

## REPARACION DE DOBLE LESION UROLOGICA

### POST - CIRUGIA GINECOLOGICA

Dres. José NOLAZCO  
 Roberto QUINTANA  
 Mario SCEVOLA  
 Pablo MINGOTE

---

#### Introducción

Son innumerables los casos de iatrogenia que se presentan durante las intervenciones tocoginecológicas, pero reducidas por lo general a lesiones de los uréteres o de la vejiga individualmente, siendo infrecuente la doble patología urológica ureteral y vesical, que es el tema de nuestra presentación.

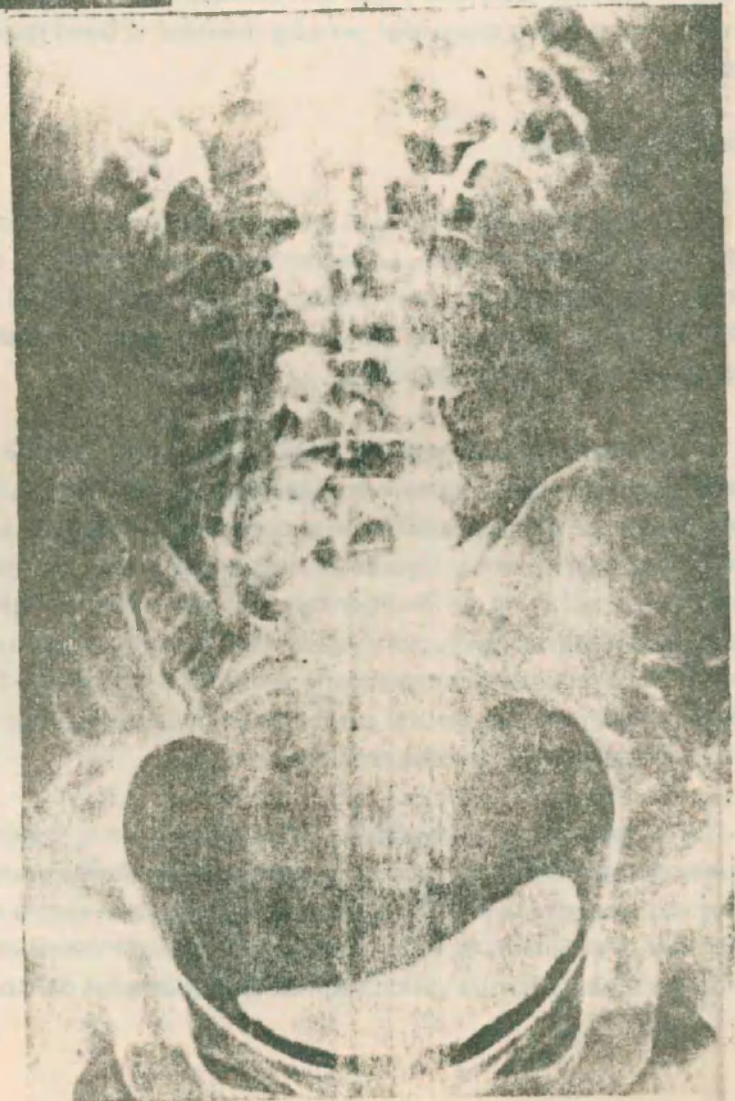
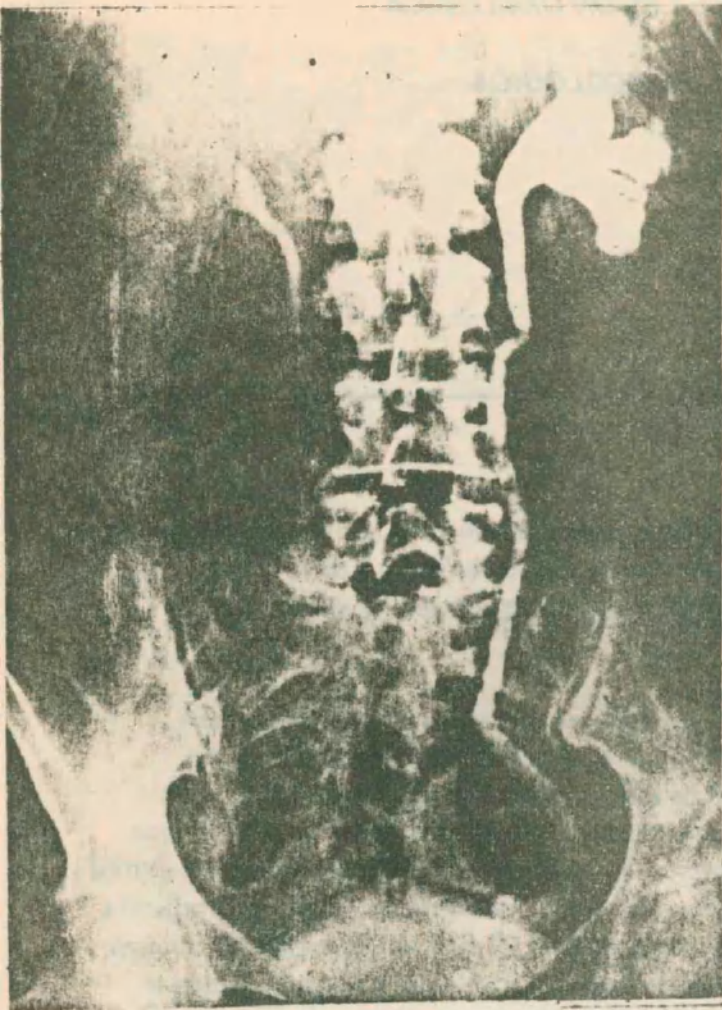
Los síntomas de estas lesiones son similares, siendo el fundamental la incontinencia permanente e incontrolada de la orina poco tiempo después de la intervención original o primitiva. Pero en ciertas ocasiones y aún antes de esta expresión sintomática se presentan cuadros clínicos de abdomen agudo o estado séptico, cuya etiología es difícil precisar, y que pueden empeorar el pronóstico de estos pacientes, y enmascarar su evolución. Nunca dejaremos de hacer hincapié en la necesidad de postergar durante tres a cuatro meses, luego de producida la lesión, la solución quirúrgica de estas secuelas iatrogénicas; tal cual nos ha enseñado nuestra experiencia en el Servicio, y que con tanto énfasis insistiera el Prof. Surra Canard, ya que al enfriarse el proceso cicatricial permite dableé el buen resultado estadístico de esta cirugía reparadora.

