

SECCION QUIRURGICA ACCIDENTAL DE URETER

Comentarios sobre dos casos

Por los Dres. JORGE ALBERTELLI, EVARISTO B. BOTTINI (†)
SAMUEL MADRID PAEZ y ROMILIO MONZON

Presentamos a la consideración de los distinguidos miembros de esta Sociedad, el análisis de dos casos de sección quirúrgica accidental del uréter, los cuales tuvieron una tan feliz evolución tanto inmediata como alejada, que estimamos puede ser sumamente interesante el conocerlos, no pretendiendo con ello, sentar normas con una casuística tan escasa, sino para traer al tapete el planteo de cual debe ser el tratamiento de este desagradable accidente quirúrgico y poder oír la autorizada opinión de ustedes al respecto.

Los casos son los siguientes:

Caso N° 1. — Historia Clínica. N. N. 32 años. En el curso de una operación ginecológica en la cual se extirpa un cistoma del ovario y mioma uterino, al pretender efectuar la resección del nervio pre-sacro, se reseca inadvertidamente 1 1/2 cm. del uréter derecho, a la altura de la línea innominada. Enferma en buenas condiciones generales, se procede a la exploración del riñón opuesto, para determinar su estado aparente, que se reconoce sin alteraciones. Se procede en tales condiciones a efectuar anastomosis término terminal, cabo a cabo, sobre catéter N° 6, previa movilización de los cabos para quitarles toda tensión, pero con el cuidado de no perturbar su adventicia nutricional. Se coloca un punto de anclaje en la cara posterior y se pasa el cateter hacia arriba hasta la pelvis renal y hacia abajo hasta la vejiga, terminándose con cuatro puntos opuestos semiperforantes de catgut 00 crómicos. Se confecciona un manguito de tejido celular periureteral y el todo se extraperitoniza por sutura del peritoneo posterior, dejándose un drenaje de goma de guante de la cavidad peritoneal vecino al sitio de la sutura. Hacemos mención que omitimos deliberadamente el drenaje directo de la zona suturada por creer que esto podría haber perturbado la cicatrización ulterior.

El post-operatorio inmediato fué bueno con muy discretas hematurias que desaparecen al tercer día, durante el curso del mismo, se tuvo especial cuidado para mantener el balance hídrico, el nivel proteico administrándosele además antibióticos.

El post-operatorio alejado es excelente; los controles pielográficos descendente y ascendente hechos a los dos y ocho meses de la operación, revelan un uréter de calibre normal, con un funcionalismo renal excelente.

Caso N° 2: (Clientela particular Dr. Monzón, Corrientes).

Paciente de 35 años. En el curso de la extirpación de un mioma incluido en el ligamento ancho, se secciona inadvertidamente el ureter derecho, siendo reconocido el accidente en el momento de efectuar la toilette de la región. Siendo un uréter de aspecto normal con sección neta y cabos próximos, se decide efectuar una anastomosis término terminal (por enchufe) que se asegura con cuatro puntos de catgut cromado 00, que se extraperitoniza dejándose un drenaje en la loge. Post-operatorio sin inconvenientes, salvo una discreta hematuria que desaparece espontáneamente. A los 15 días se efectúa una pielografía ascendente que revela una dilatación del cabo superior del ureter seccionado y pielocalicial. La enferma es perdida

de vista y a los 2 años, a raíz de una afección ginecológica, es nuevamente examinada pudiéndose hacer una pielografía descendente que revela ureter d calibre normal, con perfecta eliminación del fármaco, y riñón normal.

COMENTARIOS

La conducta que se debe observar ante esta eventualidad no está todavía bien definida, siendo motivo de ello la circunstancia de que el número de casos es afortunadamente poco numeroso, pero existe además y lamentamos decirlo una tendencia general a no publicarlos cuando acontecen, evitando de esta manera la acumulación de experiencia, que es tan valiosa. Si a esto agregamos un estado de "disminución quirúrgica" relativa que como factor inhibitorio puede influir decisivamente hacen un cúmulo de circunstancias adversas que creemos pueden ser favorablemente modificadas.

