

RESULTADOS ALEJADOS DE LA CIRUGIA REPARADORA DE LOS URETERES

Por el Doctor FUMIO TSUCHIYA

Director del Departamento Quirúrgico del Hospital Teishin de Tokio. - Traducción del inglés por el Dr. Carlos A. Mackintosh

En los últimos años efectué 166 operaciones reparadoras y reconstructivas del uréter, excluyendo operaciones plásticas por hidronefrosis, urétero-colostomía y ureterostomía cutánea. La lista es la siguiente: uretero-ureteroanastomosis 5 casos transuretero-ureteroanastomosis, 3 casos; ureteroplastia cerca de la unión uretero-piélica 7 casos, ureterocistoanastomosis 50 casos, ureteroenterocitostomía 22 casos, ureterolitotomía 73 casos, liberación de la ligadura de los uréteres 1 caso y dilatación quirúrgica del extremo terminal de los uréteres 4 casos. El control alejado de los resultados está basado principalmente en la pielografía excretoria y cuando ha sido necesario por la cinematografía y roentgenkimografía.

Los grados de la dilatación piélica se clasificaron de acuerdo al siguiente criterio:

N: Normal.

A: Ligero agrandamiento de los extremos de los cálices, pero conservando su morfología normal.

B: Aplanamiento y ligera dilatación de los cálices y sus cuellos.

C: Moderada dilatación de ambas pelvis y cálices.

D: Enorme dilatación de ambas pelvis renales y cálices.

(+): Alguna evidencia de la excreción del medio opaco sin llegar a mostrar una clara morfología.

(—): Ausencia del pielograma.

NA: Grado intermedio entre N y B

AB: Grado intermedio entre A y B.

Ab: Grado intermedio entre A y B, pero más cerca de A.

aB: Grado intermedio entre A y B, pero más cerca de B.

1. En sólo cinco casos, el control post-operatorio fue efectuado por un largo período en uretero-ureteroanastomosis, transuretero-ureteroanastomosis y ureteroplastia cerca de la unión uretero-piélica. Todos estos casos no muestran estrechez en la porción operada y el pielograma y la función renal son mejorados satisfactoriamente.

De los casos mencionados deseo mostrar algunos interesantes.

Ejemplo 1: T. M., 59 años, sexo femenino.

Diagnóstico: "Cálculo aberrante" del uréter derecho acompañado de estrechez ureteral y una gran hidronefrosis infectada.

Después de resecar la porción estrecha del uréter en una extensión de alrededor de 2 cm. de longitud, se efectuó una anastomosis término-terminal sin catéter permanente.

Aunque alguna reducción del tamaño de la pelvis renal se observó en la pielografía excretoria del décimonoveno día después de la intervención; una mejoría maravillosa de la morfología de la pelvis y de la función renal fue notada después de diez años sin la menor molestia.

Ejemplo 2: S. M., 42 años, sexo masculino.

Diagnóstico: Pólipo papilomatoso del uréter derecho.

Se trataba de un tumor de 6 cm. de largo, de forma de cola de zorro, creciendo en el uréter dos centímetros por debajo de la unión uretero-piélica.

Se efectuó un anastomosis término-terminal después de la excéresis del tumor.

Aunque una ligera dilatación de la pelvis fue observada temporalmente después de la operación, pronto se normalizó y aún después de ocho años muestra una morfología normal de tracto urinario, buena función renal sin recidiva del tumor.

Ejemplo 3: 42 años, sexo femenino.

Diagnóstico: Fístula uretero-vaginal derecha después de una amplia histerectomía.

Como la porción del uréter aislado por encima de la fístula era demasiado corto para ser trasplantado a la vejiga, fue movilizado retroperitonealmente hacia el lado opuesto y anastomosado con el uréter izquierdo en un lugar correspondiente a unos 6 a 7 cm. por encima de la arteria iliaca primitiva.

