

Complicaciones ureterales en las intervenciones quirúrgicas ginecológicas

Por los Dres. A. Trabucco, F. J. Márquez y C. La Rosa (Becario peruano).
Hospital G. Rawson
Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. A. Trabucco

Creemos que es necesario de vez en cuando, actualizar las complicaciones urológicas provocadas por la cirugía que actúa sobre el aparato genital femenino, principalmente destinadas a la juventud urológica, con el objeto de que estos nuevos especialistas, pueden hacer un diagnóstico, tratamiento y espectación correcta, principalmente esta última.

De todos nuestros casos, hemos seleccionado tres que creemos que son los más interesantes, no sólo por la gravedad de las lesiones sino también por la disparidad de los tratamientos que fue necesario instituir y por la evolución que siguieron. Pasemos a detallarlos:

1) A. D. 45 años, soltera, es intervenida quirúrgicamente por una miomatosis uterina practicándosele una histerectomía subtotal. A los 7 días de la intervención aparece orina por vagina que se acompaña de micciones normales y dolor en zona lumbar derecha. El examen urológico revela dolor lumbar derecho, palpación del polo inferior del riñón de ese lado y la inyección de *índigo carmín* colorea la gasa que se colocó en la vagina.

El examen radiológico del árbol urinario nos muestra una discreta dilatación pielocalicial derecha y la amputación del ureter a nivel de la línea innominada de la pelvis ósea. Se intenta el cateterismo del ureter derecho, no encontrando alteración de la mucosa vesical y con los meatos ureterales en posición y forma normales pero no se ve eyacuación del lado afectado, por lo que se coloca un cateter ureteral N° 4 que progresa sólo 5 cmts. El relleno de dicho ureter nos lo muestra terminado en fondo de saco

a esa distancia, refluyendo el medio de contraste a la vejiga.

La discreta alteración de la vía excretora pieloureteral nos anima a efectuar un tratamiento expectante a base de corticoides y antibióticos durante un lapso de un mes, con el objeto de observar la evolución de la fistula ureterovaginal y al mismo tiempo preparar el terreno fibrótico periureteral para una posible intervención quirúrgica.

Pasado el lapso estipulado, concurre la paciente nuevamente a la consulta y nos refiere que había padecido algunos dolores, no muy intensos en la fosa ilíaca derecha pero que había notado una franca disminución de la pérdida de orina por la vagina. El nuevo examen cistoscópico nos sigue mostrando una vejiga normal pero el índigo carmín es solamente proyectado por el meato ureteral izquierdo. El intento de cateterismo ureteral derecho choca otra vez a una distancia de 5 cms.

En vista de la mejoría clínica pero no anatómica se decide continuar con idéntico tratamiento y 24 días después la enferma hace un cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha acompañado de estado nauseoso y de dos vómitos de tipo alimenticio, que consecutivamente se asocia a la desaparición de la pérdida de orina por la vagina.

Comunicado este proceso por el clínico de cabecera, se aconseja la supresión de los corticoides y mantener una discreta vigilancia de temperatura, eritrosedimentación y hemograma, que no sufrieron alteraciones.

La evolución del proceso no trae aparejadas alteraciones clínicas ni hematológicas y a los dos meses se repite el examen radiológico del árbol urinario que nos muestra la recuperación de la vía ureteral con una pequeña estenosis a nivel de la línea innominada de la pelvis ósea que no provoca alteración en la evacuación de su riñón derecho.

2) D. A., 49 años, casada, es sometida a una intervención quirúrgica por presentar un quiste de ovario derecho y un mioma de útero. En el post-operatorio inmediato hace un flemón de la fosa ilíaca derecha que al cabo de algunos días se resuelve por drenaje espontáneo a piel de dicha zona y a vagina, continuando a esto pérdida de orina por los dos trayectos y con micciones normales por la uretra.

Motivó la consulta la indicación de su ginecólogo de la necesidad de practicar una nefrectomía derecha, pues presentaba en la urografía excretora un sufrimiento renal derecho que sólo a los 60 minutos había medio de contraste en el cáliz superior y medio.

El examen urológico nos pone de manifiesto un riñón derecho palpable y doloroso, un trayecto fistuloso en la fosa ilíaca derecha, por donde fluía un líquido sanioso y una pérdida de orina por la vagina.

