

## FÍSTULA URETEROVAGINAL Y ESTRECHEZ URETERAL. OPERACIÓN DE BOARI, 1 CASO

Por el Dr. HUGO C. SALING

Las fístulas urétero-vaginales representan la complicación por excelencia de la histerectomía, y dos factores entran en juego en su producción: la naturaleza de las lesiones urétero-anexiales que han justificado la exploración quirúrgica y la técnica operatoria seguida.

Todas las lesiones yuxtaureterales, es decir, intraligamentarias, constituyen un peligro para el uréter. De ahí que la colpo-histerectomía ampliada, la histerectomía abdominal y la disección de un tumor intraligamentario sean particularmente las intervenciones que dan el mayor porcentaje de lesiones ureterales. El abordaje vaginal de los cálculos del uréter terminal, en cambio, no se complica jamás con fístulas urétero-vaginales, si la ureterotomía es longitudinal.

El orificio vaginal del trayecto es alto, en el fondo de la vagina y las más de las veces lateral. El del uréter presenta diferencias de importancia terapéutica según sea bajo, yuxtavesical, o alto, a más de cinco centímetros del meato vesical. En el primer caso es fácil la reimplantación en la vejiga; en el segundo, la neostomía es generalmente imposible, porque el uréter se ve rodeado de un tejido cicatrizal retráctil a veces tan extendido, que no permite una plástica extra-peritoneal.

Cuando se establece una fístula en las horas o días que siguen a una histerectomía, aparece una pérdida de orina por la vagina, pero con conservación de las micciones normales, porque una considerable cantidad de orina pasa a la vejiga. Es frecuente la fiebre y no son raros los dolores lumbares. Sin embargo, para afirmar el diagnóstico de fístula urétero-vaginal, es necesario probar la integridad de la vejiga. No son suficientes los caracteres de la pérdida de orina porque algunas fístulas vésico-vaginales son pequeñas, continentes en ciertos momentos y conservan las micciones normales.

Si la prueba del tapón vaginal con un líquido coloreado introducido en la vejiga, y la costoscopia, no pueden probar la existencia de una brecha vesical, entonces la fístula es ureteral. Sólo resta determinar el lado a que pertenece, y esto lo consigue la urografía excretoria, examen que es imprescindible en todo estudio de fístulas ureterales. Este estudio radiológico establece el lado de la lesión, evidenciando la dilatación ureteral total, precisando el valor funcional del riñón correspondiente y demostrando la presencia de un riñón opuesto sano o patológico.

La nefrectomía se impone, entonces, cuando siendo sano el riñón opuesto, el riñón suprafistuloso es atrófico o pnonefrótico, o si la operación que causó la fístula fue efectuada por cáncer. Pero si ambos riñones conservan su integridad funcional y el estado de la enferma es bueno, sólo una prueba más nos dirá la conducta conservadora a seguir, y es el cateterismo ureteral. Si la sonda pasa más allá de la fístula, podemos esperar la curación con la derivación de la



Figura N° 1. — Urograma excretor preoperatorio, 1 h. 20'.

Figura N° 2. — Urograma excretor posoperatorio, 60'.

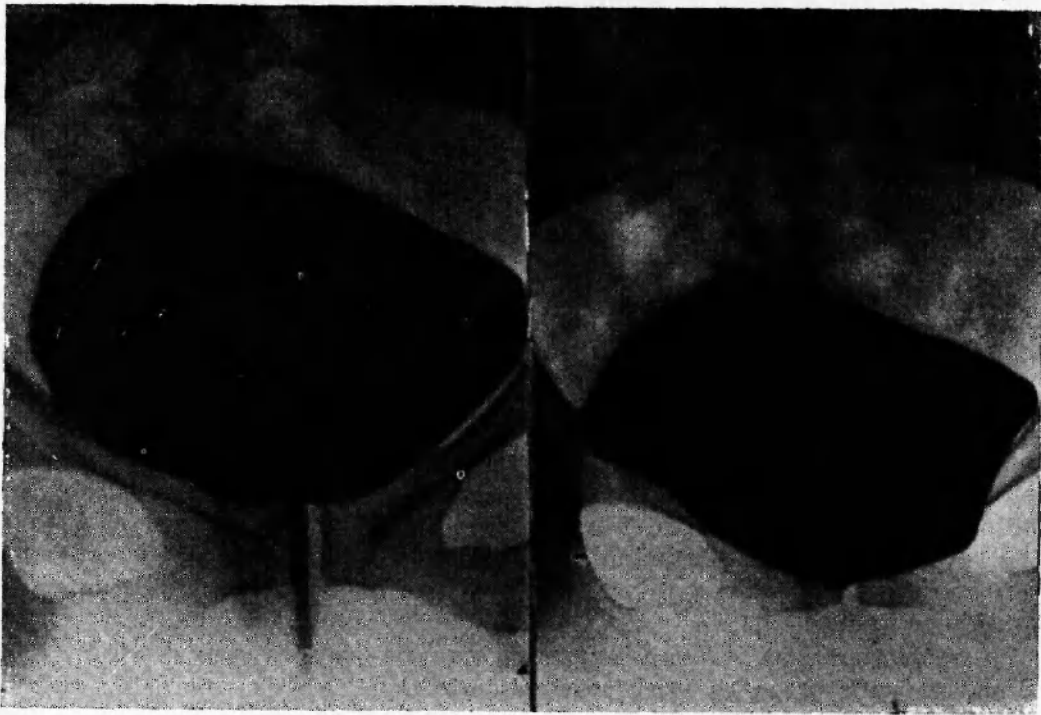


Figura N° 3. — Cistografía posoperatoria con sobredistensión. No hay reflujo,

Figura N° 4. — Cistografía posoperatoria con esfuerzo miccional. No hay reflujo,

orina por el catéter, si la lesión no es muy vieja; si lo es, es posible la disección del uréter por vía vaginal. Si la sonda no pasa, queda elegir entre las uréteroplastia sobre sonda modelante, que expone a cicatrices escleroinflamatorias activas, la reimplantación directa, y la implantación por medio de un colgajo vesical.

