

## CIRUGIA REPARADORA EN UN CASO DE OBSTRUCCION POST-QUIRURGICA DEL URETER

Por los Dres. JOSE S. DOTTA Y TOMAS DELPORTE

La observación aquí relatada nos ofrece una serie de reflexiones y en particular la importancia de un estudio radiográfico adecuado así como las posibilidades de recuperación de un riñón prácticamente considerado como perdido dado el tiempo transcurrido desde la intervención determinante del proceso, mediante una intervención plástica.

La enferma, motivo de esta comunicación, tiene 31 años, vino a la consulta a fines de octubre 1959 remitida por un colega de Entre Ríos, el Dr. M. A. Nesa Boeri.

Después de la operación que le fuera practicada cinco años atrás, una histerectomía por fibroma por vía abdominal, viene acusando desde hace algo más de un año algunos episodios de ardor miccional con dolor en la región lumbar derecha, intermitente en aparición e intensidad e irradiado en ocasiones hacia la región inguinal respectiva, acompañado de vómitos y escalofríos. Cree haber tenido temperatura inicialmente. Nunca notó sus orinas hematóricas ni emitió concreciones. Con frecuencia acusa cefaleas.

Los antecedentes personales no ofrecen ninguna particularidad salvo la intervención ginecológica antes mencionada. El examen clínico no nos brinda ningún dato de importancia con excepción de la existencia de los puntos ureterales derechos superior y medio sensibles. La presión arterial: 110 - 60.

La enferma concurre ya a la consulta con un estudio radiográfico: *Rad. Direct. Rs. y V.* (7-IX-59) No se aprecian sombras calculosas a nivel del árbol urinario. El área derecha se presenta de tamaño más reducido que el opuesto. *Urograma por excreción* (10-IX-59) 10' - 20' - 40'. Pieloureterogramas izq. normal. Del lado derecho exclusión funcional (sin embargo a poco que nos detengamos a observar las distintas placas se sospecha la existencia de cierta eliminación de substancia de contraste).

En su localidad le practicaron una tentativa de pielografía ascendente del lado derecho (16-IX-59) donde se ve el catéter arrollado a unos 8 cm. de la terminación del uréter y la substancia de contraste que no franquea más allá, terminando en palillo de tambor y refluendo todo a vejiga (rad. N° 1).

*An. de Orina* (19-IX-59) Ac. 1020, U. 20.5, Cl. 9.5, Alb. vest., Gluc. (—), Sed. numerosos leucocitos y piocitos. Escasos hematíes.

Con los datos antes mencionados venía la enferma para solucionar su problema y dispuesta a una nefrectomía.

Considerando que en el urograma que ella traía se aprecia cierta eliminación de substancia de contraste le repetimos el mismo pero teniendo la precaución de efectuarlo, retardado y con doble dosis.

*Urograma* (22-IX-59) 20' — 50' — 80' — 120'. Siempre hay un pielograma izquierdo normal. Del lado derecho se aprecia francamente un retardo de la eliminación de la substancia de contraste con grosera ureterohidronefrosis, terminando el uréter en punta de lápiz a la altura de la espina ciática (Rad. N° 2).

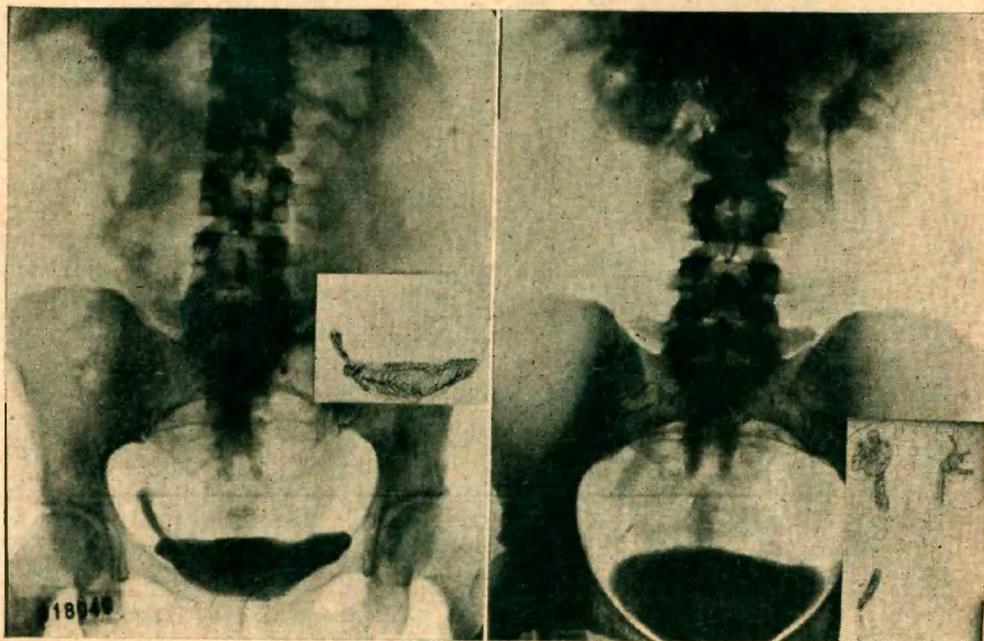
Si superponemos este último urograma a la tentativa de la pielografía ascendente vemos que la zona estenosada es sólo de pocos milímetros.

