

LESIONES DEL URETER EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA

Dr. Julio E. Cantón. Dr. Ignacio J. Romeo. Dr. Pedro E. Motilla. Dr. Ricardo A. Carrero.

Forque en 1914 al escribir en la Enciclopedia Francesa de Urología sobre este tema decía: Con el desarrollo de las intervenciones abdominales, sobre todo la práctica de la histerectomía ampliada este capítulo ha tomado una importancia y una actualidad de primera jerarquía. A través del tiempo y hasta hoy al traerles la experiencia de nuestros 10 enfermos podemos seguir repitiendo los mismos conceptos.

Berard en 1841 reparó un uréter suturándolo durante una histerectomía, y Truffier en 1895 compulsa 40 fistulas urétero vaginales secundarias a 100 histerectomías vaginales.

Han quedado grabados los nombres de Tauffer, Schopf, Van Hock en la historia de la reparación de las lesiones ureterales junto a los de Bazy, en Francia y Novaro en Italia.

Carter en 1954 hace una compulsa general de la literatura y registra fistulas y lesiones ureterales en 4/10 del 1% de todas las histerectomías.

Vargas Zalazar nos indica que 1 de cada 6 son bilaterales y que el 98% de las fistulas se originan de la histerectomía radical con linfadenectomía.

Las lesiones se producen en el acto quirúrgico por: a) Compresión prolongada por pinzas o separadores. b) Ligadura total o parcial que pueden corregir espontáneamente si han sido con material reabsorbible en dos o tres semanas. c) Heridas longitudinales. d) Pinzamiento. e) Arrancamiento sementario. f) Denudación. g) Acodaduras. h) Retracción.

Las circunstancias que más permiten ocasionar estas lesiones son: 1) al pinzar el pedículo ovárico, 2) al ligar la uterina y 3) al peritonizar.

Trayendo como consecuencia estas agresiones la obstrucción o la oclusión ureteral, el vaciamiento inmediato de la orina hacia la herida o cavidad peritoneal y la fistulización secundaria.

En las intervenciones en las cuales se lesiona el uréter son: la histerectomía vaginal al intentar pinzar la uterina en el ligamento ancho. En el propapso genital. En las histerectomías siendo mayor su posibilidad en las ampliadas, menos en la total, infrecuentes en la sub-total.

Lógicamente las histerectomías hay mayores posibilidades de lesionarlos a los uréteres cuando las maniobras se ven dificultadas por grandes tumoraciones infiltrantes con procesos adherenciales y fibroplásticos que a más de fijarse y englobar a estos órganos los desplaza de su lugar anatómico habitual. También es cierto que hay lesiones ureterales involuntarias o voluntarias de necesidad y que ocurre en circunstancias diversas.

Aquellos enfermos que han recibido irradiación pre-operatoria por la esclerosis y cambios tróficos están predispuestos mucho más a la fistulización.

Denudaciones o traumatismos que pudieran haber sido tolerados por un uréter con su malla vascular íntegra, en estas circunstancias fistulizan con toda facilidad.

De las lesiones ocurridas en el acto operatorio no reconocidas en él mismo, se traducirán por: lesiones obstructivas u oclusivas urológicas, cuadro tóxico infeccioso, síntomas dolorosos y reflejos, con los signos de la extravasación urinaria ocasionando la ascitis urinaria, la colección retroperitoneal y las fistulas cutáneas y vaginales excepcionalmente por matriz.

A veces la pequeña fistula es de difícil diagnóstico por cuanto la micción no se perturba.

LESIONES DEL URETER EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA

La fistula ocasiona una pérdida continua y espontánea de la orina independiente de los esfuerzos; las unilaterales alternan la pérdida de orina con actos miccionales periódicos y aparece generalmente entre los 8 y 10 días.