A esta última operación es que queremos referirnos brevemente, sin ocuparnos de su técnica, que es ampliamente conocida. Hemos tenido oportunidad de asistir a una sesión de esta Sociedad, donde se habló de sus ventajas y desventajas con respecto a la implantación directa del uréter en la vejiga. Nosotros creemos que no es mejor, ni peor, ni reemplaza a la neostomía directa. Nos parece que tiene una indicación precisa y así lo confirma la literatura consultada y la experiencia de los urólogos que nos brindaron sus enseñanzas.

El caso que nos permitimos presentar fue intervenido con esta técnica y con los satisfactorios resultados que se pueden apreciar en las radiografías que acompañan esta comunicación.

Se trata de una mujer de 36 años, sin antecedentes urológicos. Menarca a los 15 años, casada a los 23. Fue operada por metrorragias, habiéndosele practicado una histerectomía total simple el 9 de septiembre de 1960. A los cuatro días del posoperatorio sintió un fuerte dolor en la zona lumbar y flanco derechos, continuos y con algunas exacerbaciones, que duró unos ocho días. A los quince días de la operación notó pérdida de orina por la vagina, de lo que mejoró luego de haberle sido cauterizado el fondo de saco vaginal derecho. Un mes después de esto volvió a perder orina, cada vez con mayor intensidad. Siempre tuvo micciones normales. El examen físico renoureteral era negativo. No se palpaba globo vesical. Se advertía escurrimiento de orina por vía vaginal, aparentemente por el fondo de saco derecho. Cistoscopia normal. Cateterismo ureteral derecho imposible más allá de los 6 cm. Prueba del tapón vaginal negativa. Urograma excretor, uréteropielocaliectasia derecha, por obstrucción ureteral.

Se efectúa la operación de Boari sin inconvenientes, y el postoperatorio cursó con características normales. Fue dada de alta a los 15 días y 10 meses después se le practicó un urograma de control, donde se puede apreciar la recuperación total de las vías excretoras. La cistografía fue hecha el 13 de octubre de 1963, dos años y ocho meses después de la operación. No se pudo demostrar la existencia de reflujo.

Como conclusión, diremos que la operación de Boari está indicada cuando la longitud o altura de la lesión del uréter pelviano a reseca acorta el conducto y éste no alcanza la cúpula vesical, y en aquellos casos en que la sutura uréterovesical quedaría tensa y la vejiga colgando del uréter. En pocas ocasiones puede tener utilidad esta técnica: *en las estenosis tuberculosas de larga extensión*, y en los cálculos del uréter enclavados en esta porción, que dada su larga permanencia provocan intensa periureteritis que constriñe el uréter. Excepcionalmente se justifica esta operación, *en algunos casos de fístulas uréterovaginales*, en que la fibrosis cicatrizal impide la liberación del uréter para su reimplantación. Es particularmente útil para corregir problemas que siguen a la cirugía pelviana. En cuanto al reflujo, es demostrable radiológicamente con sobredistensión vesical, pero sin efectos clínicos en la mayoría de los casos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. *Puigvert, A.*: Cirugía del uréter tuberculoso. Uréterocistoplastia de Boari. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Instituto de Urología. Barcelona, 1955.
2. *Couvelaire, R., Patel, J. et Petit, P.*: Nouveau précis de pathologie chirurgicale. T. VI, Paris, 1957.

3. *González, C. R.*: Fístulas ureterovaginales Post Wertheim. Rev. Arg. Urol. XXVIII, 1959, pág. 264.
4. *Dillon, JR.*: Use of bladder pedicles as substitutes for the lower ureter. J. of Urology, 83: 583. May, 1960.
5. *Fumio Tsuchiya*: Resultados alejados de la cirugía reparadora de los uréteres. Rev. Arg. Urol. XXX, 1961, pág. 198.
6. *Everett, H.*: Gynecological and Obstetrical Urology. Baltimore, 1944.
7. *Boeminghaus, H.*: Urología.
8. *Miguel, A.*: Uréteroplastia intraperitoneal por colgajo tubulado vesical. VI Congr. Americ. y III Arg. de Urología. M. del Plata, 1957.
9. *Kyril Conger and Rouse, P.*: Ureteroplasty by bladder flap technique. J. of Urology, vol. 74, n° 4, 1955.
10. *Burns, R. A.*: Reconstruction of lower ureter by tube made of bladder flap. J. of Urology, vol. 74, n° 3, 1955.
12. *Vargas Zalazar y Vargas Delannoy*: Tratamiento de las lesiones quirúrgicas del uréter por el método de Boari. VI Congreso Argentino de Urología. Rosario, 1960.