

PATOLOGIA URINARIA POST-QUIRURGICA EN LA MUJER

Dr. JUAN CARLOS IRAZU

La íntima relación de los órganos genitales femeninos con el aparato urinario inferior hace pasible a éste de sufrir lesiones durante las intervenciones toco-ginecológicas. La importancia de éstas varía desde la simple ectasia, hasta la producción de uronefrosis o fistulas.

Si bien la histerectomía por vía abdominal es la operación que causa el más alto porcentaje de lesiones, el uso cada vez más frecuente de la vía vaginal le sigue en importancia. Otras operaciones como las de tipo plástico, escisión de un cuello uterino residual o divertículos uretrales, pueden ser causa de patología urinaria.

La incidencia de estas lesiones en la cirugía por cáncer uterino es relativamente alta, aunque la frecuencia de estas operaciones no es muy elevada.

El tiempo que transcurre desde la intervención quirúrgica hasta la salida de orina nos indicará el tipo de agresión que la ocasionó. Cuando la herida o sección es ignorada, la pérdida será inmediata; cuando aparece a la semana, en general será la consecuencia de una ligadura que pasó inadvertida y cuando la orina aparece a las dos semanas, tendrá como origen la necrosis por una ligadura parcial o la presencia de un hematoma.

Es decir que a las fistulas quirúrgicas se le reconocen tres etiologías: a) por trauma directo; b) por presión y necrosis y c) por necrosis avascular, o por la combinación de los tres factores.

Las de causa obstétrica, han disminuido en la medida que los cuidados del parto se han generalizado evitando así los largos periodos de compresión de la cabeza fetal. Otro de los factores de menor incidencia es el abandono del uso de fórceps en los planos superiores. La cesárea cuando se hace en forma repetida o se complica, puede ser causa de lesiones urinarias.

Las fistulas por cirugía de cáncer han disminuido gracias al diagnóstico y tratamiento precoz que evita las intervenciones ampliadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las historias clínicas del Servicio de Urología del Hospital José M. Penna y de la clínica privada en el período 1966 a 1970, hallándose 22 enfermas con distintas patologías producidas como complicación de la cirugía toco-ginecológica.

Se consigna el tipo de agresión del aparato urinario, el tratamiento efectuado y los resultados.

Como complicación de 10 histerectomías por vía abdominal se encontraron: 1 fistula vesico-vaginal, 2 ligaduras parciales de uréter, 1 pseudo-divertículo vesical por Boari fallido.

En 3 enfermas que fueron sometidas a operaciones plásticas por cisto y rectocele se comprobaron: 1 fistula uretero-vaginal, 1 retención completa de orina por obstrucción del cuello vesical y 1 oblitio vesical (gasa).

En 2 casos de embarazo extrauterino roto, se encontró en uno de ellos que presentaba cólicos renales intensos e infección urinaria, la tracción por una ligadura de la trompa, el ileon, el ciego, los vasos uteroováricos y el

uréter y en el otro una fístula ureteral parcial con pérdida de orina por la herida operatoria.

Dos pacientes operadas por cesárea segmentaria presentaron una fístula vesico-vaginal y una fístula vesico-uterina respectivamente.

Una fístula uretero-vaginal se produjo como consecuencia de la ligadura del uréter en una enferma portadora de un piosalpinx.

Una paciente a la que se le practicó una salpinguectomía, presentaba dolores de tipo cólico renal derecho, fiebre, mal estado general y una fístula entero-cutánea.

Una vulvectomy por leucoplasia generó desviación por tracción de la uretra con intensa disuria.

Una fístula uretro-vaginal se produjo como consecuencia de la resección de un divertículo de uretra.

Pacientes	Lesiones ureterales	Lesiones vesicales	Lesiones uretrales
22	13	7	2

Figura 1: Lesiones urinarias de 22 pacientes operadas.

TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Las 8 fistulas uretero-vaginales fueron tratadas por reimplante ureteral; en 6 casos con técnica de Politano-Leadbetter y en 2 por técnica de Boari, debido a lo alto de la lesión ureteral. En 3 de estas pacientes fue necesario practicar una ureterostomía intubada in-situ como paso previo a la plástica, dada la infección del riñón, de la herida operatoria y a la dilatación ureteral y mal estado general de la enferma. (Fotos 1, 2 y 3).