La cistoscopia no revela anomalía de la mucosa vesical y la inyección de índigo carmín permite observar la buena función y evacuación renal izquierda no recogiendo colorante ni por la fistula abdominal ni en la gasa que se colocó como taponaje en la vagina. El cateterismo del meato derecho fue imposible.

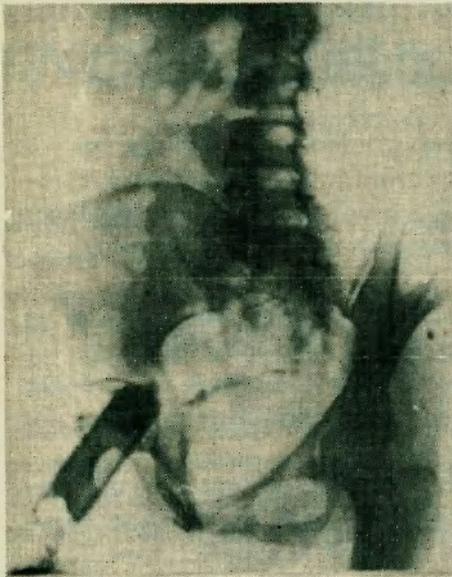
Siendo el estado clínico de la paciente relativamente bueno se decide la internación para practicar una fistulografía obteniendo una placa que nos muestra un trayecto que se dirige hacia el sacro pero que no llena el ureter ni nos muestra la comunicación con la vagina, por lo que se resuelve la investigación quirúrgica de la fistula y del ureter.

Mediante una incisión paramediana paramuscular externa derecha se llega al ureter a su entrada a la pelvis ósea y se lo disecciona hasta arribar a la unión del mismo con el trayecto fistuloso. Conseguido esto y la liberación del ureter se investiga la vejiga, maniobra dificultosa por las adherencias que fijan el órgano a los planos vecinos. Una vez obtenida la cara anterior y lateral de la vejiga se efectúan dos incisiones longitudinales y otra que las une en forma de obtener un colgajo de pared vesical de unos 7 centímetros que se suturan en forma de tubo al cual se anastomosa el ureter y se cierra la vejiga de-

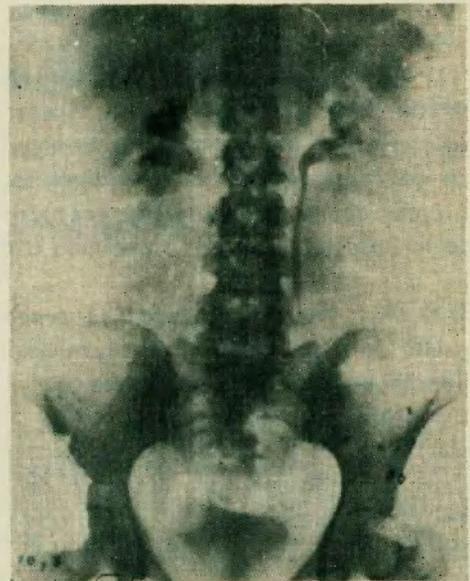
jando por contraabertura un tubo Marion-Freyer y una sonda Foley por la uretra. El post-operatorio fue tranquilo, a los 12 días se quita el tubo y a los 20 días se quita la Foley. Esta última maniobra fue algo angustiosa pues aparece orina por la herida suprapúbica pero que felizmente se corrige con la reposición de la sonda uretral. Una semana después se quita definitivamente la sonda uretral y se hace un exámen radiográfico del árbol urinario que no fue muy alentador. Si bien no hay pérdida de orina por la vagina ni por el antiguo trayecto abdominal, el sufrimiento renopieloureteral es marcado.

En estas condiciones se decide esperar un tiempo prudencial que llega a los 4 meses para repetir los controles radiográficos y decidir la conducta a seguir.

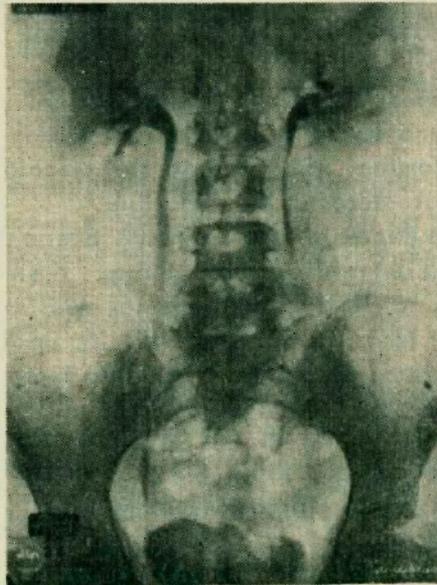
Como de costumbre la expectación resuelve muchos de los problemas que nos plantean las vías excretoras renales y así es que a los 4 meses de la intervención tenemos un urograma con características normales y con un ureter pelviano que funciona correctamente.