#### Material y método

La sra. N.B., de 46 años al momento de su registro en el servicio de Urología del Hospital Municipal Cosme Argerich. La paciente fue intervenida en agosto de 1973 por fibroma uterino ístmico de gran tamaño, realizándosele histerectomía total por vía abdominal. Los estudios preoperatorios, incluyendo urograma excretor, eran normales, mostrando únicamente la compresión extrínseca de vejiga.

Al cuarto día de postoperatorio, y 48 horas luego de supresión de sonda uretral, presenta pérdida de orina por vagina, a lo que agrega shock séptico. Es reintervenida al noveno día ante presunción de absceso subfrénico y cuadro peritoneal. Se sonstató lesión de pared posterior de vejiga extraperitoneal y líquido citrino en peritoneo. Se realizó reparación de herida vesical, amplio drenaje de la cavidad peritoneal y gastrostomía. Luego del reagravamiento del estado séptico, la enferma evolucionó satisfactoriamente con el tratamiento instituido. En la tercera semana del segundo postoperatorio presentó septicemia a *Cándida Albicans* y neumopatía base derecha con derrame pleural paraneumónico. Ambas complicaciones también se resolvieron favorablemente con tratamiento médico.

La enferma es derivada a nuestro Servicio en el segundo mes postoperatorio. Concorre presentando pérdida de orina por vagina y gran desmejoramiento del estado general. Urograma excretor muestra uterohidronefrosis izquierda, con stop a nivel del uréter pelviano pudiéndose apreciar el detalle de la vejiga y de la vagina conteniendo orina con placas, pre y postmicciones evidenciando la fístula vésico vaginal. Los exámenes de laboratorio demostraban normalidad



