

URETEROLITOTOMIA POR VIA VAGINAL

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Los cálculos del ureter pelviano constituyen el grupo más importante de los cálculos ureterales, no solamente por su mayor frecuencia, sino también por los problemas técnicos que su extracción plantea al cirujano. En efecto, mientras los cálculos del ureter lumbar o ilíaco, que deben ser intervenidos quirúrgicamente no originan ninguna duda en cuanto a su vía de abordaje, la que por otra parte es técnicamente sencilla: en el caso del ureter pelviano y particularmente de su extremo más inferior, su porción visceral, por la profundidad en que se presenta cuando el cirujano le aborda como habitualmente por vía abdominal, por sus relaciones anatómicas, por los amplios decolamientos de peritoneo que es necesario efectuar etc., su abordaje constituye con frecuencia una operación laboriosa, a veces chocante, la que en manos poco hábiles termina no pocas veces con lesiones irreparables de la vía excretora o sin haber cumplido su cometido, vale decir la extracción del cálculo. Es indudable que estas dificultades se acrecientan en los casos de individuos obesos, de vientres globulosos, en quienes cuando el ureter no está muy dilatado y existen lesiones de periureteritis, resulta hasta muy difícil localizarlo. El post-operatorio de estos enfermos suele ser accidentado y en no pocas oportunidades queda como secuela una gruesa eventración post-operatoria.

Teniendo en cuenta estas breves consideraciones, nos llama la atención que la vía vaginal para el abordaje del ureter pelviano en la mujer sea tan poco utilizada como parece desprenderse del escaso número de publicaciones sobre el tema en las que además los autores, como lo hacemos también nosotros en la presente comunicación, se refieren a algunas pocas intervenciones personales. Es así como todavía se citan recopilaciones estadísticas de la bibliografía mundial que reúnen en publicaciones recientes poco más de un centenar de observaciones.

Las circunstancias, por una parte, de que el urólogo no está habituado a la cirugía vaginal y por la otra, a la falsa tradición que se repite todavía en muchas publicaciones, por vía de la experiencia de la cirugía ginecológica, de los peligros de las fístulas urinarias como consecuencia de las lesiones ureterales, ha hecho seguramente desprestigiar esta vía de abordaje, para hacerla, como lo es todavía, una vía de excepción. Hemos de confesar que nosotros mismos hemos caído en este error y es recién al través de tres observaciones personales en que intervinimos un cálculo del ureter pelviano en la mujer

por vía vaginal, que nos hemos compenetrado de las ventajas, ya conocidas de esta vía de abordaje, valorando cuales son realmente sus indicaciones fundamentales. Deseamos con esta comunicación destacar estos hechos y aprovechar la oportunidad para conocer la experiencia de los distinguidos consocios en esta clase de cirugía.

TECNICA OPERATORIA

Recordemos que el ureter pelviano en la mujer puede dividirse en dos porciones, una descendente o parietal, aplicada contra la pared pelviana y la otra, la que aquí nos interesa, visceral, que corre en la base del ligamento ancho, yendo en dirección transversal acompañada por la arteria uterina, la que llegada a unos 15 ó 20 mm. del cuello del útero, cruza al uréter por delante, mientras que el ureter continuando su trayecto oblicuamente descendente, deja el cuello hacia atrás, para ponerse en relación con el fondo de saco anterior de la vagina y penetrar en la vejiga constituyendo su porción intramural.

Es en esta porción, visceral, del ureter pelviano, donde en la mayoría de las veces quedan detenidos los cálculos migratorios, que han recorrido con facilidad los primeros 20 cms. del conducto ureteral y es aquí donde las relaciones de vecindad del ureter con el fondo de saco vaginal justifican esta vía de abordaje, que resulta cuando las circunstancias son favorables, de una realización técnica muy sencilla.