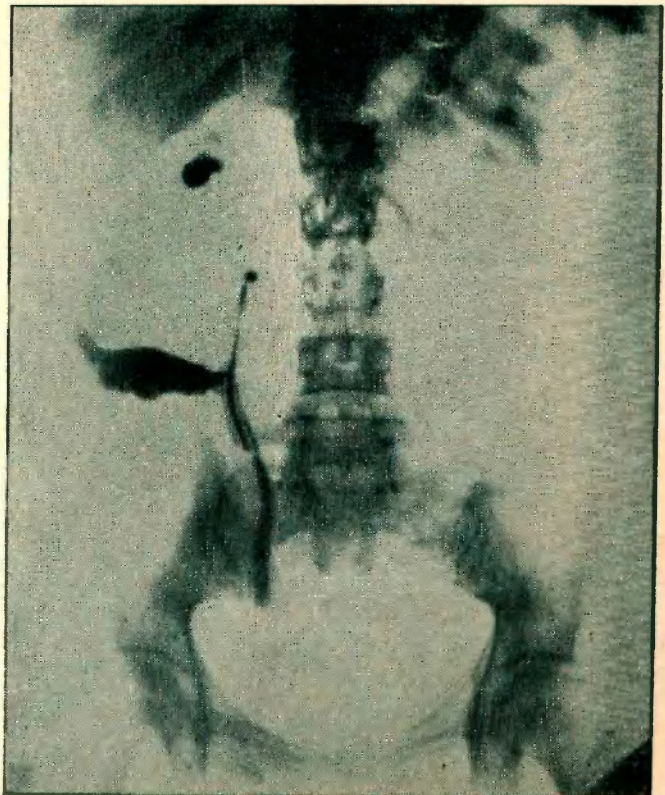


Foto 1: Ureterostomía intubada insitu.

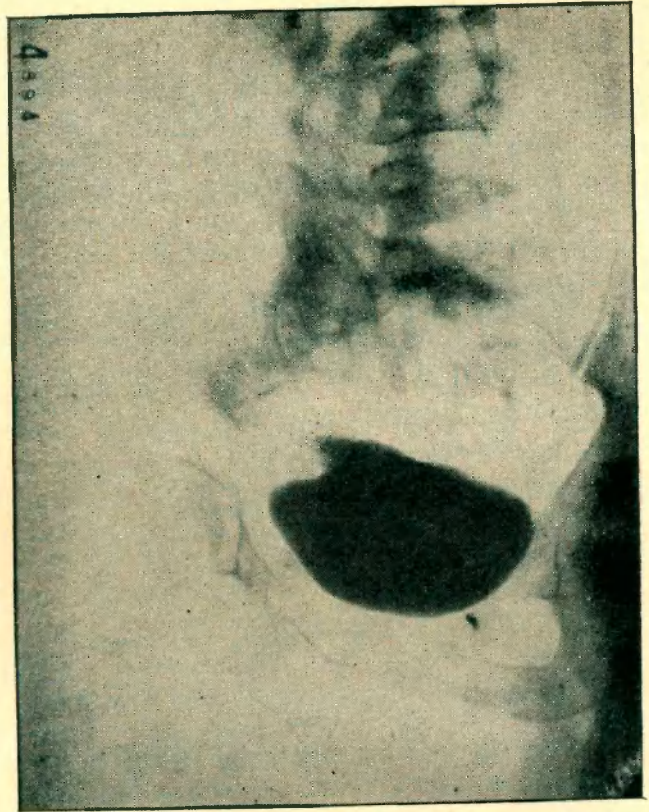


Foto 2: Cistografía post-operatoria de la misma paciente en la que no se observa reflujo ureteral.