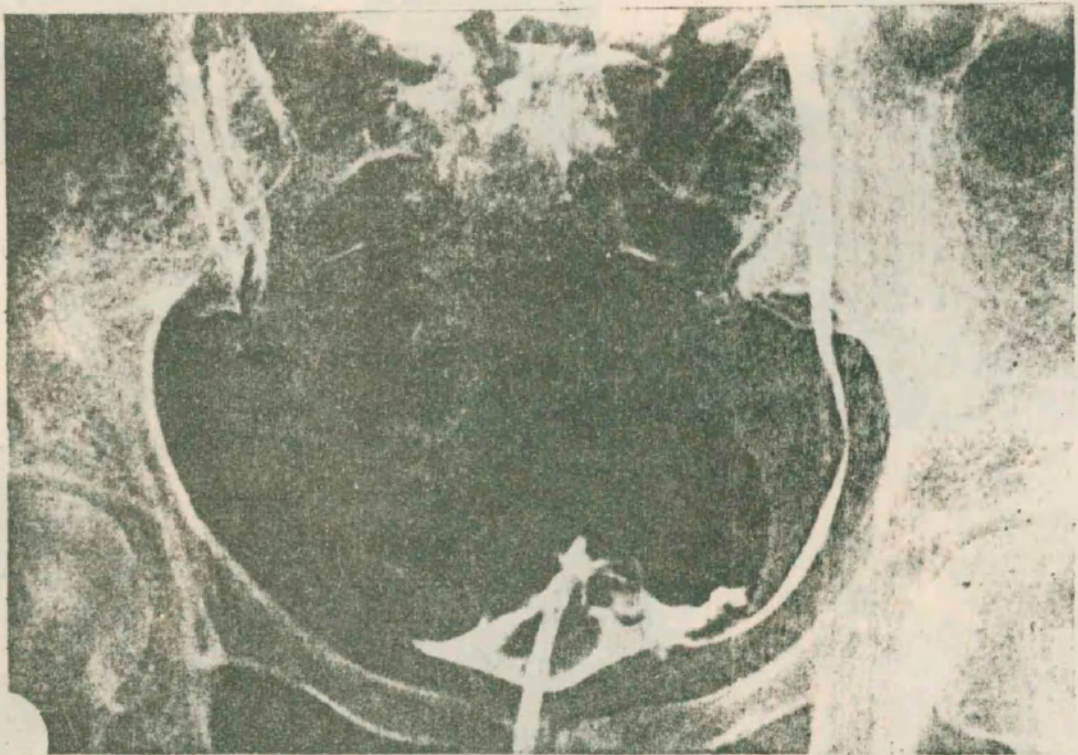




humoral con buena función del riñón derecho. El examen citoscópico confirmó la existencia de fístula véscovaginal; el intento de cateterismo ureteral izquierdo progresó hasta cuatro centímetros del meato ureteral, ratificando el obstáculo observado en el urograma. La fístula asentaba en cara posterior de vejiga y su tamaño era de 3 x 2 cm.

A la décimocuarta semana de la operación primitiva se efectuó pielostomía de derivación y tres semanas después se intervino por vía abdominal extraperitoneal realizándose liberación del uréter izquierdo hasta cuatro centímetros de vejiga, donde se encontraba el proceso oclusivo, seccionándose y reimplantándolo según técnica de Leadbetter-Politano, con catéter ureteral que se exteriorizó por orificio uretral. En el mismo acto operatorio se procedió a resección de fístula véscovaginal y cierre en dos planos de vejiga y vagina. Se dejó citostomía suprapúbica, la que se retiró junto con el catéter ureteral, al décimo día postoperatorio.

