCHI** y **JUAN ASBUM Z.**
(Relator Dr. **JUAN IRAZU**)

Vamos a referirnos a dos casos de fístula uretero-vaginal consecutivas a intervenciones ginecológicas. Uno de ellos se refiere a una paciente con un cáncer de matriz muy infiltrante y la lesión ureteral se produjo por necrosis de la pared por falta de nutrición. En el 2º caso, la fístula se debió a una sección quirúrgica. En estas enfermas hemos seguido una conducta terapéutica distinta que luego comentaremos en detalle.

Este tipo de lesión es relativamente frecuente aunque la casuística publicada sea escasa, como ya lo hacía notar Bradley en 1896. Bland reunió 310 casos y Herman en 2225 operaciones pelvianas encontró 86 lesiones ureterales, es decir un 4 %. Los sitios más frecuentes de las fístulas por traumatismo quirúrgico se producen durante la ligadura de la uterina en el extremo inferior del uréter o más alto al ligar el pedículo ureteroovárico.

En algunos casos la fístula es parcial y parte de la orina puede continuar pasando a vejiga. David Feines en 1938 publica ocho casos al revisar 253 lesiones ureterales agrupándolas en la forma siguiente:

Fístulas Ureterovaginales	91
Fístulas Ureteroabdominales	8
Fístulas Mixtas vaginales y abdominales	1
Sección completa	55
Resección de ureter	13
Sección parcial	16
Ligadura	18
Pinzamientos	10
Necrosis por falta de irrigación sanguínea	6

Las intervenciones ginecológicas que más exponen a este incidente son: la histerectomía por vía vaginal y la operación de Wertheim. La casuística que hemos encontrado sobre este tema es muy exigua. Gerald Vaughm Caughlan cita un caso de resección ureteral al realizar histerectomía por mioma.

Se hizo trasplante a vejiga, 5 años después la paciente estaba bien.

J. S. Dotta y T. Delporte citan un caso de trasplante a vejiga por estrechez del ureter. El paciente controlado 3 años después no presentaba inconvenientes.

Conducta terapéutica frente a una lesión traumática del uréter durante una intervención quirúrgica

a) Si se produce un pinzamiento del uréter y se advierte el accidente, la terapéutica a aplicar es muy simple, basta la colocación de un cateter ureteral durante algunos días. Lo mismo podemos decir de las pequeñas heridas ureterales que requieren una terapéutica similar.

b) La ligadura de uréter: Generalmente este accidente pasa inadvertido, si es unilateral, salvo la aparición de un dolor lumbar de variable intensidad y disminución de la diuresis.

En estos casos si aparecen fenómenos de pionefrosis o si los dolores son muy intensos y el riñón ha sufrido apreciablemente por su distensión no cabe otra conducta que la nefrectomía, si el riñón opuesto es suficiente. En caso de un riñón único o con graves lesiones en el riñón opuesto debe pensarse en una nefrostomía de drenaje y en una derivación cutánea del uréter. En algunos casos se ha producido la ligadura de ambos uréteres con la anuria consecutiva. Al respecto creemos oportuno citar el caso descrito por Brooks (1934) en que la paciente después de la ligadura bilateral tuvo una anuria de 5 días cediendo espontáneamente por reabsorción el catgut, sin consecuencias graves.

c) Sección del uréter: Si el accidente ha sido advertido y la sección es alta impidiendo una nueva anastomosis con vejiga, debe intentarse una anastomosis término terminal, aunque este tipo de reparación es la más insegura. Son recomendables la técnica de Poggi, Albarran, Curtis. Si la sección es baja es preferible el trasplante a vejiga, dejando desde luego un tutor ureteral. Siendo ésta la operación ideal.