La sintomatología radiológica facilita el diagnóstico, son imágenes orientadoras: 1º la constipación ureteral, 2º marcadas dilataciones ureterales y pielocaliciales, 3º estrecheces del uréter terminal, 4º disminución o ausencia de la función renal, 5º extravasación del contraste, 6º signos de uroperitoneo: a) aglutinación de asas, b) paquetes de exudados c) asas en escalera, d) ilio paralítico, 7º signo de rechazo visceral. Puede intentarse la fistulografía.

El estudio endoscópico suele también ser útil para constatar por cromocistoscopia la eyaculación ureteral como así también intentar el cateterismo.

En cuanto al tratamiento debemos repetir que se debe tratar su fistula como ya es clásico decirlo dirigiendo a ella su mirada pero pensando en el riñón, pues el desideratum del tratamiento es preservar la función renal y reintegrar a la enferma a sus actividades diarias, con un confort aceptable.

Nosotros hemos usado distintas técnicas quirúrgicas: en 3 casos la reparación por el procedimiento de Lichtenauer (descrito en 1904) llamada también de Albarrán o de Payne; 3 casos por la técnica de Boari uno de ellos al que hubo que hacerle, una nefrectomía secundaria; 2 por la técnica de Leadbetter y Politano, 1 caso por pielotomía bilateral de emergencia, 1 ureterolisis y 1 con sutura término terminal sobre cateter. En un caso que la enferma no aceptó intervención quirúrgica.

De nuestra serie de enfermos, 2 enfermos los perdimos, uno por acidosis, urémica, a los 6 meses y otra muerte por siembra tumoral. De los demás enfermos, 1 ha quedado con una pielonefritis recidivante, los otros viven bien con su riñón anatómica y funcionalmente bien.

Nuestra experiencia se acompaña en el cuadro adjunto con más detalle.

CASO N°	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Operación Ginecológica efectuada.-	Cistocela	Histerectomía total	Histerectomía total	Histerectomía total	Histerectomía simple	Histerectomía simple	Cistocela	Histerectomía con lig. falohectomía	Histerectomía.-	Histerectomía total	Histerectomía amplia.-	Histerectomía vaginal
Más a los que aparece la fistula.-	Fistula 12º día.-						Fistula 11º día	Fistula 26º día		Fistula 7º día	Se solucionó en el acto de la operación	Fistula 17º día.-
Sintomatología				Dolor	Dolor	Mucho dolor.	Sin dolor	Gran dolor	Dolor	Sin dolor		Dolor
Cuadro clínico	tóxico		tóxico	febril	tóxico	asintomático.-	asintomático.-	tóxico	asintomático.-	asintomático.-		asintomático.-
Cateterismo						Cateterismo imposible		Cateterismo der. e isq. imposible.	Cistoscopia			
Pielografía descomenta.-	Hidronefrosis isq.-		Hidronefrosis bilaterales	Hidronefrosis isq.-	Hidronefrosis isq.-	Hidronefrosis isq.-	Hidronefrosis isq.-	Hidronefrosis bilaterales	Hidronefrosis isq.-	Hidronefrosis isquier.		Hidronefrosis, obstrucción por coágulo de sangre.
Localización de la lesión.-	Ureterovaginal	Ureterovaginal	Ureterovaginal	Obstrucción	Flemon reabsorbido por coágulo de sangre.-	Oclusión por coágulo de sangre.-	Ureterovaginal	Flemon reabsorbido por coágulo de sangre.-	Obstrucción	Ureterovaginal	Infundibulo pélvico	Ureterovaginal.-
Lado de la lesión	Izquierdo	Izquierdo	Der. e isq.	Izquierdo	Izquierdo	Izquierdo	Izquierdo	der. e isq.	Izquierdo	Izquierdo	Izquierdo	Izquierdo
Intervención quirúrgica reparadora (técnica)	Payne	Boari	Isq. Boari der. ureterocauterizado.	No operada.-	Lead Betz	Lead Betz	Payne	Pielotomía bilateral	Ureterolisis	Boari	sutura término terminal sobre cateter.	Payne
Resultados	Riñón recuperado	Nefrectomía.-	Muerte por acidosis a los 6 meses	Hidronefrosis isq.	Riñón con pielonefritis recidivante recuperado	Riñón recuperado	Riñón recuperado	Muerte por siembra tumoral	Riñón recuperado	Riñón recuperado	Riñón recuperado	Riñón recuperado