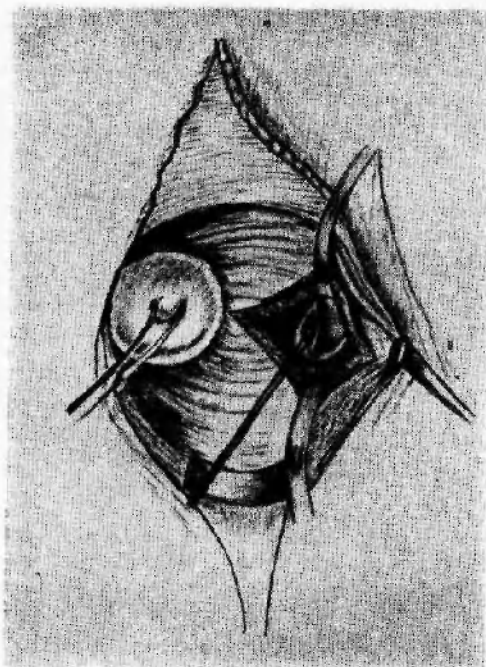
Dos incisiones han sido descritas para abordar el ureter por vía vaginal: la vía mediana y la vía lateral. La vía mediana, descrita por Garceau y preconizada por Furniss, Duval, Higgins y entre nosotros por Masciottra consiste en una colpotomía anterior amplia por incisión transversal mediana, haciendo un decolamiento para separar la vejiga del cuello del útero, rechazando el fondo de saco vésico-uterino y seccionando los pilares de la vejiga para poner finalmente al descubierto ambos uréteres. Esta vía, poco utilizada en la actualidad, por ser mucho más cruenta que la que describiremos en seguida, tiene todavía sus indicaciones en la litiasis ureteral bilateral o en los cálculos más altos, ubicados en la porción parietal del ureter pelviano.

La vía lateral, operación descrita por Lower en 1925 y cuya técnica fuera actualizada por Shaw en 1936, después de lo cual ha sido utilizada por la mayor parte de los cirujanos, es de realización muy sencilla. Previa tracción del cuello del útero hacia el lado opuesto a la incisión, tratando de exteriorizarlo, se hace una incisión lateral a la altura del cuello del útero o mejor directamente sobre el cálculo que se palpa, de una extensión de 3 a 4 cm. Seccionada francamente la mucosa vaginal se profundiza la brecha por disección roma o como lo aconseja Shaw con el dedo introducido en la herida, que trata sobre todo de liberar el ureter inmediatamente por encima del cálculo. Localizado el ureter por el dedo que toca la induración condicionada por el cálculo, resulta fácil con el mismo dedo liberarlo parcialmente y tomarlo por encima del cálculo con una pinza tipo Allis, procurando que ninguna maniobra brusca pueda luxar el cálculo y luego haciendo tracción con dicha pinza es posible exteriorizar al ureter en la brecha vaginal. Se termina la operación haciendo una talla del ureter sobre el cálculo, su extracción, la exploración instrumental del canal y finalmente, según las preferencias del cirujano o según las circunstancias, haciendo o no la sutura de

la brecha ureteral. Para terminar se colocan unos puntos a la herida vaginal, dejando naturalmente un tubito de drenaje en la zona operatoria.

El post-operatorio habitualmente es muy simple, estando la enferma muchas veces como en nuestros casos, por no haber resumamiento de orina, en condiciones de darse de alta antes de la semana de la operación.

Los riesgos de esta intervención son fundamentalmente el peligro de lesionar la arteria uterina, la herida de la vejiga y el fracaso en la extracción del cálculo. La herida de la uterina ha sido descrita por algunos autores, lo



Esquema operatorio tomado de los dibujos de Shaw y de Garvey, que muestra el uréter con el cálculo exteriorizado en la brecha ureteral. En cambio de los separadores de Garvey, se han utilizado dos valvas maleables delgadas.

que ha originado una hemorragia muy importante que terminó en algún caso con el taponamiento y en otro con la ligadura. Conociendo las relaciones del ureter con la arteria uterina y haciendo como decimos más arriba una disección roma para llegar al ureter, los riesgos de este accidente son realmente remotos. La herida de la vejiga, accidente excepcional, no tiene mayor importancia si el cirujano repara la brecha vesical y deja una sonda uretral a permanencia. En cuanto a la imposibilidad de extraer el cálculo, debemos hacer notar que la indicación fundamental para operar un cálculo ureteral por vía vaginal es que el cálculo sea palpable al tacto vaginal. De lo contrario la búsqueda del ureter al través de una pequeña incisión como la descrita, resulta muy difícil. El dedo que hace una disección roma en busca del ureter lo localiza por la palpación de la induración representada por el cálculo y sin este punto de referencia su búsqueda con esta técnica, resulta

imposible. Puede suceder que en estas maniobras, que deben hacerse por este motivo con mucho cuidado, el cálculo enclavado se luxa, haciendo imposible su extracción en el acto operatorio. Este accidente no es raro y así Bergman sobre 9 casos intervenidos, en 3 no pudo encontrar el cálculo. Sin embargo en 2 de ellos pudo ser extraído en una tentativa pocos días después, pues el cálculo se encontraba en la brecha ureteral. Barnes, citado por Bergman, dice que cuando el cálculo no se encuentra al abrir el ureter, aparecerá posteriormente al nivel de la brecha ureteral y podrá ser extraído en un segundo tiempo. Bergman ha utilizado también con éxito en tres casos en que se movilizó el cálculo el "basket" de Johnson introducido al través de la brecha ureteral.