Las otras conductas no son aconsejables sino por excepción: así por ejemplo la ligadura del uréter o anastomosis uréterointestinal deben tratar de evitarse en lo posible, porque en la 1ª implica el sacrificio de un órgano sano y la 2ª tiene inmediatos y alejados riesgos considerables.

d) La sección del uréter pasa generalmente inadvertida lo cual implica riesgos severos para el paciente ya que en muchos casos el drenaje de orina se produce hacia el peritoneo con sus graves consecuencias. Frente a esta situación la intervención debe ser urgente y mínima limitándose a drenar la orina y si se cuenta con un riñón opuesto suficiente hacer la ligadura del uréter para realizar la nefrectomía una vez que la enferma ha mejorado sus condiciones clínicas. Pero sin duda alguna lo más frecuente es que la fístula se haga a vagina, en estos casos si la sección es parcial y se consigue pasar un cateter la solución puede ser sencilla. Desgraciadamente en la inmensa mayoría de los casos la reacción inflamatoria impide el paso del catéter y se produce un extasis urteropielocalicial que obliga a actuar lo antes posible para evitar las lesiones renales irreversibles. El criterio a seguir debe ser siempre conservador y reservar las terapéuticas mutilantes para los casos de fracasos de las operaciones plásticas. Indudablemente en estos casos la solución ideal es el trasplante del uréter a vejiga.

Creemos haber hecho una síntesis completa de los diversos problemas que se le pueden presentar al cirujano y la forma práctica de enfocarlos. Pasaremos a detallar cuál ha sido el criterio que hemos seguido en nuestras enfermas así como los detalles técnicos que creemos puedan interesar.

El caso N° 1 se trata de una fístula ureterovaginal por necrosis después de una operación de Wertheim por cáncer muy infiltrante de matriz. Frente a esta contingencia hemos resuelto el problema mediante una anastomosis uréterointestinal con la técnica descrita por Warton a la cual no haremos referencia por haberlo hecho en detalle en reuniones anteriores. Hemos seguido este criterio por dos razones: a) no creemos aconsejable operaciones plásticas en un terreno tan malo como lo es el del enfermo neoplásico; b) tratándose de una neoplasia de tan mal pronóstico pensamos que si se produce la recidiva del tumor, la enferma se hallará a cubierto del bloqueo ureteral y la uremia consecutiva que se produce tan frecuentemente en los cánceres de matriz con infiltración de parametrios.

El caso N° 2 es un problema totalmente distinto. Nos encontramos con una sección ureteral con fístula vaginal por una intervención quirúrgica benigna en una mujer muy joven. En este caso nos hemos inclinado por una operación conservadora que no crea ninguna invalidez en la enferma. Teniendo documentos radiológicos y datos clínicos de que la sección era baja planeamos el trasplante del uréter seccionado la vejiga por vía extraperitoneal mediante una incisión pararectal en forma de bastón de golf. Introduciendo el uréter dividido en pico de pato a través de una cistostomía mínima dejando un catéter ureteral previamente colocado en vejiga y haciéndolo llegar hasta riñón para asegurar un buen drenaje de las orinas y para servir de sostén al uréter. El cuidado del libre drenaje del catéter en el post-operatorio es substancial. En nuestro caso lo hemos mantenido 15 días sin inconvenientes. Además debe dejarse sonda vesical a permanencia para evitar que la distensión de vejiga pueda hacer fracasar la plástica dando salida a orina a través del orificio de la cistostomía. Insistimos en que estos dos puntos son básicos para contribuir al éxito quirúrgico. Desde luego que el uréter transplantado debe ser sometido durante algún tiempo a dilataciones periódicas para evitar las estrecheces secundarias. Siempre después de un trasplante suele producirse un estasis uréteropielocalicial que luego cede espontáneamente o con dilataciones del nuevo meato, cuidados post-operatorios imprescindibles para asegurar el éxito final. Otro detalle técnico a cuidar es de dejar el uréter en buena posición y que no esté sometido a tracción. Haremos algunas consideraciones sobre las dificultades diagnósticas que se nos han presentado y el procedimiento seguido para hacer el diagnóstico correcto. En el primer caso varios días después de la operación de Wertheim coincidiendo con una disminución de la cantidad de orina se produce pérdida de líquido vaginal, el 1er. paso consiste en determinar si la lesión es vesical ureteral. El procedimiento es sencillo: se llena la vejiga con líquido coloreado y se observó si salía por vagina, resultando esta prueba negativa. Se efectuó cistoscopia observando eyaculación de orina por meato izquierdo no así por el derecho. El catéter ureteral se introdujo tan sólo 4 ó 5 cms. Pero en este caso el examen que resultó más demostrativo fué la urografía excretora que nos muestra el trayecto fistuloso y la salida del medio de contraste por vagina.