BIBLIOGRAFIA

- Vargas Zalazar, Roberto - Fundamentos de Urología-Edición 1960-Chile. Pag. 87
 Mario G. - Traité D'Urologie-T. I Edición Masson 1928-París. Pag. 47.
 Prater, C. G.- Lesiones del uréter y su tratamiento -Cirugía Urológica A.I. Dodson. Edición Beta 1957. Pag. 446.
 Boeminghaus H. - Urología-Terapéutica Operatoria. Paz Montalvo 1958. Pag. 339
 Smith D.R. - Urología General - Edición Vazquez 1960. Pag. 177
 Crossen y Crossen, - Ginecología Operatoria. T.II. Edición Hispano Americana. Pag. 719.
 Pisani Mendez D. - Estudio y Tratamiento de las lesiones ureterales en la Cirugía on-

- cológica femenina. Revista Venezolana de Urología. Julio Diciembre 1965 - Vol. 7 N° 3 y 4.
- Coldefy J. M. - Brunet M. - L'uretere dans les affections ginecologiques. Encyclopedie Médico-Chirurgicale. (París) 18176 A. 10.
- Castaño E., Trabucco, Boggiano - Ruptura de Uréter en peritoneo por accidente quirúrgico en una embarazada primegesta. Revista Argentina de Urología - 1914-N° 7/8 Pag. 453.
- Trabucco A., Marquez y La Rosa.- Complicaciones ureterales en las intervenciones quirúrgicas Ginecológicas. Revista Argentina de Urología 1965 N° 9/12 - Pag.652.
- Saling H. - Fístulas Ureterovaginal y Estrechez ureteral. Boari. Revista Argentina de Urología 1963. N° 10/12 - Pag. 205.
- Irazu J. Sección Quirúrgica del uréter - Resultados de su reparación quirúrgica. Revista Argentina de Urología 1947 - N° 7 al 12. Pag. 430.
- Trabucco A.- Marquez y Siano- Fístula Renovaginal. Revista Argentina de Urología. 1956 N° 9/12. Pag. 193.
- Vicchi M. F. y Asbum Z. - Fístula urétero vaginal. Revista Argentina de Urología 1953 N° 1/3. Pag. 37.
- Rubi R. A. y Grimaldi.- Incontinencia completa de orina por fístula Vésico vaginal. Post. partum. Revista Argentina de Urología 1949 N° 7/12, Pag. 178.
- Cartelli N.- Fístula urétero cutánea- Intervención quirúrgica por embarazo Tubario roto. Revista Argentina de Urología 1944 N° 1/4 Pag. 61.
- Albertelli J. y otros - Sección Quirúrgica accidental de uréter. Revista Argentina de Urología 1953 N° 7/8 - Pag. 209.
- Firstater M. - Sección Quirúrgica Accidental del uréter. Revista Argentina de Urología 1954- N° 9/12.- Pag. 303.
- Gonzalez, Carlos Raúl - Fístulas Urétero vaginales post Wertheim-Revista Argentina de Urología 1959 N° 10/12 - Pag. 265.
- Carter, R. G. - Urétero Vaginal Fístula. The Journal of Urology - 1954 N° 2. Pag.200.
- Niles Wishard J. R. - Surgical Injuries of the ureter and bladder. The Journal of Urology 1955 N° 6.- Pag. 1009.
- Martín, E. C.- Ureteral Injuries in Gynecologic Surgery-The Journal of Urology 1953 N° 1 - Pag. 51.
- Conger K. - Uretero Plasty by the bladder flap technique.- The Journal of Urology 1955 N° 4 - Pag. 485.
- Aschner P. - Accidental Injury to ureters and bladder inpelvio surgery.- The Journal of Urology 1953 N° 6 - Pag. 774.
- Burns R. A.- Reconstruction of the Lower ureters by a tube made from bladder flaps-The Journal of Urology 1955 N° 3 - Pag. 348.
- Forgue, Emile- Fistules de L'uretere-Encyclopédie Francaise D'Urologie-E 1914 Tomo III - Pag. 715.
- Richardson E. J. - ileal hoop in Ureteral Injuries-The Journal of Urology - 1958 - Vol-80 N° 1 - Pag. 17.
- Lipshutz, Harold-Ureterl Injuries During Abdomil Pelvio Surgery - The Journal 1959, Vol. 81 N° 6 - Pag. 728.
- Ten Cate, Emmett and Pratt, Unusual uretero vaginal fistula, Report of case. The Journal of Urology. 1962 Vol. 88 N° 4 - Pag. 477.
- Sanadizadah and Mc. Cague, Repair of Lower Ureteral Injuries Using Bladder Flap. The Journal of Urology 1967, Vol. 98 N° 1.
- Cibert J., Revol M.- Les Lesions traumatiques de l'uretere. Masson 1959.
- Petkovic S.- Sur une statistique de 130 cas. de plaies ureterales apres operations gynecologiques-Journal D'Urologie et Nefrologie Paris Tomo 71 N° 1 y 2 Janvier Fevrier 1965 - Pag. 17.