Considerando entonces que existe la posibilidad de preservar ese riñón de una cirugía mutilante nos decidimos por un procedimiento conservador y en ese sentido aconsejamos a la enferma.

Los distintos análisis practicados mostraron un equilibrio humoral correcto y la cistoscopia revelaba una vejiga de caracteres normales.

*Operación.* — 30-X-59. Anestesia peridural (Dra. Castagnino).

El uréter es abordado a través de una incisión que partiendo de la espina del pubis derecho se dirige hacia arriba y afuera, hacia la espina iliaca antero-superior, en una extensión de unos 12 cm. Incididos los planos músculo-aponeuróticos se llega al peritoneo el que es rechazado hacia la línea media. Llegando a la zona de los grandes vasos el uréter es individualizado fácilmente por presentarse muy dilatado (del grosor del dedo meñique). Se lo libera progresivamente hacia abajo hasta llegar a una zona donde se halla



Rad. Nº 1. — Tentativa de pielografía ascendente R.D. El catéter franquea 8 cms. refluendo toda la substancia de contraste.

Rad. Nº 2. — Urograma por excreción (retardado y con doble dosis) 120'. Grosera urétero-hidronefrosis, con detención de la substancia de contraste a la altura de la espina ciática der. Pieloureterograma izq. normal.

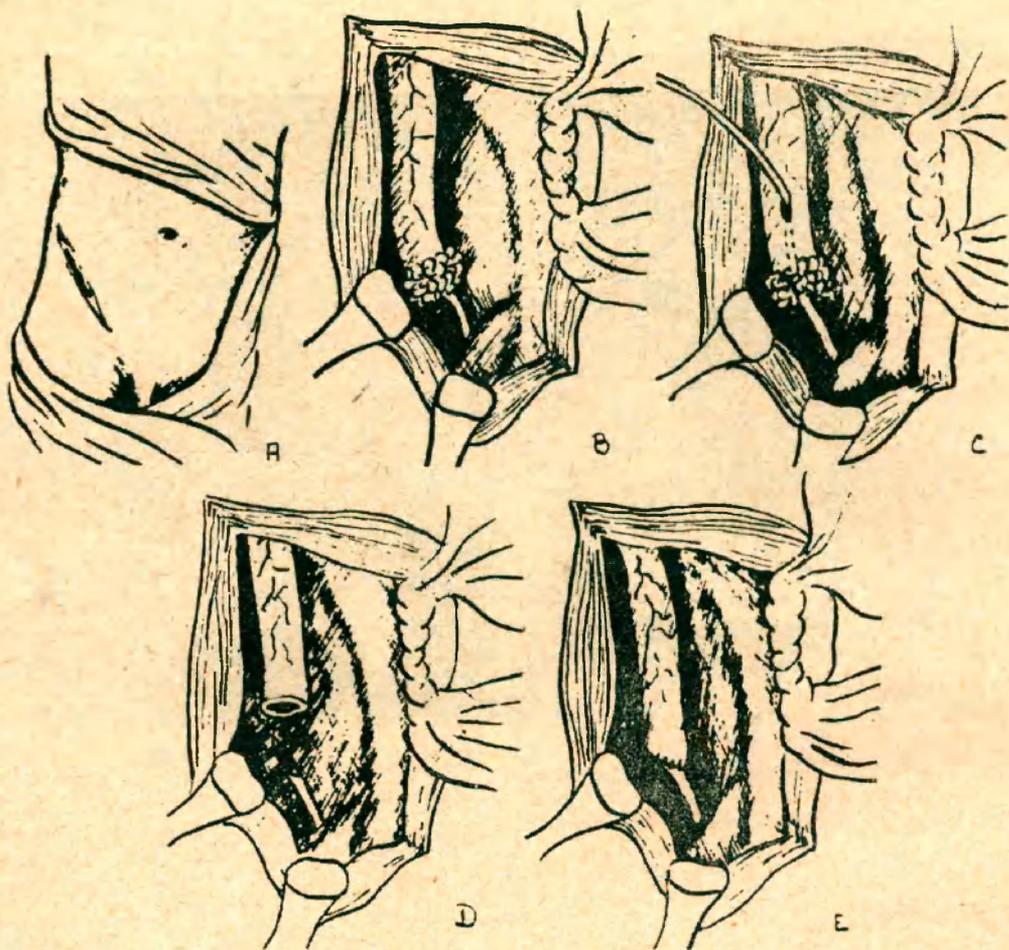
aprisionado en una ganga fibrosclerosa que lo mantiene algo acodado y fijo a los planos profundos. Se continúa con una disección cuidadosa hasta liberarlo completamente de esta situación en una extensión aproximada de un cm., más allá de lo cual el uréter se presenta de caracteres normales.