El tratamiento aconsejado hasta el momento actual es muy variable. La neo implantación en vejiga cuando la sección del uréter es próxima a ella cuenta con numerosos adeptos, entre ellos Te Linde, Kirschner, Latzko y otros, a pesar de tener el inconveniente reconocido que muy a menudo por insuficiencia del ostium permite el reflujo y la dilatación ascendente urétero pielocalicial que termina finalmente con sus diversos artificios de técnica, tiene sus indicaciones precisas y complicaciones que casi fatalmente se presentan: la infección ascendente que hace aceptar con reserva tal tratamiento, salvo en caso de verdadera necesidad. La ligadura del uréter que fuera propuesta por Stoeckel y Kawasoye, para excluir el riñón, entendemos que por irracional debe ser proscripta.

Deliberadamente hemos dejado como última consideración la anastomosis término terminal cabo a cabo o cabo en cabo que tiene sus entusiastas cultores sobre todo de la Escuela Americana tales como: Wharton, Prentiss, Everett y que en nuestro juicio si consideramos la evolución extraordinariamente favorable de los dos casos que presentamos a vuestra consideración, debe ser tenida muy en cuenta como tratamiento de elección de este desagradable accidente.

Para poder ser aplicado deben existir condiciones previas e indispensables que son: uréter sano (no dilatado), sección neta, nutrición de ambos cabos buena, orina aséptica y posibilidades de afrontamiento sin tensión. En lo que se refiere a la técnica a seguir no podemos, y con ello volvemos a repetir lo que dijimos al principio, dar normas, pero entendemos que siempre será conveniente la sutura sobre catéter, que los puntos deben ser no perforantes y de material de reabsorción lenta (catgut cromado) y que el post-operatorio deberá ser estrictamente controlado en lo que se refiere al balance hídrico y proteico, como asimismo indispensable la administración de antibióticos sobre todo aquellos que obran sobre los gérmenes gram negativos (cloromicetina, terramicina, estreptomocina).

CONCLUSIONES

1º) Se analizan dos casos de sección quirúrgica accidental del uréter, reconocida durante el acto operatorio.

2º) El tratamiento instituido fué la sutura término terminal, siendo su evolución muy favorable desde el punto de vista inmediato y alejado (8 meses y 2 años) obteniéndose la restitución ad-integrum del uréter y del riñón.

3º) El tratamiento de este accidente por este método debe ser tenido en cuenta, cuando existan las condiciones ideales para ello: uréter sano, sección neta, nutrición de ambos cabos buena, orina aséptica y afrontamiento sin tensión. Agregamos que el estado general de la operada, debe ser suficientemente bueno como para permitir la prolongación del acto quirúrgico, sin apremios.

4º) En el post-operatorio tiene valor la administración de antibióticos que actúen sobre la flora gram negativa especialmente y el mantenimiento de los niveles proteicos e hídricos.

5º) Desearíamos el aporte y el mayor número posible de casos para poder establecer normas en el tratamiento de esta complicación operatoria.

DISCUSION

Dr. Rodolfo Surra Canard. — He tenido oportunidad de ver unos cuantos accidentes del ureter en la Maternidad Sardá, pero han sido casi todos tardíos, de manera que no puedo responder al pedido que formula el Dr. Albertelli.

En algunos se han hecho reimplantes en vejiga, en otros, nefrectomías, pero ninguno de esos casos fué reconocido en el acto operatorio, sino después.

Dr. Juan Irujo. — Deseo mencionar un caso que lleva ya dos años de evolución. Es semejante al segundo caso relatado por el Dr. Albertelli. Durante una miomectomía, se hizo la sección del uréter y la reconstrucción inmediata y el segundo caso, no sé si el Dr. Roccatagliata está presente, se trataba de un cáncer de útero operado, que dejó una fistula vaginal.

En el primero, la reconstrucción fué perfecta y en el segundo, también fué feliz porque se pudo desinsertar el uréter donde estaba fistulizado y reimplantarlo en la vejiga. Conjuntamente con el Dr. Roccatagliata pudimos observar la eliminación del indigecarmín: tratamos de efectuar el cateterismo del uréter y pudo hacerse perfectamente.