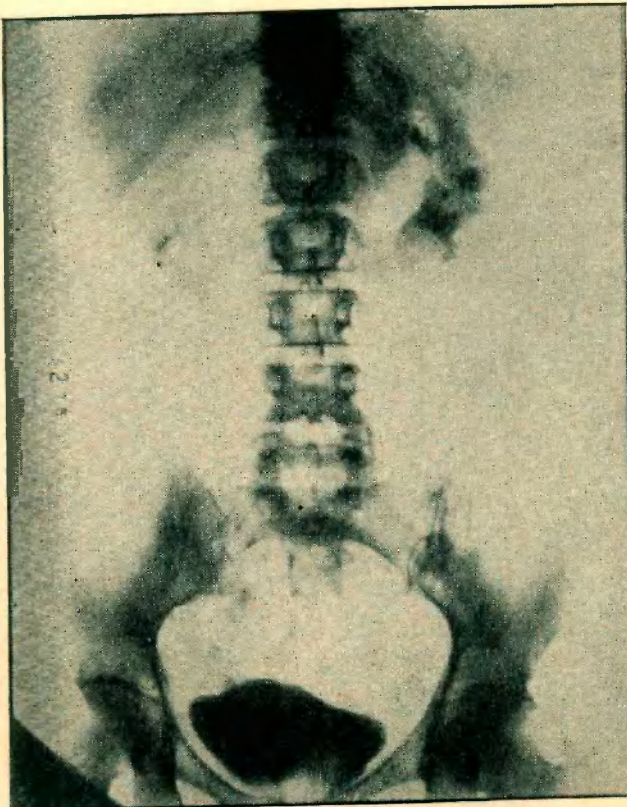


Foto 3: Urograma post-operatorio del mismo caso.

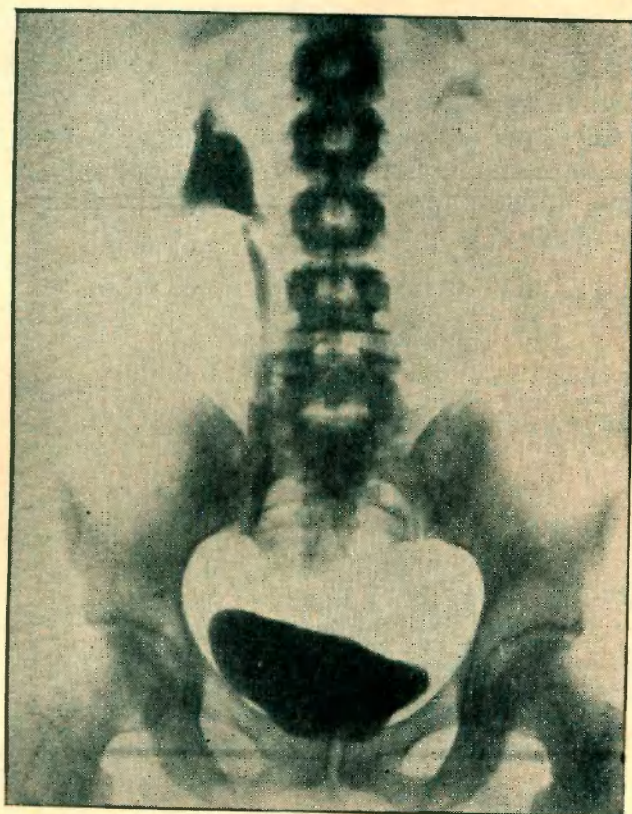


Foto 4: Urograma por goteo en una enferma portadora de una ligadura parcial del uréter.

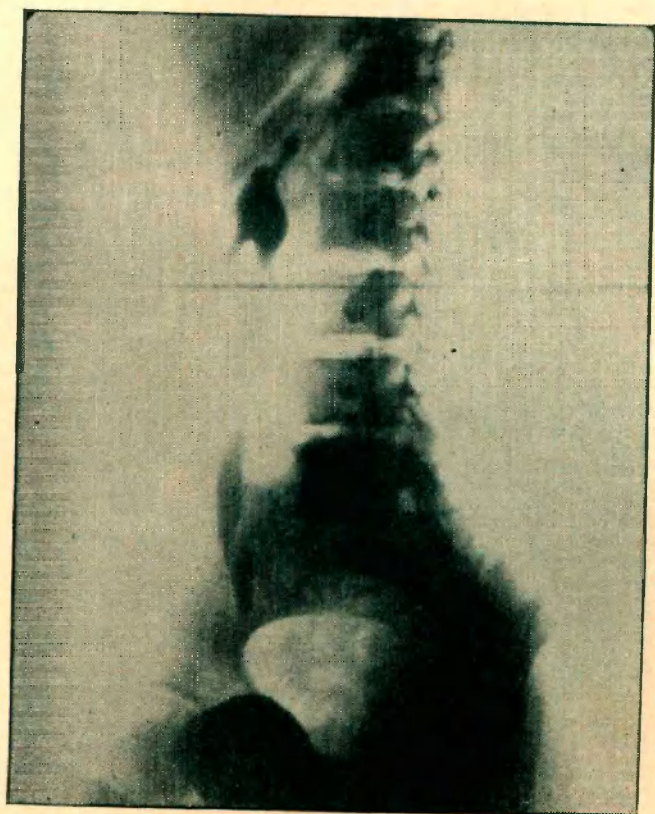


Foto 5: La misma paciente en una incidencia oblicua.