Fistulografía



Urografía Preoperatoria



Urografía Postoperatoria

3) E. C., 41 años, soltera, es intervenida quirúrgicamente por neoplasia de trompa izquierda, efectuándose una operación de Wertheim ampliada, pero para tener el reparo post-operatorio de los ureteres el cirujano decide intraperitonizar de 4 a 5 cms. del mismo, a nivel de la línea innominada de la pelvis ósea. El post-operatorio fue violento, fiebre, oliguria, dolor lumbar bilateral, etc., ocurrió en los días siguientes a la operación, hasta que al décimo día aparece orina por vagina y consecutivamente se alivia el dolorimiento del lado derecho. Poco a poco va cediendo el dolor de la zona lumbar izquierda y en estas condiciones y a uno y medio mes de intervención es sometida a un examen urológico.

En aparente buen estado general y con una discreta hipertensión arterial de 170 y 110, la enferma presenta discreto dolor costomuscular y costovertebral en ambos lados, el introito discretamente edematoso y el examen previa colocación del espéculo vaginal, demuestra edema y humedad del fondo de saco derecho, sin poderse precisar el orificio de la fístula urinosa.

El examen cistoscópico presenta una mucosa con exudados y edema, meatos en posición normal intentándose sin éxito el cateterismo del ureter derecho. En cambio el izquierdo permite el paso de una sonda N° 5, ascendiendo hasta una altura de unos 10 cms., donde se halla un obstáculo que no se puede franquear.

Los exámenes radiográficos practicados revelan en la urografía excretora, retardo en la evacuación del medio de contraste, dilatación uréteropielocalicial bilateral, observándose el ureter derecho hasta la espina ciática, donde presenta una acodadura e interrupción. El ureter del lado izquierdo, parece llegar hasta la vejiga.

La pielografía ascendente de este lado muestra la dilatación uréteropielocalicial, con ureter redundante y cuya sección pelviana presenta varias estenosis arrosariadas, para continuar luego de aspecto filiforme hasta la vejiga.

Hasta aquí estábamos ante un cuadro urológico constituido por estenosis, fístula ureterovaginal y uréteropieloectasia derechas, que se acompaña de estenosis múltiple pelvianas, dilatación y redundancia del ureter izquierdo.

Se decide intervenir quirúrgicamente el lado izquierdo donde se practica, previa incisión mediana umbilicopúbica, la exploración del ureter por vía extraperitoneal, maniobra que resultó imposible y por cuyo motivo se la efectúa transperitonealmente. El examen del Douglas no muestra signos de recidiva neoplásica y se procede a intentar liberar el ureter de los vasos ilíacos lo que se consigue con grandes dificultades, pero un poco por debajo de ellos el ureter se pierde en un magma fibroso que obliga a la sección del órgano. A continuación se libera la vejiga y se hace una anastomosis ureterovesical por vía intraperitoneal sin tutor.

Se hace a continuación el cierre total de la vejiga dejando una sonda de Pezzer por la uretra y un tubo de drenaje en peritoneo.

El postoperatorio fue bueno. Se quitó el drenaje peritoneal a los 8 días y a las tres semanas se quita la sonda de Pezzer.