En el segundo caso no tenía la certeza de que se pudiera hacer una plástica feliz, dada la forma en que se hizo la anastomosis, la sección de la vejiga, un ojal y la introducción del uréter, cosa que hizo el ginecólogo a quien yo acompañaba.

Ambos casos fueron de feliz resultado. Creo que debe insistirse en la conducta de reimplantar los uréteres en forma término-terminal, sobre catéter y haciendo la medicación que aconseja el Dr. Albertelli, teniendo en cuenta que la fisiología del uréter, en su disposición segmentaria de vascularización y enervación permite hacerlo con toda liberalidad. Sabemos que esa disposición anatómica es independiente considerando al uréter formado por verdaderos husos independientes unos de otros.

Dr. Armando Trabucco. — Desgraciadamente para nosotros el problema que plantea el Dr. Albertelli es el inmediato, vale decir, la lesión del ureter en el acto quirúrgico.

Nosotros no tenemos oportunidad de actuar ginecológicamente, porque no es nuestra especialidad y las lesiones del uréter en forma inmediata nos atañe cuando se hace una intervención en vejiga.

La solución del problema ginecológico, con la sección del uréter no es realmente nuestro. En cambio, recibimos sí los problemas alejados, vale decir, los uréteres que se han abierto y que se han dejado abandonados, porque no se ha hecho en el momento quirúrgico la advertencia de la sección del uréter, problema que generalmente se hace en ginecología, en los grandes vaciamientos, en los procesos máximos de la patología genital.

Como en esos casos se actúa a distancia, no he encontrado todavía la posibilidad de hacer una terapéutica reparadora. Me acuerdo de un caso presentado a esta Sociedad, en que se había hecho un uropéritoneo en una enferma a quien se le había practicado una operación de Wertheim, debiendo llegarse a la nefrectomía.

Hace poco, actué en una ligadura de uréter inferior, en donde el empastamiento era tan grande y el proceso de cicatrización tan marcado que no fué posible disecar el uréter para hacer la reimplantación en vejiga.

Dr. Ricardo Bernardi. — Como contribución al tema, quisiera agregar a la brillante exposición de los Dres. Albertelli y Bottini, que hemos tenido dos casos por demás interesantes.

En el primero debimos realizar la sección del uréter, en un uréter retrocava, primer caso publicado en el país. Hicimos la sección del uréter, anastomosamos y obtuvimos un resultado bastante satisfactorio.

Los médicos que concurrieron hoy a nuestro Servicio tuvieron oportunidad de ver un enfermo en el que hace pocos días hicimos una nefrectomía por una uronefrosis por obstruc-

ción ureteral doble, vale decir, con una estenosis a nivel del uréter lumbar de una sección de 3 cms. Hicimos una resección de 3 cms. de la parte estenosada e hicimos la anastomosis cabo a cabo.

A propósito de la técnica, quisiera agregar que es conveniente en esos casos efectuar la sección oblicua del uréter a fin de que tenga más afrontamiento y no haya tanta posibilidad de estenosis.

Dr. Jorge Albertelli. — Agradezco la contribución de los distinguidos colegas.

En cuanto a los temas tocados, las lesiones secundarias del uréter por esfacelo, por necrosis, la fistula uréterovaginal o una sección del uréter, también tenemos experiencia. Es la bestia negra de nuestra cirugía en el cáncer genital. Por más que tomemos todos los cuidados, para preservar lo mejor posible al uréter de una sección, tenemos un alto porcentaje de necrosis o de fistulas que, a veces, nos desanima. Hemos tratado de subsanarlos yendo a la cirugía mutiladora y haciendo nefrectomía.

Otras veces, la reimplantación en vejiga, siguiendo algunos de los métodos que ustedes conocen, nos está dando buenos resultados inmediatos. En eso ustedes tienen la experiencia general de que, poco a poco, el uréter no implantado va a la degeneración.