

*Mejoría leve:* Aquellos casos de escasa regresión y evolución prolongada, que se debió apelar a otra terapéutica.

*Fracaso:* Pacientes con resistencia a la Nitrofurantoína, sin ninguna mejoría y a los que se les debió suspender la misma.

*Indeterminados:* Aquellos casos que no se pudo valorar por no haber mantenido el tratamiento.

Curados .....	21 casos
Mejoría marcada .....	9 casos
Mejoría moderada .....	5 casos
Mejoría leve .....	2 casos
Fracaso .....	3 casos
Indeterminados .....	2 casos

Resumiendo, obtenemos un resultado satisfactorio en 35 casos (81 %). Resultados pobres, en 5 casos (12 %) y resultados malos en 3 (7 %).

*Conclusiones:* Se presenta el estudio con Nitrofurantoína Macro cristales, efectuado en 42 pacientes, con infección urinaria, en el Servicio de Urología del Hospital de Vicente López y efectuándose los exámenes bacteriológicos en el Laboratorio del Profesor Casimiro Rechnevsky.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN LESIONES URETERALES POST OPERACIONES GINECOLOGICAS

Por los Dres. OSCAR PODSKUBKA, LUIS GUILLERMO RUBATTO, y  
EDUARDO MORERA

Queremos aportar nuestra pequeña experiencia en las lesiones ureterales provocadas por operaciones ginecológicas.

Las estadísticas de los diferentes autores concuerda en que en operaciones por procesos benignos, las lesiones ureterales son del 2 al 3 % y del 10 al 13 % en operaciones de cirugía pelviana extensa. Pese a los recaudos y medidas preventivas que se toman, sigue siendo éste un problema desagradable, tanto para el cirujano como para la enferma.

Las lesiones más comunes son:

1. Ligadura inadvertida del uréter.
2. Angulación del uréter.
3. Aplastamiento parcial o completo del uréter.
4. Trastorno del riego sanguíneo.
5. Sección parcial o completa del uréter.
6. Trastornos de la función (despegamiento de la vaina periureteral).

Los sitios que entrañan peligro son:

1. Base del ligamento infundibulopélvico o suspensorio del ovario (donde los vasos ováricos y los uréteres cruzan las arterias ilíacas primitivas).
2. Capa medial del ligamento ancho (adherido al uréter, que recibe una rama de la ilíaca interna).

3. Túneles debajo de las arterias uterinas por debajo de las cuales pasan los uréteres.

4. Sitio de entrada de los uréteres a vejiga.

El éxito máximo en la reparación de los traumatismos ureterales se logra por el diagnóstico y tratamiento inmediato intraoperatorio. La menor sospecha de lesión exige la exploración adecuada del uréter.

Alguien dijo "el pecado venial es lesionar el uréter y el pecado mortal es no advertirlo".

Confirmada la lesión ureteral, dentro de las 48 horas y si el estado de la enferma lo permite, debe reintervenirse en ese momento. Pasado ese lapso, creemos como muchos autores que debe reintervenirse entre los 15 y los 30 días, de acuerdo con la lesión y el estado general de la paciente.

En los casos de neoplasias o que hayan sido irradiados, debe esperarse mucho más tiempo, el que puede variar entre 2 a 6 meses.

En nuestra presentación nos referiremos a 4 casos de lesiones ureterales post histerectomías totales, con abordaje abdominal.

*Primer caso:* R. P., 47 años, operada en julio de 1966. Durante la histerectomía, el ginecólogo comprueba la sección parcial del uréter por donde fluye la orina, nos llama en consulta de urgencia. Se realiza la sutura del uréter con 2 puntos separados de cátgut simple 0000, tomando únicamente la adventicia; se deja drenaje por contraabertura en flanco derecho y se peritoniza con cuidado la zona.

*Resultado:* satisfactorio.

*Segundo caso:* A. de D., 41 años, operada en mayo de 1968. Se le efectúa una histerectomía total por mioma uterino. A los 4 días, ligero dolorimiento en región lumbar derecha, que se atribuye a trastornos intestinales y que cede a los 3 días. A los 14 días, comienza con pérdida continua de orina por vagina, con micciones normales. Se le efectúa urograma excretor, donde se observa el muy débil contraste del riñón derecho y el riñón izquierdo normal. Se intenta cateterizar el uréter lesionado, consiguiendo pasar 1 cm únicamente. Se reinterviene a los 18 días, con diagnóstico de fistula ureterovaginal, comprobándose la ligadura del uréter a 1 cm del meato ureteral y su consiguiente fistula. Se reseca el uréter en 2 cm y se efectúa reimplante del uréter en vejiga con técnica de Leadbetter-Politano, con catéter tutor que se dejó durante 4 días. Cierre total de vejiga.

*Resultado:* Muy bueno.

*Tercer caso:* S. de K., 37 años, operada en marzo de 1969: Histerectomía total por fibromatosis. Al segundo día de operada siente dolorimiento en zona lumbar izquierda, que cede con antiespasmódicos comunes al día siguiente. Al 10º día comienza con fiebre y dolor lumbar izquierdo nuevamente, que irradia a región inguinal, que no cede al tratamiento de antibióticos a altas dosis ni analgésicos. Cuatro días después comienza con pérdida de orina por vagina de fuerte olor, cediendo el cuadro doloroso y febril. Se le efectúa urograma excretor con riñón mudo del lado izquierdo y derecho normal. Se efectúa cateterismo ureteral negativo. Se mejora el cuadro general y se reinterviene a los 28 días de operada, comprobándose estrechez total del uréter dentro de un magma fibroso a 2 cm del meato. Se reseca el segmento enfermo y se reimplanta el uréter con técnica de Leadbetter-Politano, con catéter tutor que se saca a los 6 días.

*Resultado:* Bueno.

*Cuarto caso:* M. de C., 39 años, operada en septiembre de 1970: Histerectomía total por miomatosis. A las pocas horas de operada comienza con un