Una ligera pieloectasia del lado sano fue observada después de la operación, ectasia que fue disminuyendo en forma gradual. El pielograma excretor después de tres años muestra una imagen normal y una excelente función renal.

2. Ureterocistostomía.

Transplantes del uréter a al vejiga se efectuaron 54 veces en 50 casos por las siguientes enfermedades y por los siguientes procedimientos quirúrgicos:

Métodos quirúrgicos:

1. Mucosa a mucosa (Nesbit) 2 casos, 2 uréteres.
2. Método por transfixión (Sampson, Boeminghaus, Kerr-Colby) 44 casos, 46 uréteres.
3. Transplante del orificio ureteral, 1 caso, 1 uréter.
4. Látero-lateral ureterocistoanastomosis (Ubelhör) 4 casos, 4 uréteres.
5. Colgajo tubular formado de la vejiga, 1 caso, 1 uréter.

Enfermedades donde se empleó la ureterocistostomía:

1. Fístula ureterovaginal, 12 casos.
2. Estrechez ureteral, 13 casos.
3. Fístula ureterovaginal con estrechez ureteral, 1 caso.
4. Pólipo de uréter.
5. Fístula vésico-vagino-rectal, 1 caso.
6. Divertículo vesical 1 caso.
7. Tumores de la vejiga, 17 casos.
8. Hidronefrosis debido a vejiga neurógena, 2 casos.
9. Invasión del uréter por cáncer rectal, 1 caso.
10. Fístula uretero-cutánea, 1 caso.

De estos casos, la anastomosis fracasó en dos y el objeto de la operación se obtuvo en 42 casos. Entre los 44 uréteres, cinco casos, cinco uréteres no se consiguió un resultado satisfactorio debido a la dilatación del tracto urinario superior. No se produjo ningún caso mortal. El control postoperatorio fue realizado en 36 casos. Once casos durante 6 meses, tres casos entre 6 meses y 1 año, diez casos entre 1 año y 2, tres casos entre 2 y 3 años, dos casos entre 3 y 4 años, cinco casos entre 4 y 5 años, un caso entre 5 y 6 años y un caso entre 7 y 8 años,

EVOLUCION DEL PIELOGRAMA DESPUES DE LA URETEROCISTOSTOMIA

1. En casos donde el pielograma pertenecía al grupo N o A, antes de la operación, una ligera pieloectasia transitoria se observó en el postoperatorio en la mayoría de los casos por un tiempo de alrededor de tres meses. Sin embargo, pronto se produjo el retorno a la normalidad y su estabilidad definitiva.

En sólo un caso la condición empeoró y se cree que es debido a la fibrosis producida por la aplicación de tallos de radón y la electrocoagulación.

2. En los casos donde el pielograma pertenecía al grupo B antes de la operación, la esperanza para la recuperación hacia las condiciones normales es todavía mayor, sin embargo el tiempo requerido para ello se hace largo y algunos casos requieren más de un año.

3. En casos donde el pielograma pertenecía al grupo C y D la recuperación del pielograma es mala después de la operación, y sólo se consiguió una recuperación normal en un caso.

Método quirúrgico:

1. La posibilidad de fracaso existe en el método mucosa a mucosa por lo tanto no se puede decir que sea un método seguro.

2. Método por transfijión.

El método de Kerr-Colby que es común en casos de ureteroenteroanastomosis y el de Sampson han sido usados principalmente.

La comparación de casos con el mismo grado de pieloectasia antes de la operación no muestra gran diferencia entre ambos métodos.

3. Durante una diverticulectomía en la vejiga el orificio de un uréter fué transplantado hacia otra región de la vejiga por el método de Mydl. No se observó dilatación del tracto urinario superior después de la operación y aún ocho años más tarde el pielograma es normal.

4. Látero-lateral uretrocistoanastomosis (Ubelhör).

En todos los casos la recuperación de la función renal se observó después de la operación. No se observó reflujo vésico-ureteral a excepción de un caso. Esta técnica es algo dificultosa de aplicar en casos donde la dilatación del uréter es de grado pequeño. Mostraré un caso de esta operación.