Se hace un pequeño ojal por encima de la estenosis y se intenta franquear un catéter por vía retrógrada, sin lograrse. Planteado así el problema y dispuesto a efectuar una resección segmentaria del uréter, seccionamos el mismo por encima y por debajo de la zona afecta, efectuando el corte en forma biselada para el cabo inferior y horizontal para el superior. Dado el calibre distinto del uréter y a fin de adaptar las superficies de sección de ambos cabos, la oblicuidad del corte es distinta para uno y otro extremo. Ambos son suturados con cuatro puntos de catgut crómico 000, no perforantes y en tal forma que

eviertan algo los bordes de la sutura. Por el ojal hecho anteriormente se comprueba la buena permeabilidad de la luz ureteral, después de lo cual se coloca un punto de afrontamiento en la brecha. No se deja intubación ureteral (esquema).

Después de dejar un tubo de drenaje y una pequeña lámina de caucho se cierran los distintos planos músculo-aponeuróticos. Piel y celular con lino. Durante el acto se transfunden 500 c.c. de sangre total.

La porción de uréter extirpado (foto) mide aproximadamente un\*cm. de largo, y no es posible encontrarle la luz.



Esquema: Distintos tiempos quirúrgicos.

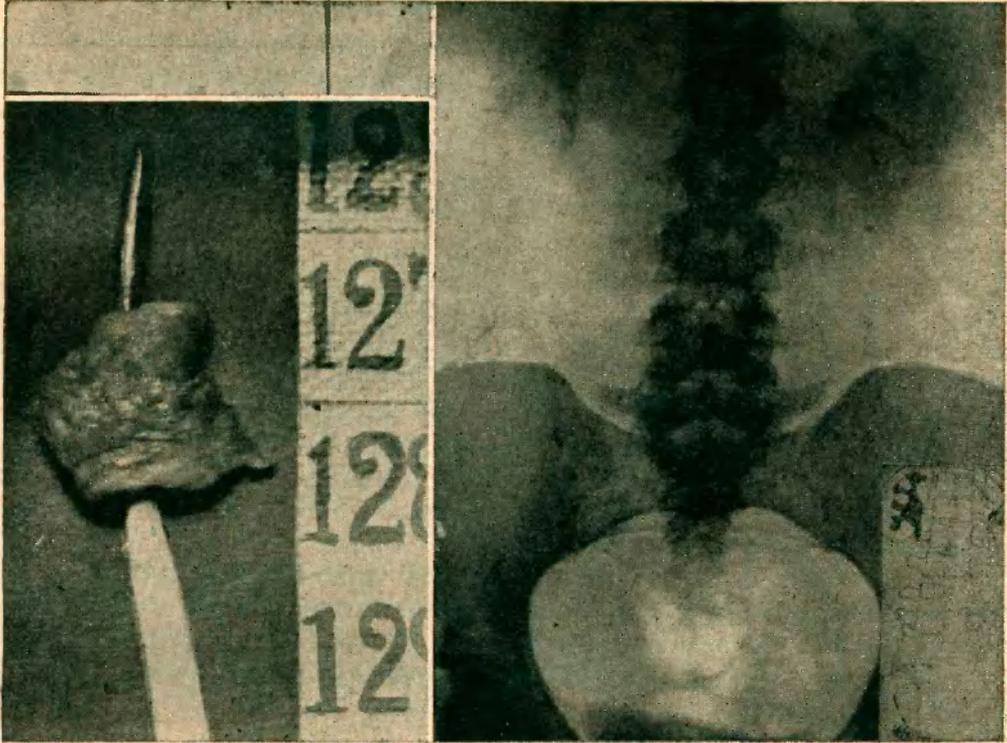
La enferma evoluciona sin incidencias y prácticamente no hubo pasaje de orina por el tubo de drenaje siendo retirado el mismo a los once días de operada. Al día siguiente es dada de alta.

