

## SECCION QUIRURGICA ACCIDENTAL DEL URETER,

### 3 Observaciones

Por el Dr. MAURICIO FIRSTATER

El año ppdo, en una sesión de esta Sociedad, presentaron los Dres. Albertelli, Bottini, Madrid Paez, y R. Monzón, una comunicación sobre dos casos de sección quirúrgica accidental de uréter. Y expresan en la misma la necesidad de aportar el mayor número de casos, no sólo con el objeto de establecer la frecuencia de esta complicación operatoria, sino para conocer la conducta terapéutica seguida y sus resultados.

Respondiendo a ese objetivo, venimos a relatar 3 observaciones, que debemos a la circunstancia de actuar como urólogo del Instituto de Maternidad de la Facultad de Medicina, especialmente en su Servicio de Ginecología que dirige el Dr. Francisco C. Deffis. Fruto de una cordial colaboración, han sido las oportunidades que se nos brindarán para actuar en los casos que vamos a hacer referencia.

Caso Nº 1. — T. C. de G.: Argentina de 46 años de edad.

El 28 de julio de 1949 se le practica una operación de Wertheim por carcinoma de cuello uterino. El cirujano se apercibe haber seccionado el uréter derecho, que era muy fino, en el momento de cortar el pedículo vascular uterino de ese lado. Es en esa circunstancia que se solicita nuestra colaboración. Efectuada ya la histerectomía total, procedimos a la uréteroplastia, mediante anastomosis término-terminal sobre sonda. La intervención ofreció ciertas dificultades por el calibre reducido del uréter y por estar completamente disecado, liberado en esa porción de la mayor parte de su vaina conjuntivo-vascular. La sutura se realizó con catgut crómico 0000 y aguja atraumática. El cabo distal de la sonda ureteral que habíamos llevado a vejiga, fué retirado al término de la operación por vía endoscópica, mediante el cistoscopio operador de Joseph. El abdomen fué cerrado sin drenaje, por planos, luego de haber realizado una prolíja sutura del peritoneo posterior.

La sonda ureteral fué mantenida a permanencia durante 8 días, a cuyo término se la tuvo que retirar por mal funcionamiento. El post-operatorio inmediato fué excelente, recuperándose la paciente sin ninguna incidencia. Al día siguiente del retiro del cateter ureteral, la enferma acusa escasa pérdida de orina por vagina, filtración que se mantiene durante varios días, sin molestias y con micciones normales. En estas condiciones, la enferma solicita el alta. Su control se efectúa posteriormente en consultorio externo comprobando, a los veinte días de la intervención, que no había más pérdida de orina por vagina y que su estado general era excelente. La enferma sintiéndose perfectamente bien no concurre más a la consulta y perdemos su control hasta agosto de 1950, cuando volvemos a examinarla. En esta oportunidad le efectuamos una urografía de excreción que muestra un riñón derecho, lado del traumatismo quirúrgico, de tamaño reducido con relación a su congénere, pero con buena función. (Fig. 1). En agosto de 1951, se le practica un nuevo control urográfico (Figs. 2 y 3), en el que se ve el riñón derecho con la características anotadas, con una imagen pielo-calicial normal.