Las demás complicaciones como las estenosis ureterales, las fístulas urinarias, las pielonefritis ascendentes, etc., son inherentes a la propia cirugía del ureter y no dependen de la vía de abordaje, y que no existe ninguna razón que pueda justificar una mayor frecuencia de estas complicaciones en relación con la vía vaginal.

Diremos para terminar que la vía vaginal está indicada fundamentalmente en las mujeres multíparas, estando en cambio contraindicada, para muchos cirujanos, en la mujer nulípara, aunque como dice de la Peña, la episiotomía uni o bilateral, al ampliar el campo operatorio, hace posible, con toda facilidad efectuar este tipo de intervención en estos casos, como lo ha hecho en dos de sus cuatro intervenciones.

OBSERVACIONES PERSONALES

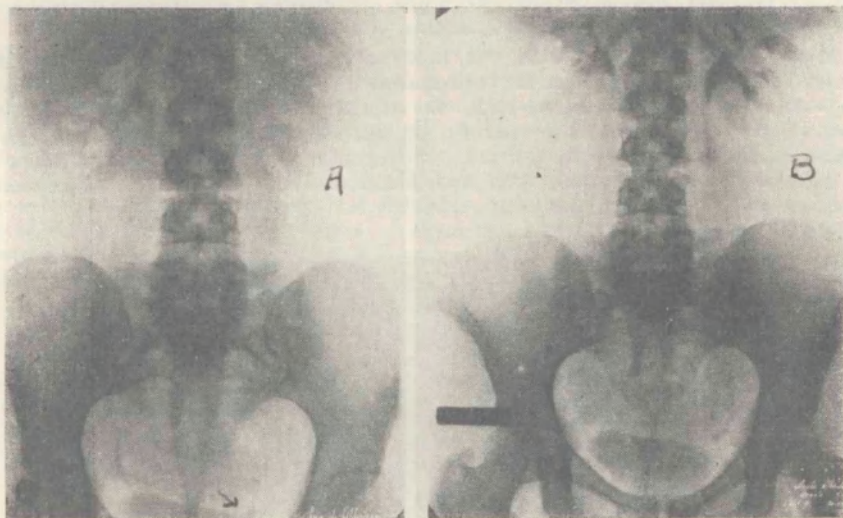
Observación N° 1: H. C. 1.268. P. — Ana de A., 26 años, argentina, casada. Ha tenido 3 hijos. Desde hace 2 años, cólicos renales izquierdos, que se repiten cada 6 meses. En el último mes ha tenido dos nuevos cólicos, seguidos de temperatura. El examen general no revela nada de particular.

Aparato urogenital: Riñones no se palpan. Citoscopia: normal. Se intenta un cateterismo ureteral del lado izquierdo, pero la sonda se detiene a 3 cm. del meato. Aparato genital: útero en posición intermedia, de tamaño, forma y movilidad normales. Anexos no se palpan. En el fondo lateral izquierdo, bien alto, se palpa un nódulo, como un poroto, que desliza bien y que parece corresponder a un cordón que sin duda corresponde al uréter. El examen de orina revela escasos piócitos y algunas nematías. Radiografía directa: sombra opaca del tamaño de un poroto en la proyección del uréter pelviano del lado izquierdo. Urograma por excreción: del lado derecho, pielograma normal. Del lado izquierdo, ureteropielectasia por encima de la sombra calculosa antes descripta.