El informe anátomo-patológico de la porción del uréter extirpado establece la existencia de una marcada esclerosis de la pared con focos inflamatorios crónicos con hemorragia (Dr. G. Fontana).

Vista la paciente cinco meses y medio después manifiesta sentirse en general bien, habiendo desaparecido los trastornos motivo de la consulta inicial.

El estudio urográfico hecho en los plazos habituales (19-IV-60) nos muestra una extraordinaria recuperación del riñón derecho; la sustancia de contraste se elimina normalmente mostrando una pelvis ligeramente ampulosa y una discretísima dilatación calicial, traducción de su pielonefritis residual. Este riñón conserva su tamaño, algo más reducido con relación al opuesto. En lo que respecta al uréter podemos apreciar una restitución ad-integrum del calibre ureteral y en especial a nivel de su porción pelviana (rad. N° 3).

El análisis de orina demuestra la persistencia de cierta piuria. Para combatirla hemos recomendado el empleo alternado de distintos antibióticos y sulfodrogas.



Pieza operatoria.

Urograma post-operatorio.

Algunos de nosotros hemos tenido oportunidad de observar casos de lesiones traumáticas utererales y en el seno de esta Sociedad se han presentado algunas observaciones: Castaño, Trabucco y Boggiano en 1941, Surra Canard en 1946, Albertelli, Bottini, Madrid Páez y Monzón en 1953, Firstater en 1954. También en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, Varela Chilose, Viqueira Casal y Feliú en 1954 se refirieron a las lesiones quirúrgicas de los uréteres y analizaron 15 casos de agresiones ureterales. Por último en el XXVI Congreso Argentino de Cirugía celebrado en 1955 se debatió este tema en mesa redonda siendo coordinador, E. Roncoroni y actuando como participantes, N. Arena, J. Lockhart, G. di Paola y L. Pagliere. También hicieron aportaciones Surra Canard y Minuzzi, Irazu, Granara Costa y Hughes.

Como Uds. ven, muchos son los que se han referido a este tópico y no es pretensión de esta comunicación repetir conceptos ya vertidos por los comunicantes.

Todos ellos en general se han referido a las lesiones ureterales inmediatas o recientes y han establecido perfectamente bien las razones de las mismas, su mecanismo y la manera de encarar el problema en vista a una posible restitución ad-integrum. Dice Trabucco que la cirugía inmediata es generalmente de incumbencia del ginecólogo, viendo los urólogos las lesiones tardías. Nuestro caso es una confirmación de lo antes dicho.

Es indudable que los tumores pelvianos y las anomalías ureterales, duplicidad, crean factores predisponentes, el uno desplazando los uréteres y el otro por existir otro no sospechado. Como ya los señalan otros A. A. es inútil destacar la importancia del urograma preoperatorio en estos casos.

Los traumas ureterales siempre responden en su gran mayoría a una agresión instrumental o quirúrgica ya que las rupturas espontáneas y los traumas externos (en casos de fractura pelviana, p. ej.) o heridas por armas de fuego son excepcionales.