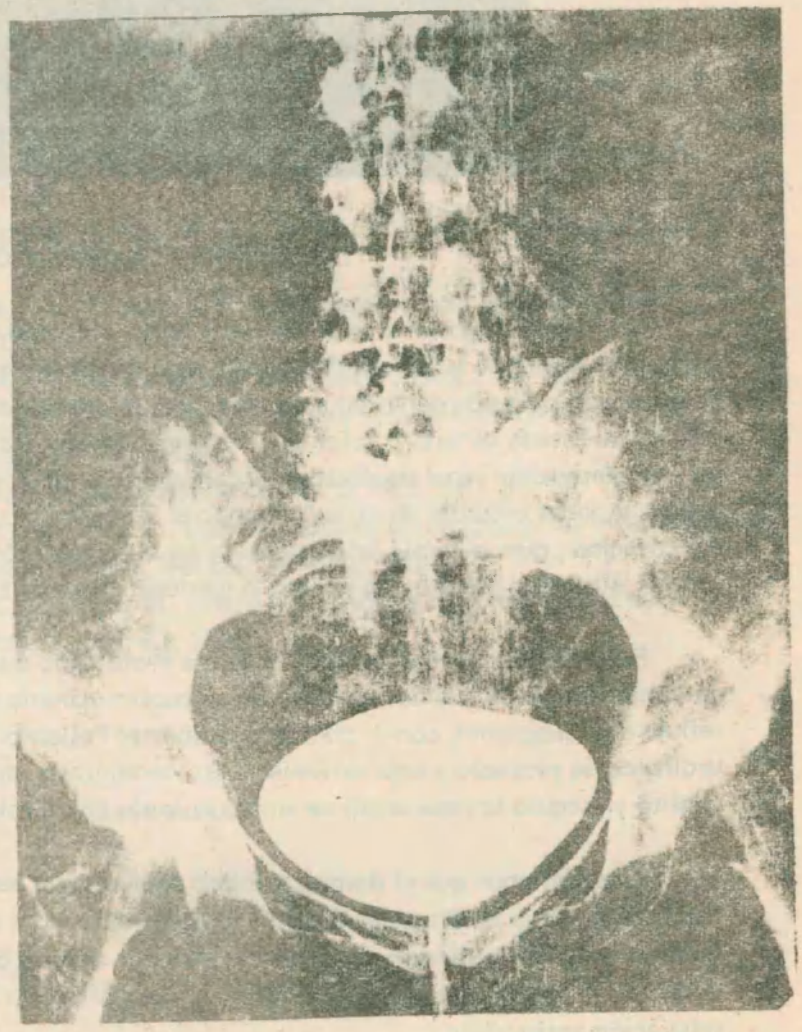
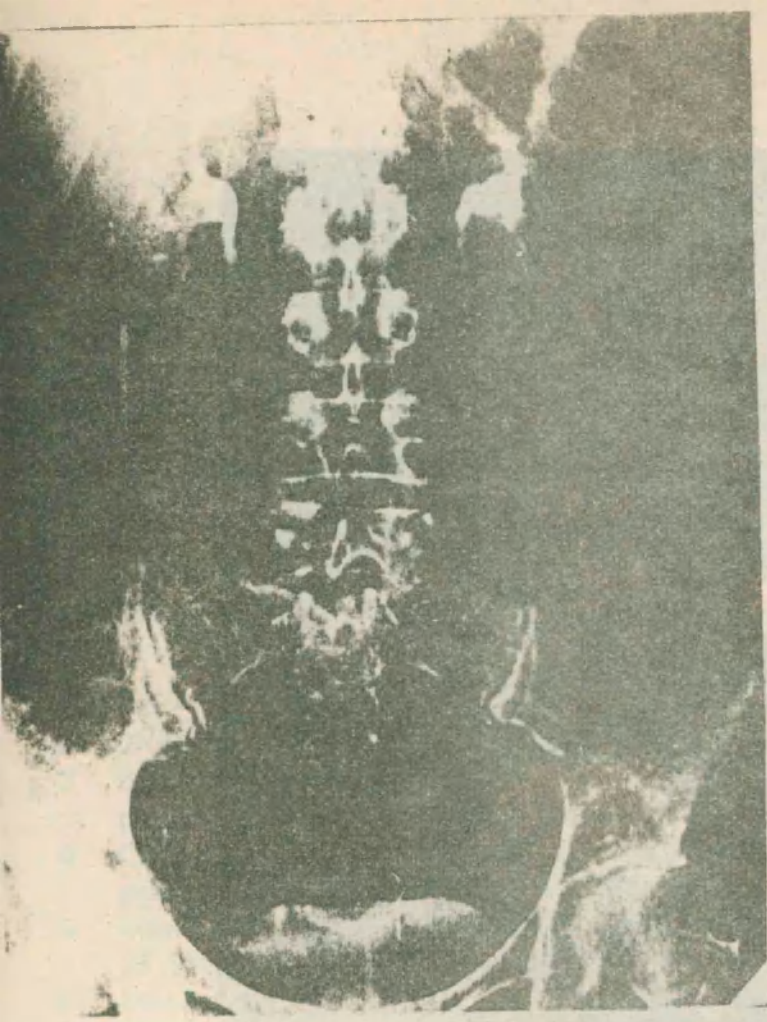
Al vigésimo día, pielografía descendente por pielostomía, mostró buen resultado del reimplan