En el 2º caso la salida de orina se produjo inmediatamente después de la intervención quirúrgica y se siguió el mismo procedimiento, igualmente re-

sultó imposible la colocación de un catéter en el uréter seccionado y la urografía excretora nos mostró un desnivel en la desembocadura ureteral y una dilatación uréteropielocalicial del uréter seccionado.

CASO N° 1. — Historia Clínica. N. N. M. Edad 41 años. Fecha de ingreso 22-IX-51.

Diagnóstico ginecológico: Carcinoma de matriz. Operación de Wertheim. Dr. Barrios. Sin incongruencias. Post-operatorio: a los 7 días pérdida de orina por vagina.

Estudio urológico previo a la operación.

Fenómenos de cistitis en algunas oportunidades. En el momento del examen micciones normales. Capacidad vesical 250 cm³. Vejiga fácilmente distensible. Orinas límpidas. Cistoscopia: mucosa de aspecto normal, meatos normalmente situados. No se observan lesiones orgánica vesical.

Urografía excretora: R. Simple: se observan 2 sombras opacas a los rayos a nivel de la 1ª apófisis transversa lumbar, que parecen concordar a vesícula biliar. A los 5' eliminación del medio de contraste sin alteración en las vías excretoras. A los 15' se repite la imagen. Cistograma: nada de particular. Colecistografía: vesícula excluida. los cálculos son biliares.

Estudio urológico post-operatorio.

Orinas turbias. Capacidad vesical 300 cm³. pérdida de orina por vagina. El llenado vesical con colorante no demuestra salida de líquido vesical.

Cistoscopia: Mucosa de aspecto normal. Meato normalmente implantados. Trigono levantada, ambos meatos rodeados de mucosa congestiva. Se observa eliminación de orina por meato izquierdo, no así por el derecho por lo cual se presume se trate de fístula ureteral derecho. Cromocistoscopia a los 15' no aparece el colorante por ningún riñón (no hay seguridad en que la inyección la practicara endovenosa). Urografía excretora: Con distensión vesical. Dilatación uréteropielocalicial del lado derecho. Lado izquierdo a los 5' se observa buena eliminación del medio de contraste y las vías excretoras son normales. Se observa trayecto fistuloso que comunica uréter derecho con vagina.

Plan operatorio: Se plantea anastomosis ureterointestinal con la técnica de Warton porque se duda que en tejidos neoplásicos y donde probablemente puede producirse recidiva convenga hacer una ureterovesicoanastomosis.

Preoperatorio: Gimnasia respiratoria. Penicilina. Dihidroestreptomocina. Guamicil. Vitamina K. Enemas diarios. Exámenes de Laboratorio: Urea en Sangre: 0.50 g. %₁₀₀. Tiempo de coagulación y sangría: normales. Examen de orina: Piuria intensa.

Operación: 20-XI-51. Cirujano Dr. Bichi. Ayudantes Dres. Sillerico. Anestesia General. Iter. Pentotal. Dr. Pando.

Resección de la cicatriz operatoria, apertura de peritoneo reclinación de asas intestinales. Se comprueba en peritoneo posterior de aspecto cicatricial retráctil por encima el uréter está dilatado. Se libera uréter en parte sana y se hace anastomosis ureterointestinal con la técnica de Warton. Se deja 1 gr. de dihidroestreptomocina local. Cierre por planos.

21-XI-51. Enferma tranquila, pulso regular tenso rítmico. Sin fiebre, abdomen blando no hay vómitos.

22-XI-51. Empieza la eliminación de orina por recto, enferma bien equilibrada se comienza alimentación.