El problema aquí planteado es distinto ya que se trata de una lesión producida tiempo atrás, cinco años, y donde a pesar del plazo existe un cierto grado de funcionalismo renal, por supuesto con franca dilatación retroestructural. Lockhart señala que una hidronefrosis constatada muchos años después es la prueba de una lesión o ligadura ureteral que pasa desapercibida, sin síntomas desde el primer momento; destaca también que al comienzo la tolerancia de la ligadura ureteral con bloqueo completo es a menudo silenciosa. El examen clínico, la prueba pielográfica, el cateterismo ureteral imposible y finalmente el concepto etiológico proporcionado por el acto operatorio realizado algunos años antes, hacen el diagnóstico. La cirugía conservadora demostró la amplia capacidad de recuperación que ofrece el riñón, con una restitución casi completa de su función.

Queremos destacar además algunos hechos que nos han permitido llevar a cabo esta intervención que podríamos decir de excepción y en este sentido señalamos el valor del estudio radiográfico y de la técnica quirúrgica.

Ante todo, ¿cuál ha sido el factor determinante de este proceso? Es indudable que debemos relacionarlo con la intervención ginecológica practicada cinco años atrás. Sabemos perfectamente que la cirugía pelviana ofrece un porcentaje de riesgos de lesionar el uréter, tanto más la ginecológica que la colónica. Ya lo destacó Roncoroni expresando que si dicho riesgo disminuye gracias a la buena conducción de las intervenciones aprovechando los adelantos técnicos por el otro se ve aumentado ante la posibilidad de producir lesiones debido al número cada vez mayor de intervenciones ginecológicas amplias que se practican y el advenimiento de las operaciones extensivas de las neoplasias pelvianas. Sabemos que el uréter es susceptible de ser lesionado de distintas maneras, por sección parcial, ligadura, tripsia, forcipresión, transfixión, resección, etc. Es probable que nuestra enferma haya sido sometida a la acción de la forcipresión o bien dicho uréter haya sido ligado. Al respecto Caulk y Fisher habrían demostrado que la ligadura de los uréteres puede reabsorberse y restablecer su luz espontáneamente, demostrando el primero que la ligadura se reabsorbe a las 3 semanas y la luz ureteral se recupera a las 6-8 semanas.

El diagnóstico se establece en base a los antecedentes: intervenciones previas, trastornos miccionales, piuria, cuadro doloroso, temperatura. Aquí juega un rol importante el estudio radiológico adecuado y al respecto queremos destacar la importancia que tiene el urograma retardado y con doble dosis. Nuestra paciente venía dispuesta a ser sometida a una nefrectomía pues en el primer

urograma no existía casi eliminación de iodo orgánico y la tentativa de pielografía ascendente mostraba un obstáculo a los 6-8 cms, del meato ureteral no sólo al cateter sino también a la sustancia de contraste. Es por ello que nos resolvimos emplear esta técnica radiológica que nos brindó resultados tan elocuentes. Es una lástima que los radiólogos no la utilicen con más frecuencia a menos de un pedido expreso. El urograma así obtenido, hasta los 120', nos demuestra en forma fehaciente no sólo el grado de funcionalismo renal sino también el estado de las vías excretoras: hay, eso sí, una grosera dilatación pielocálico-ureteral pero con buena cantidad de parénquima funcionante.

Con los distintos elementos en juego nos parecía factible efectuar una cirugía conservadora y aquí se planteaban distintas técnicas: a) tratar de reseca el segmento del uréter comprometido y efectuar una anastomosis término-terminal con sutura cabo a cabo; b) efectuar una ureterocistostomía; c) o hacer una Boari, quedando por supuesto descartadas todas aquellas operaciones que ya sean por mutilantes o antifisiológicas, podrían crear un problema a la enferma.

Optamos por llevar a cabo el primer procedimiento teniendo en cuenta la brevedad del segmento estenosado, y como se puede apreciar en la fotografía de la pieza operatoria, el mismo no es mayor de 1 cm. Debe recordarse que el segmento a reseca no debe ser mayor de 3-4 cm. pues sino la sutura de los cabos tensos puede hacer fracasar la intervención. En estos casos o en aquellos donde no sea posible la liberación se podría hacer como en el caso que refiriera Chevassu donde la estrechez se hallaba a 6 cm. del orificio ureteral y existía una magma puriforme que no permitía efectuar una sutura conveniente, optó por efectuar una incisión sobre el mismo e hizo remontar el catéter al cabo superior logrando un resultado bueno después de una serie de dilataciones.