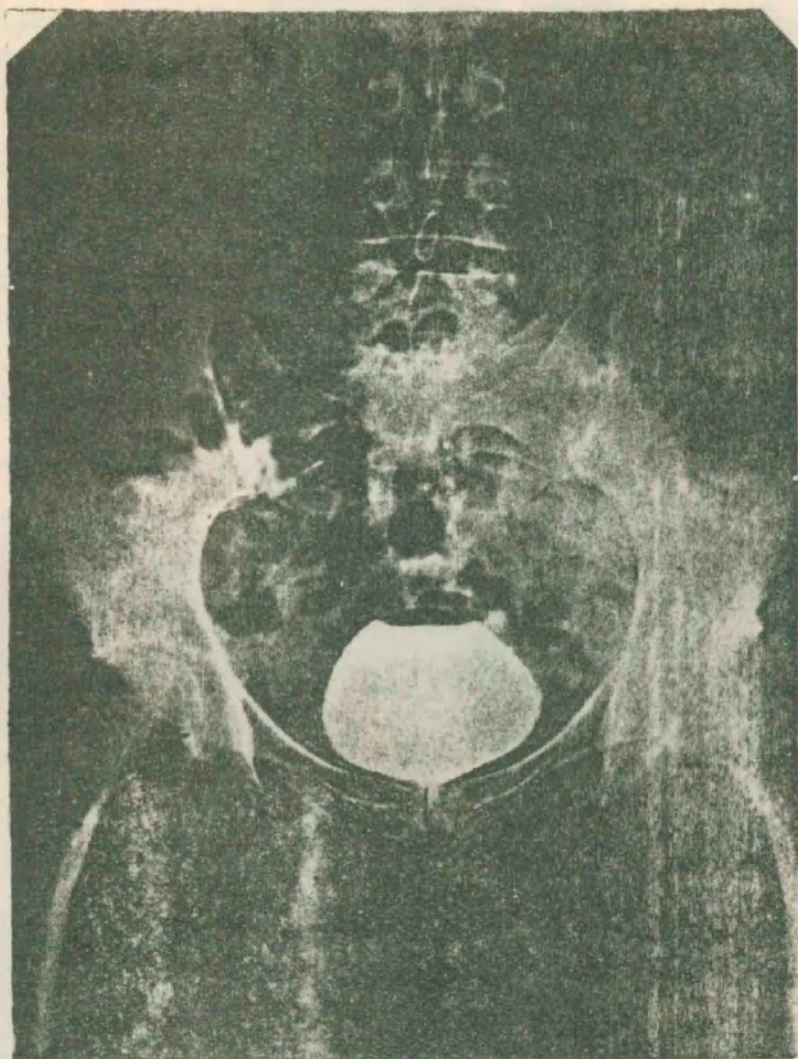
posterior al cual se quitaron pielostomía y sonda uretral. La enferma presenta desde ese momento micciones espontáneas y normales, sin pérdida de orina, cerrando la fístula urinaria alta en 48 horas.

El control alejado por urograma excretor demuestra la restitución "ad integrum" anatómica y funcional del árbol urinario; como así también se evidencia en las cistografías de repleción y miccional la inexistencia de reflujo véscoureteral.









### DISCUSION Y CONCLUSIONES

La enferma ingresó en nuestro Servicio en muy mal estado general luego de un cuadro de sepsis muy grave, de larga duración y que puso varias veces su vida en peligro, todo ello acompaña de un estado psíquico deplorable; en una palabra, una enferma vencida, razón por la cual se decidió mejorar su estado general y psíquico, prolongándose en un mes la decisión quirúrgica, y comenzar por una derivación renal (pielostomía) con el fin de asegurar el buen pronóstico de la reparación futura, y poder efectuar en un solo tiempo el reimplante ureteral y la corrección de la fístula vésicovaginal, que ya había sido intentada en la primera reintervención efectuada por un cirujano general, situación esta que en nuestra experiencia no habíamos tenido hasta el momento.