FIG. 1

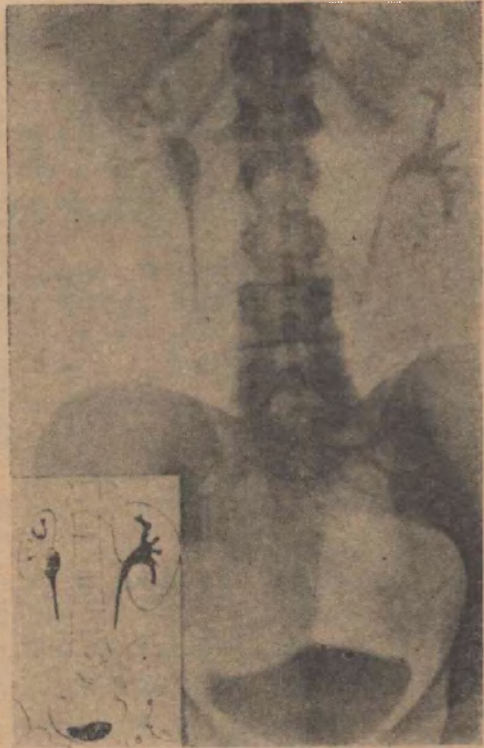


FIG. 2

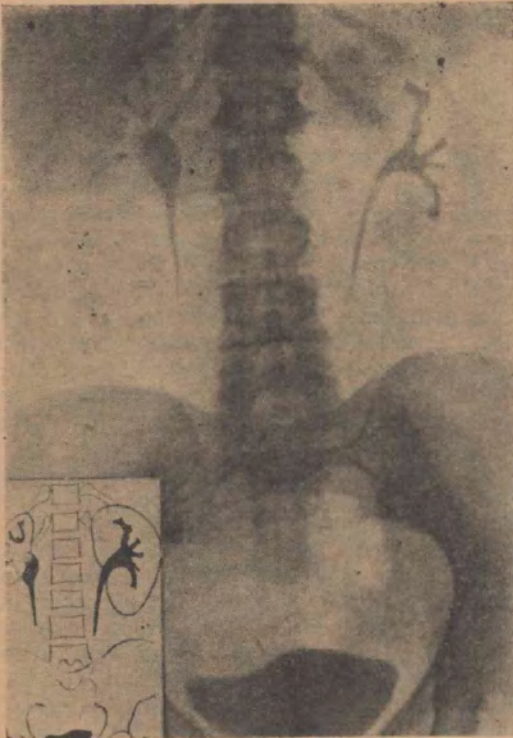


FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5

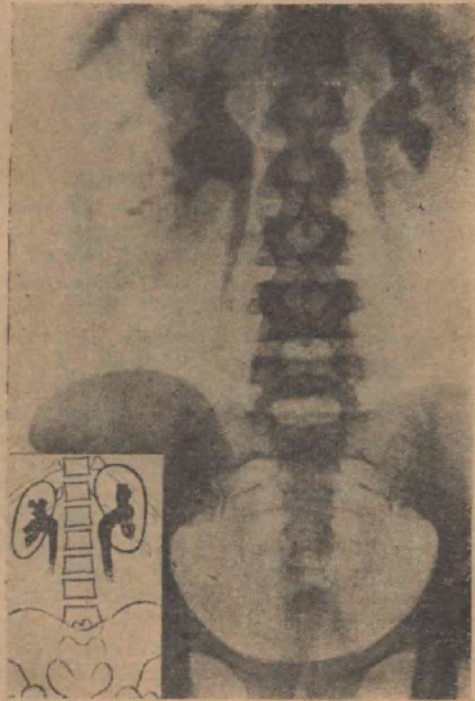


FIG. 6

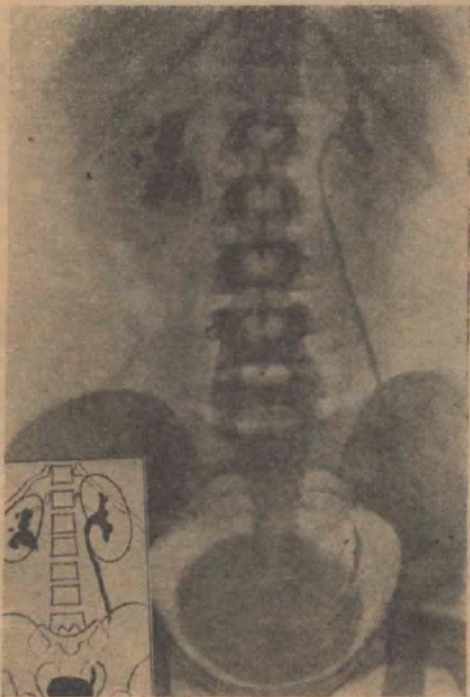


FIG. 7

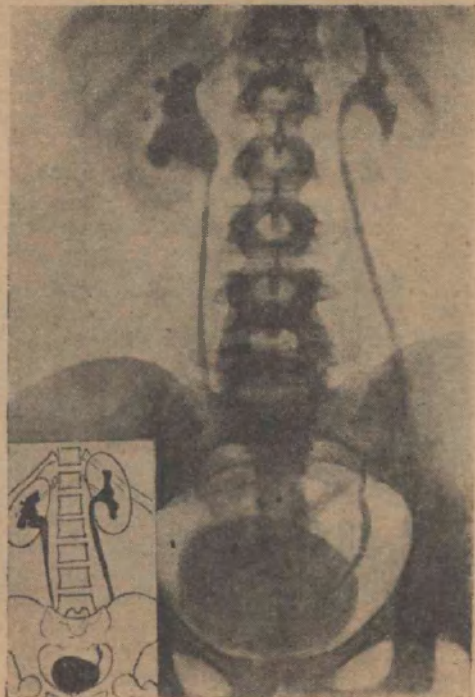


FIG. 8

En la misma oportunidad, para documentar el estado anatómico del uréter, que no era visible en el urograma de excreción, le efectuamos un urétero-pielografía ascendente (Fig. 4), que evidencia la excelente reparación anatómica. En la actualidad la paciente se encuentra muy bien, sin aquejar ninguna molestia de orden urológico.