RAZONES...

... para considerar

FURADANTINA en el tratamiento de la ***Cistitis***

*furadantina mata las bacterias:
en la orina, tejidos de la vejiga y
tejido renal.*

ADEMAS:

*furadantina es segura
en E.Coli- pseudomonas - proteus
estafilo - estrepto -*

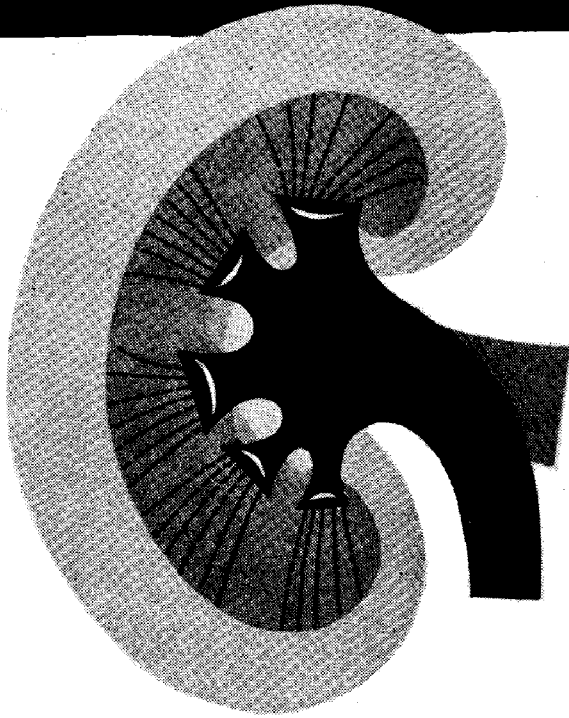
*furadantina es activa en los 3
grados de CISTITIS : orina infecta-
da - mucosa inflamada e infecta-
da - submucosa infectada.*



NORWICH EATON ARGENTINA S.A.I.C.
Recuerdos de Provincia 4572 Buenos Aires

Con licencia de
EATON LABORATORIES
División de The Norwich Pharmacal Co.
Norwich - New York - U.S.A.

RENOLITOL



ANTILITIASICO RENAL
ANTIESPASMODICO
DIURETICO

GOTAS - PERLAS - SOLUCION al 15



QUIMICA ARISTON S. A.
O'CONNOR 555/59 - RAMOS MEJA
Pcia. de BUENOS AIRES - ARGENTINA