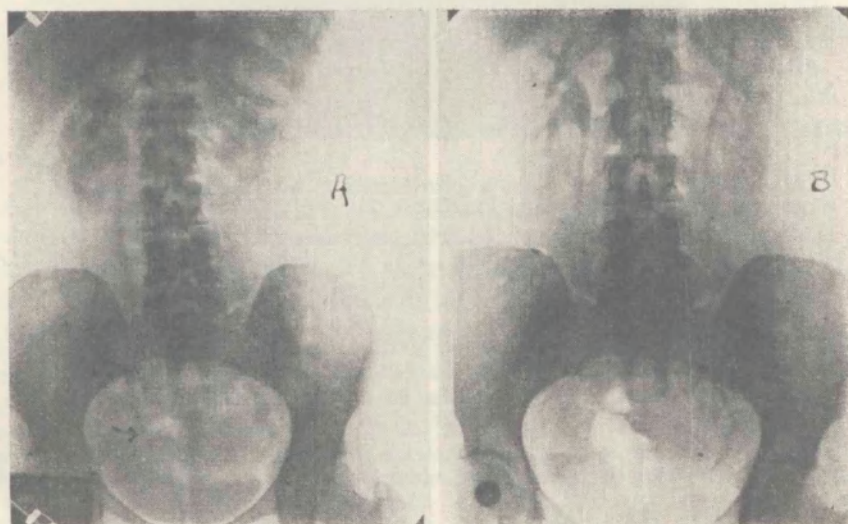
Operación: 21-5-51. Dr. Ercole, con la ayuda de los doctores Arredondo y Zarzur. Anestesia con Pentothal Sódico y Ciclopropane. Posición ginecológica. Previa exposición de la vagina con una valva vaginal posterior, se toma el cuello del útero con una pinza de Musseau y se lo tracciona hacia la derecha. En el fondo de saco vaginal izquierdo se hace una incisión de la vagina de 3 cm. Se liberan los colgajos a tijera y luego, con el dedo, se continúa la disección guiado por la induración representada por el cálculo y se lo exterioriza en la brecha vaginal. Talla del uréter de 1 cm. y extracción del cálculo. Pared ureteral engrosada y discreto proceso de peri-ureteritis. Se explora el uréter en ambos sentidos, demostrando ser permeable. Dos puntitos a la adventicia del uréter. Un tubito de drenaje. Tres puntos separados de catgut crómico a la vagina.

Post-operatorio: Penicilina los 3 primeros días. No hay resumamiento de orina en el tubo, el que se extrae al cuarto día. La enferma se levanta de inmediato y es dada de alta a la semana de la intervención. Un urograma por excreción, obtenido con fecha 20-8-51 revela una recuperación anatómica y funcional del riñón operado.

Observación N° 2: H. C. E.228. P. — Paula G. de F., 36 años, argentina, casada. Ha tenido 3 hijos. Hace 3 meses, cólico ureteral derecho seguido de hematuria, que se repite 2 veces más hasta la fecha. El examen general es negativo.



Observación N° 1: A: Urograma por excreción que muestra el cálculo enclavado en el uréter pelviano y marcada dilatación ureteropielocalicial del lado izquierdo. B: Urograma por excreción obtenido tres meses después de la operación, que revela un pielograma normal de ambos lados.



Observación N° 2: A: Urograma por excreción que muestra el cálculo enclavado en el uréter pelviano del lado derecho, con una ectasia ureteropielocalicial del mismo lado. B: Urograma por excreción obtenido un mes después de la intervención, que muestra un pielograma normal de ambos lados.

Aparato urogenital: Riñones no se palpan. Puntos reno-ureterales derechos dolorosos. Vejiga: Cistoscopia normal. Genitales: Útero en anteversión, móvil e indoloro. Anexos, no se palpan. En el fondo lateral vaginal derecho, se palpa con mucha dificultad la pequeña induración condicionada por el cálculo. Orina: escasos piocitos. Exploración radiográfica: Radiografía directa: cálculo del tamaño de un poroto en la proyección del uréter pelviano del lado derecho. Urograma por excreción: del lado izquierdo, pielograma normal; del lado derecho, ureteropielectasia por encima del cálculo.

Operación: 13-8-51. Dr. Ercole con la ayuda de los doctores Arredondo y Crespo. Anestesia: con Pentothal. Se expone la vagina con una valva posterior, se rechaza con una pinza de Musseau el cuello de útero hacia la izquierda y se hace una incisión transversal en fondo de saco vaginal derecho, próximo al cuello. Seccionada francamente la mucosa, se inicia una disección roma que se continúa en seguida con el dedo, que localiza el uréter a nivel del cálculo. Se toma el uréter con una pinza de Allis y, previa tracción exteriorizan-



Observación N° 3: Urograma por excreción que muestra el cálculo enclavado en el uréter pelviano del lado izquierdo y una marcada dilatación pielocalicial del mismo lado.

dolo en la brecha operatoria, se lo talla y se extrae el cálculo. Se explora el uréter hacia arriba y hacia abajo y, finalmente, se lo sutura con dos puntos de catgut fino que no toman la mucosa. Un tubito de drenaje y tres puntos de catgut crómico a la brecha vaginal.

Post-operatorio: Muy bueno. Penicilina los primeros días. El tubo no da orina y se saca al tercer día. La enferma, que se ha levantado desde el día siguiente de la intervención, es dada de alta al sexto día. Urograma por excreción, revela un pielograma de ambos lados normal.