*Caso N° 2.* — E. A. P.: Argentina, de 23 años de edad.

El 16 de julio de 1951 es internada en la casa de una obstétrica a las 19 horas con dolores de parto, de su tercer embarazo a término. La enferma refiere haberse sometido a diversas maniobras para resolver favorablemente su parto, que al parecer era distócico.

A las 2 de la madrugada del día siguiente, es traída al Instituto de Maternidad en grave estado, donde se diagnostica ruptura uterina y feto muerto. Es intervenida de urgencia, comprobándose en la laparotomía feto muerto; útero presentando un gran desgarro, y placenta en la cavidad abdominal. Extraídos la placenta y el feto, el cirujano que interviene resuelve practicar una histerectomía, al término de la cual comprueba la sección de ambos uréteres y la abertura de la vejiga. Es en ese momento cuando se solicita nuestra colaboración. Efectivamente, ambos uréteres estaban seccionados en su porción yuxta-vesical y la vejiga ampliamente abierta. Procedimos a una doble urétero-cisto-neostomía, la que se realizó sin mayor dificultad. Antes de reparar la brecha vesical, dejamos sondas ureterales a permanencia, las que fueron colocadas por vía endovesical, después de efectuada la anastomosis, sacándose los extremos distales por uretra. Reparación del desgarro vesical y cistostomía. Prolija extraperitonización de toda la zona operatoria, y cierre del abdomen por planos sin drenaje.

A las cincuenta y dos horas se deben retirar las sondas ureterales por mal drenaje de las mismas. Ello no obstante, el post-operatorio fué excelente, recuperándose la enferma en forma paulatina sin mayores incidencias. Desde un comienzo hubo buena diuresis y la urea en sangre, que al día siguiente de la operación fué de 0.68 grs. por mil, cae a 0.25 grs. por mil cinco días después.

Se mantiene la sonda hipogástrica durante veinticinco días, cerrándose la fistula rápidamente al retirar la misma.

Un mes después, le practicamos un urograma de excreción (Figs. 5 y 6), el que revela a los 10 y 25 minutos una uréteropieloectasia bilateral.

Un mes y medio más tarde, nueva pielografía endovenosa (Figs. 7 y 8), imagen uréteropielocalicilar izquierda sensiblemente normal. Persistencia de la uréteropieloectasia derecha, que aparentemente un poco más reducida.

En la misma época, le efectuamos un examen endoscópico, que muestra una vejiga de 150 c.c. de capacidad, con orinas turbias. Su mucosa está uniformemente congestiva y edematizada, especialmente en trigono y pared posterior, donde existe discreta cantidad de falsas membranas, por lo que no logramos visualizar las neostomías. Se indican instilaciones vesicales con solución de nitrato de plata al 1 %.

A fines de 1952, o sea diez y ocho meses después de la reparación quirúrgica, el estado general de la enferma es excelente y se ha reintegrado a sus tareas habituales. El urograma de excreción (Figs. 9 y 10), pone de manifiesto una discreta uréterohidronefrosis bilateral, más marcada del lado derecho.

En estos días, control cistoscópico que revela una vejiga de buena capacidad, de mucosa sensiblemente normal, y en la parte pósterosuperior, asimétricamente colocados, se observan los dos orificios de las neostomías por los cuales se ve salir orina clara.

*Caso N° 3.* — M. V. de G.: Argentina, de treinta y dos años de edad.

El 4 de julio de 1952, con el diagnóstico de mioma de cuello uterino, y bajo anestesia general se interviene: laparotomía mediana infraumbilical. Se comprueba la existencia de un tumor de tamaño algo menor de la cabeza de un feto, cuyo sitio de implantación es el cuello uterino, por encima del cual se encuentra el cuerpo del útero con caracteres normales. Se procede a efectuar una histerectomía total con conservación de los anexos. Las relaciones del tumor y los parametrios han variado, habiendo girado los pedículos (el derecho hacia adelante y el izquierdo hacia atrás), como si el cuello hubiera rotado de derecha a izquierda. En ese último lado la visualización de los elementos es muy difícil, y una vez ligado el pedículo vascular, y seccionado, se comprueba haber cortado el uréter izquierdo, a unos cuatro centímetros de su implantación en la vejiga. Se termina la histerectomía y luego, sobre sonda ureteral, se efectúa una sutura término-terminal del uréter, recubriéndose la zona de sutura con tejido perivesical. Sulfamidas, penicilina y estreptomina en el lecho cruento. Peritonización y cierre por planos. De inmediato se retira por uretra, con el cistoscopio operador, el cabo distal de la sonda ureteral.

