

## FÍSTULA URÉTERO-RECTAL POSTHISTERECTOMÍA

Por los Dres. H. PAGLIERE y E. SOLDANO

La vecindad del riñón y de su sistema excretor con distintos segmentos del intestino es condición favorecedora de la formación de una fístula entre ambos. Debe a ésta añadirse otra, cual es un proceso inflamatorio o neoplásico originado en cualquiera de estas estructuras, casi siempre el riñón o la pelvis renal; raramente el intestino o el uréter. Si se considera la frecuencia de las complicaciones supurativas en la patología renal, llama la atención la escasez de esta complicación, relacionada tal vez con la tendencia a la migración posterior de las colecciones piógenas, que huyen de los órganos intraperitoneales para superficializarse en la región lumbar.

En algunos casos la complicación fistulosa es una consecuencia de intervenciones quirúrgicas, la agresividad de la cirugía oncológica actual y su difusión cada vez mayores proveen numerosas fístulas urétero-vaginales. Abeshouse en muy completa revisión de la literatura hasta el año 1949 procede a una clasificación en: reno-viscerales, reno-cutáneas, urétero-viscerales y urétero-cutáneas.

De las urétero-viscerales solo 10 eran con colon.

La paciente de Godwin, Winter y Turner presentó una fístula urétero-vagino-rectal, luego de una histerectomía. Green refirió el caso de una enferma con fístula entre porción superior de uréter derecho y colon ascendente; había padecido una litiasis renal y varias intervenciones, no siendo posible establecer si era consecuencia de alguna de ellas. Davis ha relatado un caso de fístula urétero-duodenal, y Wells otra urétero-rectal por litiasis y absceso peri-próstato-rectal. Tal vez único en la literatura el de fístula apéndice-ureteral de Zelitzer por absceso apendicular. En el de Casper fue previa una ureteritis tuberculosa que se fistulizó a piel, por el trayecto salía pus y materia fecal, curando con lavajes y aplicaciones de nitrato de plata.

En la literatura nacional hay referencias de fístulas reno-cólicas desde la que creemos primera de Salleras y Vilar, pero no hemos hallado ninguna urétero-rectal en la literatura consultada, si bien reconocemos no haber efectuado una revisión completa como para negar la posibilidad de su existencia.

La historia resumida de la paciente que motiva esta comunicación es la siguiente:

M. F., 47 años, argentina, casada.

Fue intervenida por carcinoma de cuello de útero el 14 de diciembre de 1963, efectuándose histerectomía total y linfadenectomía pelviana con resección de uno y dos y medio centímetros de pared vaginal posterior y anterior. Se deja gasa insinuada en vagina como drenaje. El material usado fue catgut. Evolucionó normalmente por lo que se le da el alta 10 días después, en buenas condiciones. El examen de la pieza no reveló lesión macroscópica. La histopatología confirmó el resultado de la biopsia previa que indicó tratarse de un carcinoma epidermoide.

Ingresa el 7 de enero de 1964 al servicio de ginecología manifestando haber comenzado 5 días antes con escalofríos y flujo purulento y aparente incontinencia de orina. Al examen genital dermatitis urinosa, fondo de saco vaginal doloroso, sobre el que se palpa zona indurada trasversal a la pelvis que se extiende entre ambos huesos ilíacos.

Cistoscopia: capacidad 300 cc., congestión difusa con copos de fibrino pus. Meato ureteral derecho normal. Meato izquierdo eyacula líquido de aspecto purulento. Ninguno elimina el índigo carmín hasta los 20 minutos, aunque aparece coloreada gasa dejada en vagina. Se instila azul de metileno en vejiga no apareciendo en vagina. Se efectúa urografía que permite visualizar discreta funcionalidad derecha, exclusión izquierda. Se efectúa pielografía por punción percutánea del lado derecho fracasando la tentativa de efectuarla en el izquierdo. La enferma continúa deshidratada y febril pese a los antibióticos ampliamente usados y a la hidratación parenteral. El riñón derecho se palpa agrandado y doloroso.

El 25 de enero de 1964 presenta diarrea con 4 deposiciones semi-líquidas. En los días siguientes se agregan transfusiones de sangre total. La diuresis llega a 600 cc. persistiendo la diarrea que se atribuye a los antibióticos. El 19 de febrero de 1964 la urea es de 0,35 %, glóbulos rojos 3.110.0000, glóbulos blancos 23.700.

El 24 de febrero de 1964 por pesaje de apósitos se comprueba eliminación de 1320 cc. de orina. El 29 de febrero se procede a efectuar pielonefrostomía derecha. El riñón aparece sembrado de pequeños abscesos subcapsulares de 2 a 3 mm de diámetro, la pelvis renal con contenido purulento y olor a coli.

El 9 de marzo de 1964: urea 1,10 %, regular estado general.

El 14 de marzo: urea 0,70 %, glóbulos rojos: 2.646.000, glóbulos blancos: 20.600. El hemocultivo desarrolla colonias de colibacilos. El día 18 de marzo: urea 0,35 %, continúa con febrícula, una semana después la temperatura asciende a 39,5°.

Se efectúa pielografía por punción percutánea izquierda que demuestra fístula urétero-rectal. Urea 0,25 %.

El 9 de abril se efectúa pielostomía izquierda. El riñón presenta micro abscesos, la temperatura desaparece aunque el estado general empeora continuamente.