3-XI-51. Urografía de control. A los 10' buena eliminación. Trabaja el riñón derecho discreta dilatación de las vías excretoras. Líquido en intestino. Riñón izquierdo, vías excretoras sin aparente alteración.

6-XI-51. Disminución de la cantidad de orina por vejiga, 1 micción por día, orinas turbias, comienza a mojar por vagina, líquido de aspecto de orina.

14-XII-51. Continúa la pérdida de líquido vaginal. Se llena vejiga con indigo no saliendo orina por vagina a pesar de la distensión formada. Indigo endovenoso control cistoscópico: no elimina indigo por meato izquierdo, en cambio el líquido vaginal sale teñido de azul. No hay signos de infiltración vesical.

CASO N° 2. — Historia Clínica. A. A. de T. Edad 23 años. Pieza 32. Pensionado H. General de Miraflores.

Antecedentes: Niega haber padecido fenómenos urinario. Diagnóstico Ginecológico. Prolapso genital de 2° grado. Retroversión uterina. Movable.

16-XII-51. Operación de Operación de Halban.

Post-operatorio: Al día siguiente de la intervención quirúrgica se observa salida de líquido por vagina con los caracteres de la orina.

Estudio urológico: orinas límpidas. Se llena vejiga con líquido coloreado no observándose salida por vagina.

Cistoscopia: No se observa alteración orgánica vesical. Meato derecho eyacula orina cara. No se observa eyaculación por meato ureteral izquierdo.

Cromocistoscopia: El indigo carmín se elimina a los 4' por riñón derecho no apareciendo el colorante por riñón izquierdo. El catéter no puede ser introducido más de 3 cm. Después de la inyección del colorante. El líquido vaginal es de color azul. Urografía excretora: No se observan cálculos vías excretoras derechas sin alteraciones de significación patológica.

Se comprueba en cambio ureterouronerosis izquierda. Cistograma: Vejiga de contornos netos sin alteraciones. Se observa uréter izquierdo dilatado y en desnivel con respecto al lado opuesto.

Operación: 26-XI-51. Cirujano. Dr. Vicchi. Ayudante Dr. Sillerico. Anestesia general: pentotal. Eter. Transfusión durante el acto quirúrgico. Incisión pararectal izquierda, en forma de bastón de golf. Se reclina fondo de saco peritoneal descubriéndose la zona periureteral infiltrada considerablemente. Se observa en la región vecina a vejiga la resección del uréter encontrándose este rodeado de tejido con intensa infiltración inflamatoria. Se secciona el uréter y se divide su extremo en dos colgajos. Se incinde vejiga a través de la cual se extrae la sonda ureteral previamente colocada. Se la introduce en el uréter hasta pelvis. Se hace pasar a éste deslizándolo por el catéter hasta vejiga. Fijando los dos colgajos a la pared vesical, cuidando que el uréter quede sin tracciones. Reconstruyendo cuidadosamente la pared vesical. Se deja drenaje. Cierre por planos. Se coloca sonda esical a permanencia. Postoperatorio: Sin incidencias, salvo alguna elevación térmica explicable por la presencia del catéter ureteral y por la remoción de tejido inflamatorio. Se continúa haciendo antibióticos, medicamento administrado desde el preoperatorio. Al 5º día se retira el drenaje de la herida operatorio observando la salida de pequeñas cantidades de secreción, curas planas y riguroso cuidado del catéter ureteral que es retirado a los 14 días previa pielografía retrógrada que muestra la buena colocación del catéter hasta pelvis. A los 20 días de la operación la herida cicatriza totalmente y no hay salida de orina por vagina.

17-XII-51. Urografía excretora de control. Buena eliminación del medio de contraste persiste la dilatación ureteropielica izquierda y se observa la terminación del uréter transplantado en buena posición. Sin tracciones va que pueden observarse las curvaturas típicas del mismo.

18-XII-51. Se retira la sonda vesical. Se indica la conveniencia de efectuar dilataciones periódicas del nuevo meato ureteral para evitar las retracciones del mismo.