Post-operatorio sin ninguna incidencia, con buen funcionamiento de la sonda, retirándose a los quince días de la intervención quirúrgica.

La paciente es dada de alta en excelentes condiciones generales, con su herida cicatrizada, sin ningún tipo de molestias urinarias.



FIG. 9



FIG. 10

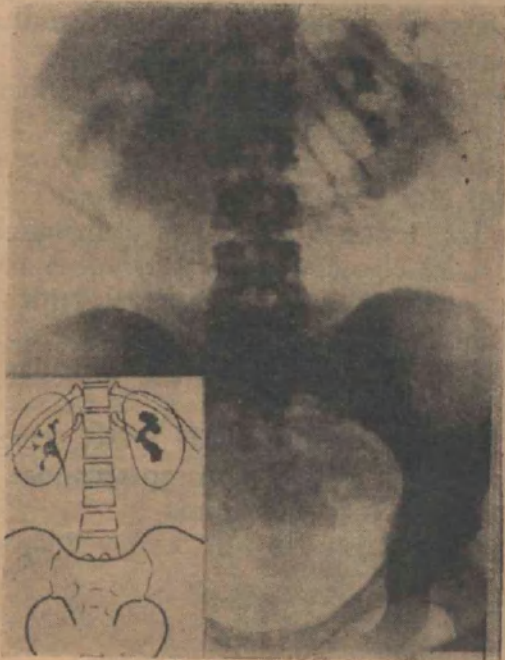


FIG. 11



FIG. 12

A fines del mismo año, o sea unos seis meses aproximadamente después de haberse practicado la reparación quirúrgica, el control urográfico (Figs. 11 y 12), muestran una buena función, con discreta uronefrosis del lado izquierdo.

La endoscopia evidencia un discreto retardo en la eliminación del índice carmín del mismo lado.

La enferma se encuentra en perfecto estado de salud, y se ha reintegrado a sus ocupaciones habituales.

La bibliografía urológica argentina sobre este tema es por demás escasa. Ello se entiende fácilmente desde que la mayor parte de las lesiones quirúrgicas del uréter se producen en el curso de operaciones abdominales, sobre todo ginecológicas, estando por lo tanto fuera del balance del urólogo, quién, cuanto más, asiste a sus complicaciones o secuelas alejadas.

La primera comunicación que se registra en nuestra Sociedad es la de Castaño, Trabucco y Boggiano, (sesión del 24 de abril de 1941), y se refiere a un caso de "Ruptura de uréter en peritoneo por accidente quirúrgico en una embarazada primigesta" (Rev. Soc. Arg. de Urología 10: 1941, 453). Pero este caso, como los que aportan posteriormente Surra Canard y Minuzzi, se refieren a reconocimiento más o menos tardíos de las lesiones, pasado algún tiempo de acto quirúrgico.

En las jornadas urológicas de Córdoba, (octubre 1947), Irazu presenta un caso de sección ureteral en el curso de una intervención ginecológica, y se repara por sutura término-terminal sobre sonda. No obstante su evolución post-operatoria irregular, con fistulización cutánea, se consigue un buen resultado, controlado a los 4 meses del accidente.

En esta oportunidad contribuyen con el relato de sendas observaciones:

Granara Costa, un caso similar en el que se obtuvo buen resultado con la reparación quirúrgica inmediata;

Hughes (de Montevideo), reparación exitosa sobre tubo en T;

y Trabucco, que refiere una reparación inmediata término-terminal de un uréter roto transversalmente en el curso de una uréterolitotomía.

A raíz de la comunicación de Albertelli el año pasado, en esta Sociedad, se repite el relato de varias observaciones, pero la mayoría no se refiere al problema inmediato que plantea la lesión del uréter el mismo acto quirúrgico.

La falta de experiencia urológica en esta materia se debe, como ya se ha hecho notar, a que la mayor parte de las lesiones ureterales quirúrgicas las afronta, en el curso de sus intervenciones, el cirujano general, y sobre todo el ginecólogo. Así se explica la confesión inusitada de Young en el capítulo de los traumatismos ureterales de su gran obra de Urología, cuando dice no tener ninguna experiencia en la reparación de las lesiones del uréter producidas en el curso de intervenciones abdominales.

Presentamos 3 casos de sección quirúrgica accidental de uréter, reparados exitosamente. En dos de ellos se procedió a la sutura término-terminal sobre sonda y en el otro, sección bilateral, a la urétero-cisto-neostomía.

El tiempo de evolución favorable de los mismos es de 5, 3 y 2 años respectivamente.