Procediendo de esta forma la enferma evolucionó muy favorablemente cerrando su fístula, con una restitución a la normalidad de su aparato urinario alto y con normal funcionamiento, sin reflujo del reimplante, con el método Leadbetter-Politano. En consecuencia ante una doble patología urológica, se procedió a una derivación alta temporaria, de la orina del riñón afectado, lo que facilitó y aseguró la reparación de ambas lesiones en un solo tiempo.

Consideramos que el tiempo mínimo para encarar este tipo de cirugía reparadora es de tres meses luego de la lesión original, demostrando este caso y nuestra experiencia previa la inseguridad de la curación procediendo de manera precoz. La técnica de reimplante a lo Leadbetter-Politano demostró la reparación fisiológica ureteral, y confirma sus antecedentes como recurso de reparación antirreflujo.

## S U M A R I O

Se presenta una enferma que posteriormente a histerectomía total por fibroma ístmico, padece una doble lesión urológica: fístula vesicovaginal y ligadura de uréter pelviano. Se detalla su corrección quirúrgica, efectuándose consideraciones sobre el momento y procedimientos previos, como así también respecto de la técnica empleada.

\*\*\*\*\*

## B I B L I O G R A F I A

- 1 Aza Archetti, C.E.. Fístula véscicovaginal. Rev. Arg Urol. Nefrol.: 41; 45; 1972.
- 2 Brown, W.C.. Bladder fistulas and ureteral injuries. J. Urol.: 96; 706; 1966.
- 3 Bernardi, R., Rodríguez Seguin, J., Wainberg, S.. Fístula ureterovaginal bilateral post-histerectomía. Rev.Arg.Urol.Nefrol.: 36; 19; 1967.
- 4 Canton, J., Romeo, I., Motilla, R., Carreño, R.. Lesiones del uréter en la cirugía ginecológica. Rev. Arg.Urol.Nefrol. 37; 34; 1968.
- 5 Cibert, J.. Fístulas véscicovaginales. Técnica de curación por vía alta. Rev.Arg.Urol.: 33; 310; 1964.
- 6 Dotta, J.S., Del Porte, T.. Cirugía reparadora en un caso de obstrucción post-quirúrgica del uréter. Rev. Arg. Urol. Nefrol.: 29; 98; 1960.
- 7 Glenn, J., Stevens, P. Simplified vesicovaginal fistulectomy. J. Urol.: 110; 521; 1973.
- 8 Hamm, F.C., Peng, B., Waterhouse, K.. Experimental studies on repair of injured ureter. Arch. Surg.: 90; 298; 1965.
- 9 Hereñú, R., Ercole, R.. A propósito del tratamiento de las fístulas véscicovaginales. Rev. Arg. Urol. Nefrol.: 24; 654; 1955.
- 10 Irazu, J.C.. Patología urinaria post-quirúrgica en la mujer. Rev. Arg.Urol. Nefrol.: 29; 250; 1970.
- 11 Massa, J.S., Welch, J.S., Pratt, J.H., Symonds, R.I.. Management of urinary vaginal fistula. J.A.M.A.: 190; 902; 1964.
- 12 Politano, V.A. One hundred reimplantations and five years. J.Urol.: 90; 696; 1963.
- 13 Politano, V.A., Harper, J.M.. Experiencias and resuts with conservative management of vesicoureteral reflux. J. Urol. 92; 445; 1964.
- 14 Sims, J.M. On treatment of vesicovaginal fistule. Amer. J. Med.,Sei.: 23; 59; 1952.
- 15 Trabuco, A.E., Marquez, F.J., La Rosa, C.. Complicaciones ureterales en las intervenciones quirúrgicas ginecológicas. Rev.Arg. Urol. Nefrol.: 34; 652; 1965.
- 16 Trabuco, A.E., Marquez, F.J., Borzone, R.. Sobre tres casos de fístulas urogenitales obstétricas. Rev.Arg. Urol. Nefrol.: 35; 43; 1966.

\*\*\*\*\*