El cateterismo ureteral a permanencia en una fístula ureteral parcial fue suficiente para su curación.

Tres casos de ligadura ureteral parcial fueron solucionados por simple sección de la misma. (Fotos 4 y 5).

En la paciente en que se había practicado una salpinguectomía, con ligadura parcial del uréter, solo se llegó a hacer una ureterostomía intubada in-situ ya que falleció por causas intercurrentes habiendo mejorado su sintomatología renal.

DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		RESULTADOS
Fistulas uretero-vaginales	8	Reimplante		Bueno
		Politane-Leadbetter	6	Bueno
		Boari	2	
Fistula uretero-cutánea	1	Cateterismo		Bueno
Ligaduras parciales	4	Ureterolisis	3	Bueno
		Ureterostomía intubada in-situ	1	

Figura 2: Tratamiento y resultados de 13 lesiones ureterales.

Tres fistulas vesico-vaginales y una vesico-uterina fueron tratadas por resección y cierre, practicados como mínimo dos meses después de la lesión. (Fotos 6 y 7).

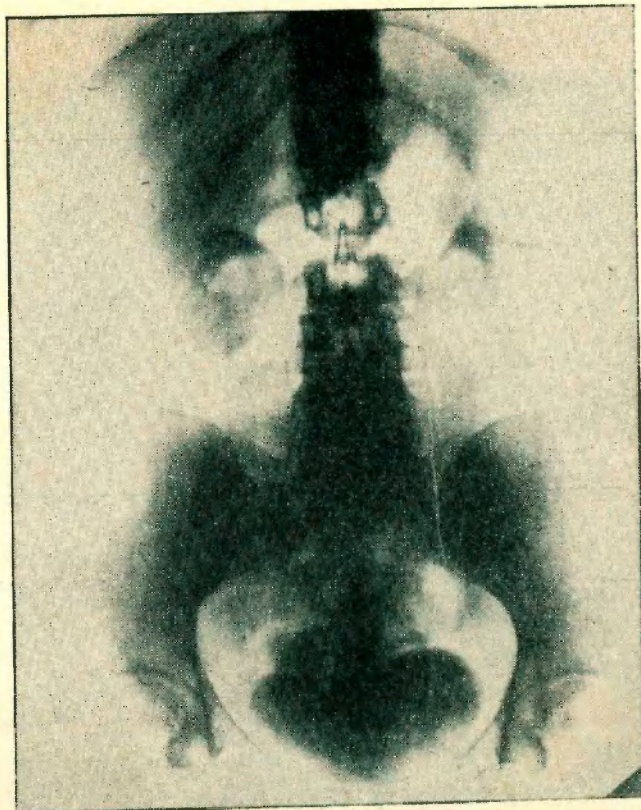


Foto 6: Urográfico practicado a una paciente portadora de una fístula vesico-vaginal donde se observa una vaginografía por pasaje del contraste a través del orificio fistuloso.

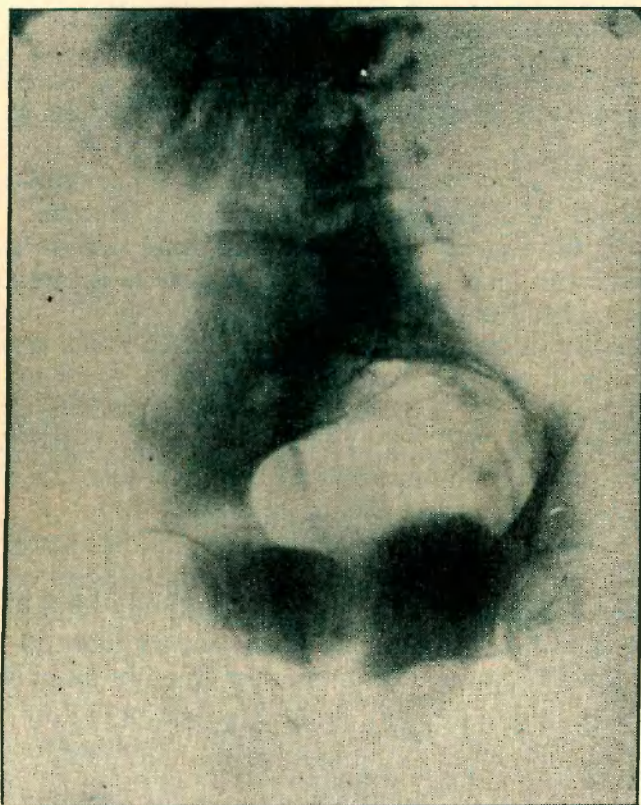


foto 1: La misma enferma en incidencia oblicua.

