

EXPERIENCIA CON TRANSURETERO URETEROSTOMIA

Prof. Dr. Gilberto Meneses de Goes

Mencionaremos algunas de las indicaciones de la transuretero ureterostomía: el tumor que envuelve a un uréter en el curso de la cirugía radical; el tumor primario ureteral del riñón único, de baja malignidad. Fracaso en la ureterocistoneostomía, operaciones iterativas con fracaso de la reimplantación uretero-vesical; lesión unilateral por radioterapia sin problemas de cistitis concomitante, lesión del uréter del riñón restante con el uréter controlateral normal; el reflujo unilateral en el que se ha intentado varias veces reimplantaciones de corrección sin resultado; estrechamiento ureteral; fístula uretero-vaginal y fístula urétero-vésico-vaginal.

Nuestra experiencia es de 38 casos, pero vamos a ocuparnos ahora de esta serie de 33 casos.

Las indicaciones para este tipo de cirugía son: estenosis unilateral en 9 casos; estenosis bilaterales en 2; reflujo con corrección quirúrgica que no ha dado buenos resultados en 5; fístula urétero-vaginal en 5; fístula urétero-vésico-vaginal en 3; fístula vésico-vaginal inoperable en 4; una incontinencia uretral después de varias correcciones de una fístula en un caso.

Muchos de nuestros pacientes provienen del norte del Brasil, donde no existe una buena asistencia obstétrica. Se trata de sujetos que sufrieron lesiones, muchas veces por falta de asistencia. Aquellos que fueron operados por nosotros regresaron a sus regiones de origen, por lo que no podemos efectuarles un control estricto de su evolución.

Etiología de los procesos que padecían: reflujo corregido anteriormente recidivado, en 5; calculosis unilateral, en dos casos con complicaciones del uréter terminal; estenosis post-corrección de reflujo, en 2; carcinoma del cuello uterino, en 5; carcinoma de la vejiga, en dos casos; fístula post-parto, en 5; post-histerectomía, en uno; post-histerectomía subtotal, en 6 casos y post-radioterapia, en un caso y aquel caso de incontinencia uretral, en el que no se consiguió la corrección.

Existe una serie de puntos de discusión para saber si es válida o no la cirugía.

Esos puntos que existen en la literatura sobre este tipo de cirugía es la problemática de la dehiscencia de la anastomosis; la estenosis de la anastomosis con repercusión del tracto superior de una unidad; el reflujo tipo balancín en caso que se fija como una duplicidad; la infección transferida de una unidad donadora para una unidad receptora, en que no hay infección; el problema de la urolitiasis que se puede obtener a riesgo de la anastomosis trans-uretero-ureteral; la desproporcionalidad de calibre entre las bocas anastomóticas; la radioterapia previa o futura que se puede realizar en los casos de neoplasia y un embarazo futuro.

Técnicamente, algunos autores insisten en que se debe hacer siempre la transuretero pasando el uréter donante por encima de la salida de emergencia de la arteria mesentérica inferior. Muchas veces, se corre el riesgo de que pueda hacerse un pinzamiento del uréter por la arteria mesentérica inferior.

Esto ha sido discutido desde el punto de vista técnico. La

reimplantación, en todos los casos, debe hacerse con la boca bien amplia, el uréter donante en forma elíptica, no se puede colocar nunca en forma transversal, sino en forma más oblicua y la sutura suele hacerse con puntos separados. Nosotros preferimos realizar una sutura continua.

Vamos a mostrar algunas patologías que fueron objeto de esta técnica.

Una señora que fue sometida a una histerectomía, se presentaba con una lesión ureteral bilateral. Tenía anuria y las condiciones de funcionamiento renal eran muy malas. En un primer tiempo, se le hizo una refrostomía de urgencia bilateral. En un segundo tiempo, tenía una piedra ureteral a la izquierda muy extensa se le practicó una reimplantación del uréter que estaba en mejores condiciones y una transuretero-ureterostomía.