Ejemplo: S. K., 41 años, sexo femenino.

Diagnóstico: Tuberculosis renal bilateral, duplicidad piélica bilateral con bifidez ureteral incompleta.

Existía una estrechez de varios cms. de longitud en la porción terminal del uréter derecho y un marcado engrosamiento (grado D) y una elongación tortuosa del tracto urinario perteneciente a la pelvis inferior.

Después de dos semanas de practicada la heminefrectomía de la mitad superior del riñón izquierdo, se efectuó la heminefrectomía de la mitad superior del riñón derecho y al mismo tiempo una látero-latero cistoanatomosis entre el uréter dilatado justamente por encima de la estrechez y el vértice de la vejiga con una incisión en cada órgano de 1,5 cm. de longitud.

Aunque no había eliminación del lado derecho en la pielografía de excreción al décimo-octavo día y después de once meses se observaba una hidronefrosis del grado C, una mejoría maravillosa tanto de la pieloectasia como de la función renal se hizo evidente después de dos años y cinco meses.

La cistografía no demostró reflujo vésico-ureteral.

3. Ureteroenterocistostomía.

Ureteroenterocistoanastomosis fueron practicadas en 24 casos cuya enumeración es la siguiente:

Ureteroenterocistostomía bilateral (asa), 4 casos.

Ureteroenterocistostomía bilateral (forma de U) 5 casos.

Ureteroenterocistostomía unilateral (asa) 6 casos.

Ureteroenterocistostomía unilateral 9 casos.

Esta operación se efectuó en las siguientes enfermedades:

1. Fístula ureterovaginal después de histerectomía total, 13 casos.
2. Fístula ureterovaginal después de histerectomía total con obliteración ureteral unilateral, 1 caso.
3. Obliteración ureteral bilateral después de histerectomía total, 1 caso.
4. Enorme fístula véscicovaginal después de histerectomía total, 1 caso.
5. Vejiga contraída tuberculosa con obstrucción ureteral después de la nefrectomía, 6 casos.
6. Estrechez ureteral tuberculosa, 1 caso.
7. Tumor de vejiga (combinada con hemicistectomía, 1 caso.

Los tipos de anastomosis del uréter con el intestino.

Los tipos de anastomosis en los 33 uréteres de los 34 casos fueron los siguiente: Tipo Nesbit, 4; tipo Hinman, 5; tipo Ubelhör, 2.

2. Método por transfixión: tipo Kerr-Colby, 19; tipo Sampson, 3.

Los fracasos en la anastomosis y sus resultados son los siguiente:

	Método directo	Método por transfixión
Cuando la porción de la anastomosis se había separado y abierto	0	2
Cuando se observó estenosis en la porción anastomosada	0	2
Cuando se observó mayor deterioro renal que antes de la operación	0	2
Cuando no se observó cambio en la función renal	0	1
	—	—
		7

Siete resultados poco satisfactorios se obtuvieron en la ureteroenterocistoanastomosis, todos ellos correspondieron al método de Kerr Colby. Entre ellos había tres casos donde la indicación resultó antinatural. En un caso donde existían grados similares de hidroureter en el lado derecho y en el izquierdo, el método directo fue empleado en un lado y el Kerr-Colby en el otro. El tracto urinario superior se normalizó en el lado donde se usó el método directo y la función renal se perdió en el lado donde se empleó el método de Kerr-Colby. Asimismo se observó estrechez y pérdida de la función renal en otro caso tratado por el método de Kerr-Colby, pero una notable mejoría se produjo en la morfología y en la función del tracto urinario superior al realizar una reoperación por el método mucosa a mucosa entre el uréter y el intestino haciendo una incisión longitudinal en la porción distal del uréter después de haber extirpado la parte estenósica que hacía procedencia en la luz del intestino. De los ejemplos anteriores tengo la profunda impresión de que el método directo es superior al método por transfixión.