La enferma portadora de infección vesical rebelde a todo tratamiento por tener un pseudo-divertículo vesical, ocasionado por un Boari fallido y posterior nefrectomía siete años antes, curó después de practicarle una cistectomía parcial.

La gasa endovesical fue extraída por vía endoscópica, sin poder demostrarse el orificio de pasaje.

En la paciente con retención aguda de orina por cistopexia, la recuperación se produjo después de dos meses de sonda vesical.

DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO	RESULTADOS
Fistulas vesico-vaginales	3	Cierre	Bueno
Fistula vesico-uterina	1	Cierre	Bueno
Pseudo-divertículo	1	Resección	Bueno
Oblito	1	Extracción	Bueno
Obstrucción vesical	1	Sonda permanente	Bueno

Figura 3: Tratamiento y resultados de 7 lesiones vesicales.

El caso de la retracción cicatrizal de la uretra se solucionó por liberación de la misma de la cara posterior del pubis, obteniéndose una mejoría de la disuria.

La fístula uretro-vaginal por diverticulectomía, sin incontinencia, aún permanece sin solución quirúrgica.

DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO	RESULTADOS
Retracción cicatrizal de uretra	1	Plástica	Regular
Fistula uretro-vaginal	1	Sin trat.	—

Figura 4: Tratamiento y resultados de dos lesiones uretrales.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Dada la posibilidad de lesiones del aparato urinario inferior en la cirugía toco-ginecológica es recomendable la práctica del urograma previo y posterior al acto quirúrgico.

La concomitancia de dolor lumbar y fiebre en el post-operatorio inmediato hará pensar en la posibilidad de obstrucción ureteral.

El diagnóstico de certeza de la fistula se hará por la pérdida de orina por la herida operatoria, por la vagina o la presencia de menuria, como en el caso de la fistula vesico-uterina.

Consideramos la ureterostomía intubada in-situ como una buena derivación urinaria ya que el tiempo necesario para la recuperación renouretal de la paciente no es muy largo. Cuando ha sido necesario dejarla por más de tres semanas hemos podido realizar el cambio del catéter por otro más delgado sin inconvenientes. Hemos abandonado el uso del tubo de Kerr, prefiriendo un simple tubo plástico que deja menos secuelas.

En el caso de fistulas vesico-vaginales o vesico-uterinas post-parto donde pudo haber existido isquemia tisular, será necesario esperar un período mayor de dos meses para intentar su cierre, aunque algunos autores preconizan de 3 a 6 meses. En realidad, el momento oportuno lo marcará la recuperación de los tejidos, la estabilización de las lesiones y en lo posible la ausencia de infección urinaria.

RESUMEN

Se presentan 22 casos de lesiones del aparato urinario como consecuencia de distintas patologías post-quirúrgicas de origen toco-ginecológico. Se analizan las causas, el tratamiento efectuado y los resultados.

(O. Ministerial del 26-VII-67)
Director: Prof. A. PUIGVERT

INSTITUTO DE UROLOGIA
FUNDACION PUIGVERT
HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

CARTAGENA, 340-350
TELEFONOS 235-0300, 236-0300
BARCELONA 13 (ESPAÑA)

PROGRAMA PRELIMINAR

- XXXV CURSO MONOGRAFICO DE UROLOGIA, sobre
"ACTUALIZACION DE EXPLORACIONES UROLOGICAS"
- X CURSO DE NEFROLOGIA
- I CURSO INTERNACIONAL DE UROLOGIA PEDIATRICA.

Actividades dirigidas por el Prof. A. Puigvert con la colaboración extraordinaria de los doctores:

- J. Bruèziere (París)
- L. Callís (Barcelona)
- F. Corrado (Bologna)
- A. Doménech (Barcelona)
- D. Grasset (Montpellier)
- H. Marberger (Innsbruck)
- C. Martínez (Miami)
- S. Pérez-Modrego (Madrid)
- L. Revert (Barcelona)

y la participación del Cuerpo Facultativo de la Escuela.