Observación N° 3: H. C. 203. S. P. — Jacinta C. de I. Española, casada, 50 años. Ha tenido 3 hijos. Hace un mes, cólico renal izquierdo, que se repite 10 días después. Enferma muy gruesa, pesa 110 kilos, con 1,60 m. de altura. Vientre muy globuloso, con un grosero panículo adiposo. El examen general es negativo.

Aparato urinario: Riñones, no se palpan. Vejiga: Cistoscopia normal. Genitales: Útero en posición intermedia, móvil e indoloro. Anexos no se palpan. En fondo de saco lateral

7 Masciottra, R. L.: Consideraciones sobre la litiasis ureteral en la mujer. Actas y Trabajos del VIII Congreso Argentino de Cirugía. 558. 1936.

8 Pereyra, J. y Rodríguez, M. B.: Ureterolitotomía vaginal. Sociedad Uruguaya de Urología. T. 1. 188. 1937.

9 Shaw, E. C.: Vaginal ureterolithotomy. J. of Urology. V. 35. 289. 1936.

DISCUSIÓN

Dr. Alberto E. García. — Deseo contribuir a la interesante comunicación del Dr Ercole con un caso de observación personal.

Se trata de una enferma de 72 años, en mal estado general, que concurre a nuestro Servicio enviada desde un asilo público, con el cuadro de litiasis bilateral. Tenía un grueso cálculo pelviano derecho y dos cálculos alojados en el extremo inferior del uréter.

El 6 de octubre de 1952 le practicamos una pielolitotomía derecha, que fué bien tolerada, a pesar de un mal estado general y de su grave sepsis que fué tratada con antibióticos.

Al cabo de un mes continuaba con el mismo cuadro del lado enfermo y con episodios periódicos de obstrucción séptica, a pesar del tratamiento instituido. El cálculo inferior era de gran tamaño y levantaba el orificio ureteral. Hacía casi proyección sobre el orificio ureteral. Por vía endoscópica, con un electrodo puntiforme, le hicimos la electrocoagulación lineal en una extensión aproximada de 2 cms. y el cálculo fué extraído en el mismo acto operatorio.

Pensamos que liberado el orificio ureteral, el cálculo restante pudiese emigrar, pero no ocurrió así. La electrocoagulación se hizo el 22 de noviembre de 1952, y en los primeros días de enero el cálculo continuaba en el mismo sitio, a pesar del cateterismo y de la intentona con medicación farmacodinámica.

Dado el estado general de la enferma y su avanzada edad, pensamos en la posibilidad de extraerlo por vía vaginal. Se tropezaba con el gran inconveniente de la atresia vaginal en una mujer de 72 años.

Optamos por seguir la vía lateral, y con cierta estrechez del campo operatorio pudimos localizar al tacto el uréter, aprehender con una pinza el cálculo, y efectuamos la ureterolitotomía, se extrajo el cálculo y se hicieron unos puntos con catgut 000, a expensas de la adven-ticia. Se dejó un simple ruber dam y un suave taponamiento de la vejiga con gasa y sulfamida. Perdió orina los dos primeros días en escasa cantidad; al tercer día no había pérdida de orina y al séptimo se retiró el drenaje. Pocos días después la herida estaba completamente cicatrizada.

Participamos en un todo de la opinión del Dr. Ercole y sobre todo creemos que la vía vaginal es factible y sumamente fácil cuando el cálculo es perceptible al tacto vaginal. Se evita el riesgo de lesionar la uterina, porque es fácil hacer presa del uréter y separarla, salvo en los casos que hubiese una periureteritis.

Dr. Tomás Schiappapietra. — En la época en que era practicante, he acompañado al Dr. Pagliere a hacer algunas ureterolitotomías por vía vaginal. En una ocasión ayudé al Dr. Arenas, en el Servicio del Alvear que dirigía el Dr. Pagliere. Con ese motivo, me interioricé del tópic y asistí a una reunión de la Sociedad de Ginecología, donde se discutió extensamente cuál era la vía de elección. Me pareció que la discusión de variante de técnica no tenía importancia.

A través de mi experiencia, he visto que lo esencial es la palpación del cálculo y para ello y presumir la factibilidad de la operación, se requiere una vagina amplia, como lo dijo el Dr. Ercole, y aun palpando el cálculo en el examen previo, por razones especiales pueden existir dificultades. Así pasó en una ocasión al Dr. Pagliere: la ureteritis determinó la dificultad; entonces debe actuarse por vía suprapúbica anterior. La evolución del cálculo extraído por vía vaginal es rápida y sin complicaciones.

Dr. Ricardo Ercole. — No me queda sino agradecer a los doctores García y Schiappapietra su contribución al tema.