Deseo mostrar otro ejemplo de la corrección de la estrechez en el sitio de la ureteroenteroanastomosis.

Ejemplo: H. S., 63 años, sexo masculino.

Después de tres años y medio de una cistectomía total por tumor de vejiga y de establecida una vejiga ileal efectuada en un tiempo, se desarrolló una estrechez bilateral en el sitio de la anastomosis del uréter con el ileon, formándose un cálculo coraliforme en el riñón derecho y un pequeño cálculo en la extremidad terminal del uréter izquierdo.

Después de la nefropielotomía la estrechez ureteral fue corregida por el método anteriormente mencionado con resultado excelente.

Los cambios del pielograma en relación con los 17 casos, en donde un control fue efectuado por el término de 1 a 6 años, se muestran en la tabla siguiente:

Se observa dilatación de la pelvis y el uréter en forma temporaria después de la intervención, pero en la mayoría de los casos se retorna a la normalidad o se obtiene una mejoría franca en un plazo de un año.

Aún en los casos donde la dilatación del tracto urinario es muy acentuada antes de la operación los porcentajes de mejoría del pielograma en la uretero-enteroanastomosis es mayor en comparación con la uretero-cistoanastomosis. Si comparamos los grupos A, B, C y D, doce de los 17 ureteres fueron normalizados con ureteroenterocistoanastomosis, mientras sólo 5 de los 24 ureteres en la ureterocistoanastomosis. Además en la ureterocistoanastomosis mostró buenos resultados, pero al contrario en las ureteroenterocistoanastomosis el método directo los produce mejores.

IV. Entre 74 casos de incisión vertical del uréter, se efectuó sutura vertical en 68 y transversa en 6.

No hay ningún caso de dilatación del tracto urinario superior que se hiciera más marcada después de la operación.

Cuando el pielograma antes de la operación es del grado C, la mayoría de los casos recobran la morfología normal.

De todas las observaciones en 29 casos se efectuó un control postoperatorio por medio de la pielografía de excreción por un período variable de seis meses a diez años. De éstos en ninguno de ellos se observó cambios en los pielogramas después de haber conseguido la mejoría.

V. Liberación del uréter ligado.

Ejemplo: 46 años, sexo femenino.

Durante una histerectomía por mioma se ligaron accidentalmente ambos ureteres con hilo de seda. Después de tres días de anuria se realizó la operación liberadora de la ligadura ureteral. El pielograma excretor efectuado un año después muestra una imagen normal.

VI. Ampliación quirúrgica del orificio ureteral (Orr).

Se observó reflujo en 2 casos de 4 de ampliación de la extremidad terminal del uréter realizadas para corregir la estrechez vésico-ureteral. Algo de ello puede ser atribuido a la pequeña capacidad de la vejiga. En otros dos casos la morfología del tracto urinario fue notablemente mejorada.

RESUMEN

1. Se llama la atención sobre tres casos interesantes de uretero-uretero-anastomosis y de transuretero-ureteroanastomosis observados por un largo período de tiempo.

2. El método por transfixión es ventajoso en la ureterocistoanastomosis.

3. El método directo ofrece mejores resultados en la ureteroenterocistoanastomosis.

4. Recuperación de la función renal es más marcada en la ureteroenterocistoanastomosis que en la ureterocistoanastomosis.

5. Se deben usar aproximadamente cuatro ligaduras en la anastomosis.

6. En el método por transfixión es mejor hacer el orificio en la pared vesical o intestinal por donde el uréter es introducido, lo suficientemente amplio como para que algo de orina pueda gotear a su través.

7. En la ureterolitotomía, la función renal que mejora después de la operación, de ninguna manera puede empeorar aun después de un largo período.

7. Se hace mención de un caso donde el uréter fue ligado accidentalmente y luego liberado y además el resultado de una operación de ampliación de la extremidad terminal del uréter. En este último caso es muy importante operar hábilmente para no ocasionar un reflujo vésico-ureteral.