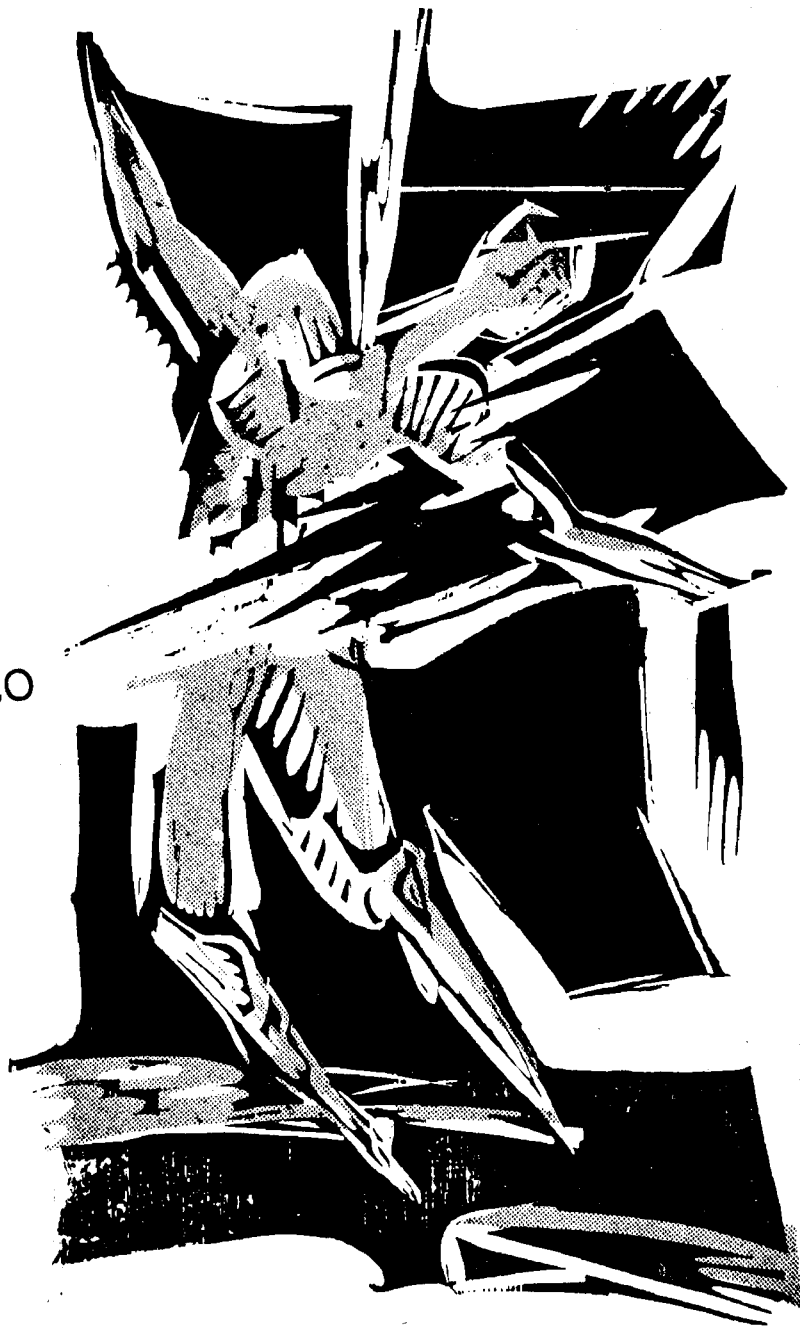
El Curso se desarrollará en el INSTITUTO DE UROLOGIA - FUNDACION PUIGVERT (Calle Cartagena, 340-350), del

10 AL 15 DE MAYO DE 1971

Para mayor información, dirigirse a la Secretaría General del INSTITUTO DE UROLOGIA - FUNDACION PUIGVERT, Apartado de Correos núm. 24.005, BARCELONA.

NERO 40

COLICO RENAL
COLICO HEPATICO



Alfredo de Vincenzo

es una original medicación relajante-analgésica
selectiva de las fibras lisas de las **vías urinarias y biliares**

FORMULA:

Cada ampolla contiene: Floroglucinol, 40 mg; 1,3,5
Trimetoxibenceno, 40 mcg; Excipiente, c. s. p. 3 cm³.

PRESENTACION:

Nero 40 se presenta en envases de 3 ampollas.

Otras presentaciones de Nero:

Nero inyectable: envases de 6 ampollas.

Nero comprimidos: envases de 30 comprimidos.

ELEA

LABORATORIO ENDOCRINICO ARGENTINO S.R.L.
SALADILLO 2468
BUENOS AIRES

furadantina MC

permanentemente

colaborando

con la

urología

argentina



NORWICH EATON ARGENTINA