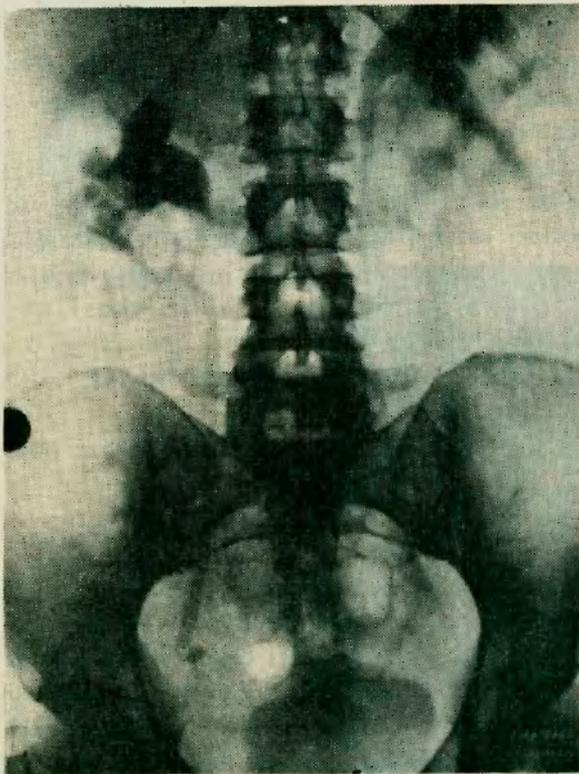
El urograma de control muestra la mejoría de la evacuación izquierda y se decide intentar la reimplantación del ureter derecho, yendo ahora directamente por vía intraperitoneal y reparando los vasos ilíacos para evitar lesiones de ellos. La investigación del ureter no fue excesivamente difícil, pero sí la liberación de la vejiga, profundamente fija al plano óseo y traccionada hacia la izquierda. Se logra sin embargo esta liberación y se reimplanta el ureter, pero contrariamente a nuestro hábito se deja un tutor constituido por un tubo de polietileno de 2 mm. que se exterioriza a través de la sonda de Pezzer que se coloca por la uretra. Cerramos totalmente la vejiga y colocamos un grueso tubo de drenaje intraperitoneal.

El tubo de drenaje intraperitoneal drena discreta cantidad de orina a la semana de la intervención, debido a la obstrucción del cateter ureteral. Se soluciona ésto y renace la calma durante dos semanas más, fecha en que recién quitamos el dren del peritoneo. Pocos días después se obstruye la sonda de Pezzer y fluye orina por la herida abdominal lo que nos decide a practicar una pielografía ascendente a través del tutor ureteral encontrando filtración del medio de contraste a nivel de la zona anastomosada. Esto nos hizo pensar seriamente en practicar la nefrectomía derecha convencidos del fracaso de la intervención practicada, pero a los 2 días deja de fluir orina por la herida abdominal y decidimos la expectación.

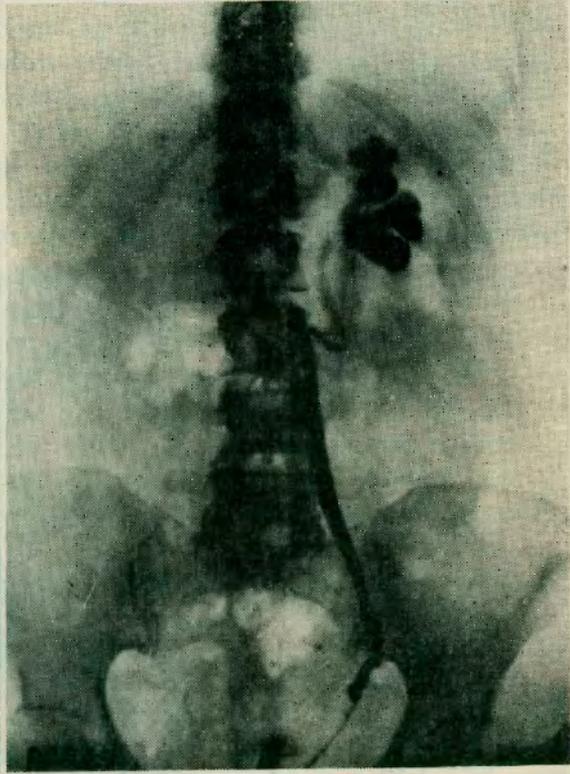
No aparece temperatura, el estado local y general son buenos y a las cuatro semanas se elimina espontáneamente el tutor y algunos días después se quita la Pezzer uretral.

Las micciones aparecen espontáneas y prácticamente normales por lo que decide hacer un urograma excretor de control observándose la mejoría franca del lado izquierdo, la recuperación parcial del riñón derecho pero lo que era más importante la falta de extravasación del medio de contraste yuxtavesical derecho.