Desde el punto de vista técnico se planteaba también el problema en lo atinente al distinto calibre de los cabos ureterales a suturar; lo resolvimos seccionando el cabo superior en forma perpendicular y el inferior en bisel, de tal manera que obtuvimos una superficie de sección de un diámetro similar. Si bien en casos usuales de secciones accidentales o quirúrgicas del uréter hechas perpendicularmente no trae mayor alteración y puede suturarse como lo señala Chevassu, otros A. A. piensan que las mismas son susceptibles de estenosarse. Bernardi al respecto recomienda la sección oblicua del uréter para que tenga más afrontamiento y no haya posibilidades de estenosis. Nuestro caso es distinto ya que fué necesario suturar dos cabos ureterales de calibre diferente. Como es de rigor, empleamos sutura con catgut crómico 000 en aguja atraumática con puntos no perforantes y evertiendo algo los bordes, pero en contra de la opinión de la gran mayoría de los A. A. consultados no dejamos un catéter a permanencia. Por un pequeño ojal practicado previamente en el cabo superior comprobamos solamente la perfecta permeabilidad del conducto. Creemos a semejanza de la cirugía plástica de la pelvis renal que un catéter es un cuerpo extraño que puede inferir la buena cicatrización. El urograma de control demostró que nuestro proceder fué correcto.

Para terminar, queremos señalar la extraordinaria recuperación de este en lo que a su funcionalismo se refiere. Hay evidentemente pequeñas lesiones de pielonefritis confirmadas por una discreta piuria, ¿pero qué puede pedirse de menos a un riñón casi bloqueado por espacio de 5 años? El ureterograma nos muestra también una recuperación, esta sí total.

## RESUMEN

Los A. A. presenta una observación en una enferma de 30 años con una obstrucción ureteral derecha, a 8 cm. de su desembocadura, secundaria a una intervención quirúrgica realizada cinco años antes: histerectomía.

Destacan la importancia del urograma por excreción con doble dosis y retardado y la posibilidad de una cirugía conservadora en un riñón que estaba considerado como no funcionante.

La resección segmentaria de la zona ureteral estenosada con sutura término-terminal y sin intubación ureteral brindó a la enferma una extraordinaria recuperación funcional de su riñón. Sólo quedaron como secuelas pequeñas lesiones de pielonefritis.

## BIBLIOGRAFIA

- E. Castaño, A. Trabucco y J. F. Boggiano.* Rev. Arg. de Urología. X, 453, 1941. Ruptura de uréter en peritóneo por accidente quirúrgico en una embarazada primigesta.
- L. Herman, L. B. Greene y B. L. Hayllar.* The Jour of Urology. 56, 688, 1946. Traumas ureterales.
- R. de Surra Canard.* Rev. Argentina de Urología. XV, 321, 1946. Evolución de una lesión quirúrgica del uréter.
- E. Park Niceleg.* The Jour. of Urology. 64, 283, 1950. Lesiones ureterales secundarias a cirugía pelviana.
- R. Kuss.* Journal d'Urologie. 57, 427, 1951. Acerca de dos casos de ruptura del uréter.
- J. F. Patton.* The Jour. of Urology. 67, 852, 1952. Tratamiento de los traumas ureterales.
- J. Albertelli, E. B. Bottini, S. Madrid Páez y R. Monzón.* Rev. Arg. de Urol. XXII, 209. Sección quirúrgica accidental de uréter.
- Varela Chilense, Viqueira Casal (J.) y Feliu O.* Soc. de Cirugía de Buenos Aires. Boletines y Trabajos. 38, 97, 1954. Lesiones quirúrgicas de los uréteres.
- M. Firstater.* Rev. Arg. de Urología. XXIII, 303, 1954. Sección quirúrgica accidental del uréter.
- XXVI Congreso Argentino de Cirugía.* 151, 1955. Mesa redonda. Accidentes operatorios del uréter y su tratamiento en cirugía ginecológica.
- H. F. Chauvin y G. Farnarier.* Journal d'Urologie. 65, 963, 1959. Uretorrafia término-terminal después de una ureterectomía segmentaria por estrechez tuberculosa del uréter.
- S. Petkovic.* Urología XXVII, 174, 1960. Lesiones ginecológicas del uréter.