El 11 de abril la urea es de 1,10 %, hematocrito 19 %. La enferma fallece el 22 de abril. La transcripción parcial del protocolo de autopsia efectuada por el doctor Maruffo es la siguiente: riñones aumentados de volumen, focos hemorrágicos periféricos, descapsulan con dificultad. Al corte pelvis aumentada de tamaño con contenido purulento. Focos de necrosis y abscesos múltiples en parénquima renal que en polo inferior de riñón izquierdo alcanzan a la superficie del órgano.

*Uréteres:* Mucosa irregular con áreas hiperplásicas y contenido purulento. A nivel rectal y vaginal trayectos fistulosos en organización, permeables a cavidad peritoneal.

*Hígado:* Considerable aumento de volumen, bordes romos, superficies lisas. Franca disminución de consistencia y marcado aumento de friabilidad, color amarillo intenso. Al corte estructura lobulillar conservada, congestión pasiva centro lobulillar.

*Diagnóstico anatómico:* 1) fístula urétero-rectal y urétero-vaginal

- 2) Pielonefritis aguda abscedada bilateral
- 3) Peritonitis aguda serofibrinosa tipo difuso
- 4) Degeneración grasa masiva de hígado
- 5) Congestión pasiva polivisceral.

#### CONSIDERACIONES

De la lectura de casos similares se desprende que los abscesos periureterales secundarios a litiasis pueden abrirse camino hacia el colon y constituir una fístula. Otra causa la constituyen las secuelas de ciertas intervenciones

quirúrgicas, histerectomías y resecciones colónicas que al complicarse con abscesos de vecindad favorecen la comunicación entre el uréter y el colon o recto. No nos parece exacta la afirmación de Casper de que la mayoría obedece a ureteritis tuberculosa. En la paciente que motiva esta comunicación se puede sospechar la formación de un absceso previo que llevó a la fistulización. De que el absceso pueda haberse debido a una lesión ureteral durante el acto quirúrgico es difícil de admitir por la seguridad dada por el cirujano actuante de que esto no ocurrió. Como en otros casos en que este tipo de intervenciones se complica con estenosis o fístulas ureterales cabe admitir una lesión secundaria a la movilización ureteral y a los trastornos en su vascularización que son su consecuencia. La gasa dejada como avenamiento transvaginal fue retirada al 49 día y de haber actuado como determinante hubiera ocurrido la fistulización inmediatamente a su extracción. De cualquier manera no creemos aconsejable su uso en la vecindad del intestino.

El diagnóstico en algún caso fue efectuado por la pielografía ascendente, en otros por la eliminación rectal de azul de metileno ingerido previamente; en nuestra enferma no lo sospechamos pese a la diarrea que presentaba; sólo la pielografía por punción nos reveló la complicación, prueba de su extraordinaria utilidad cuando la urografía no es demostrativa y el cateterismo resulta imposible.

En el tratamiento efectuamos una pielonefrostomía del lado derecho, riñón que urográficamente demostraba una mejor función, con la intención de actuar sobre el lado opuesto cuando la recuperación que esperábamos obtener lo permitiera; sin embargo el estado de la enferma no mejoró en la medida prevista, por lo que un mes después se efectuó pielostomía izquierda; lamentablemente ambos riñones presentaban lesiones supurativas del parénquima, que la llevaron a la muerte.

Para evitar las frecuentes secuelas que padece el uréter en la intervención de Wertheim ha sido propuesto su traslado intraperitoneal; recientemente intervenimos una paciente en que se había hecho uso de este recurso y en la que sin embargo debimos efectuar una urétero-neo-cistostomía por estenosis ureteral total en uno de los lados.

Creemos que la mejor profilaxis de estas complicaciones la constituye el uso de catéteres ureterales en permanencia por ocho o diez días, tiempo tal vez suficiente para mejorar el pronóstico de las lesiones que por falta de vascularización pueden ocurrir en el curso de este tipo de intervenciones.

#### RESUMEN

Se presenta el caso de una enferma de 47 años que presentó una fístula urétero-rectal izquierda como consecuencia de una operación de Wertheim. Se efectuó una nefrostomía bilateral que no impidió la muerte por abscesos renales múltiples de ambos lados. Se aconseja la profilaxis de estas complicaciones por el cateterismo ureteral permanente durante 8-10 días en el postoperatorio.

#### BIBLIOGRAFIA

*Abeshouse, B.*: Renal and ureteral fistula of the visceral and cutaneous types. A report of four cases. *Urol. Cut. Rev* 53: 641-674, 1949.

- Casper, L.:* Über Ureterenfisteln und Ureterneiterungen. *Z. Urol.* 18: 545-548, 1924.
- Greene, L. B.:* *Ann. Surg.* 86: 130-133, 1927.
- Godwin, W.; Winter, Ch. and Turner, R.:* Fistula between bowel and urinary tract. *J. Urol.* 84: 95-105, 1960.
- Hayson, A.:* A case of spontaneous left ureterocolonic fistula associated with an abscess in the left loin and fecal fistula. *Brit. J. Surg.* 43: 646-649, 1955-56.
- Higgins, C. and Hicken, H.:* Spontaneous renal and ureteral fistulas. *Arch. Surg.* 27: 817, 1933.
- Spitalny, A. and Cherney, L.:* A ureterorectal fistula following a resection for carcinoma of the bowel. *Urol. Cut. Rev.* 53: 402-404, 1949.
- Zelitzer, Chr.:* Beitrag zur Hämaturie nach Appendizitis. *Z. Urol.* 16: 408, 1922.