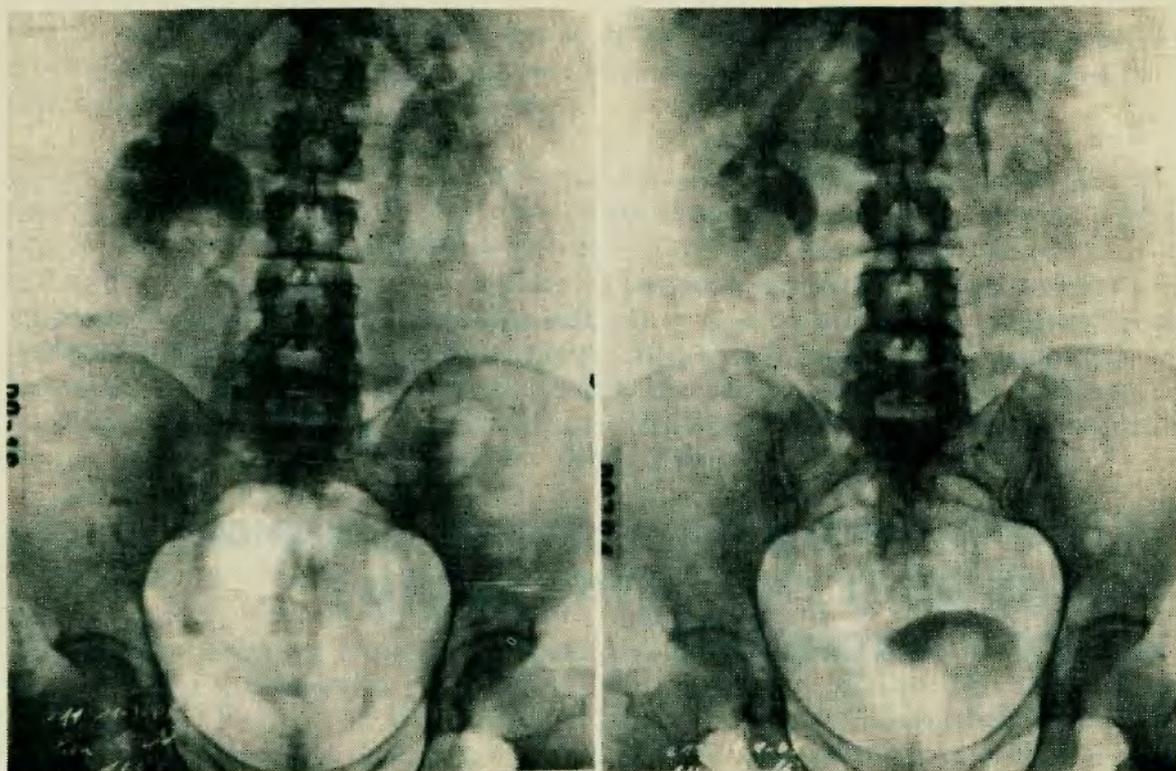
Pocos días después la paciente es dada de alta con eritrosedimentación normal y la discreta hipertensión del comienzo de sus estudios desciende a 130 y 80 mm de mercurio. Cinco meses más tarde se repiten los controles urográficos donde se visualiza la buena función renal bilateral y la recuperación de la vejiga, mostrando la enferma un estado de salud floreciente.



Urografía preoperatoria



Pielografía ascendente
Preoperatoria



Urografía Postoperatoria
Izquierda

Urografía Postoperatoria
Derecha

CONCLUSIONES

Se presentan tres accidentes ureterales por distintas intervenciones ginecológicas, caracterizados todos ellos por la presencia de orina por vagina y uno de ellos mixto, es decir, vagino cutáneo.

La terapéutica varió desde la expectación hasta la gran intervención quirúrgica transperitoneal y los resultados fueron satisfactorios en grado sumo, pues hemos obtenido la curación de todas las pacientes.

Por lo tanto pensamos, que en estos accidentes quirúrgicos debemos sin apresuramientos ni pasionismos de técnicas operatorias determinadas, sino que dejando de lado nuestra tendencia a una línea quirúrgica, adaptarnos a lo que sea más conveniente para el enfermo.

En resumen presentamos tres casos de fistulas ureterovaginales donde se obtuvo la curación, una espontánea, otra usando la técnica preconizada por Boari, y el tercero donde se efectuó una anastomosis ureterovesical transperitoneal sin tutor ureteral y una anastomosis ureterovesical, también transperitoneal, con tutor que se mantuvo durante un lapso de un mes.