A los 6 meses: Se apreciaba la permeabilidad de la anastomosis con la reimplantación del uréter del riñón izquierdo y del riñón derecho. El resultado final muestra una buena recuperación de ambos riñones.

Vamos a mostrar algunos casos en los que se pudo realizar esta técnica.

A un paciente, con una lesión bilateral, de urgencia se le ha practicado una nefrostomía bilateral. El riñón izquierdo estaba más comprometido y quedó sin funciones. Se le extirpó ese riñón y se aprovechó el uréter izquierdo para hacer una transuretero o anastomosis término-terminal.

Se observó una buena recuperación con cierto grado de dilatación en una placa tomada al mes de la operación.

Otra variación de la patología: señora que se presenta con hipertensión; tenía reflujo bilateral. Riñón derecho contraído y riñón izquierdo en buenas condiciones. Después de la corrección del reflujo, esta enferma no regresó por un tiempo al servicio. Volvió con una hipertensión muy severa, la cistografía mostraba a la derecha, la corrección del reflujo. La arteriografía ponía de manifiesto un riñón contraído. Se le practicó la nefrectomía y se aprovechó el uréter del riñón izquierdo y se hizo una transuretero con anastomosis término-terminal. El resultado final fue una buena evolución de la hipertensión después de la nefrectomía del riñón contraído del lado derecho.

En cierto porcentaje de pacientes, si después de la anastomosis se deja un drenaje de goma, en algunas ocasiones se observa un escape de orina por algunos días, pero no es una preocupación mayor. La placa tomada en los primeros días puede mostrar cierto grado de extravasamiento y esto ha sido demostrado en este caso en que se realizó la transuretero-ureterostomía. En la placa inmediata se observa un extravasamiento pero el control tardío muestra que se ha cerrado la pequeña fístula que se ha formado con una buena recuperación de las dos unidades renales.

Este otro caso es el de una paciente portadora de un carcinoma de cervix con una destrucción bilateral. De urgencia se le practicó nefrostomía bilateral. En este caso, se hizo transuretero-ureterostomía con reimplantación, con túnel de Boari.

* Otro caso en que se realizó la técnica de Boari. Era también un carcinoma de cervix. Se implantaron los uréteres derecho e izquierdo. Este último se reimplantó en el tubo muscular de la vejiga. Esta señora, madre de un colega, tuvo como complicación una estenosis del Boari y desde hace tres años está viviendo con una nefrostomía izquierda. La transuretero sirvió para conservar la función del riñón derecho, pero como se ha estenosado todo el Boari por el proceso neoplásico se le practicó una nefrostomía del lado izquierdo. Aquí se advierte la estenosis total de los tubos de Boari.

Un aspecto que algunas veces puede encontrarse en el postoperatorio inmediato: es una dilatación de la unidad donadora. En una placa postoperatoria inmediata se comprueba una dilatación bastante significativa de la unidad donante y en este mismo caso, en una placa tomada a los tres meses, se verifica una excelente recuperación de las dos unidades renales.

Esto es justamente lo contrario. En una placa registrada después de la operación, se observa la dilatación, no de la unidad donante sino de la unidad receptora. Un control más tardío permite demostrar que la unidad receptora también se volvió anormal.

Lo importante de estos últimos casos que acabo de mostrar es que las alteraciones urográficas muy precoces muchas veces no tienen un gran significado.

Hace muchos años el profesor Víctor Politano nos brindó el placer de visitarnos en nuestro Servicio. Entre los pacientes internados existía una fístula vésico-vaginal inoperable. El Dr. Politano nos manifestó que nunca había visto una fístula vésico-vaginal inoperable. Colocamos entonces a la paciente en posición de examen, tenía una fístula como las que mostramos anteriormente, en enfermas que suelen venir del norte del Brasil, son mujeres que han tenido trabajo de parto durante dos o tres días, en que hay una necrosis total de la vejiga y no existe allí tejido suficiente para cerrar la fístula.

Recuerdo que en esa oportunidad el profesor Politano nos llamó la atención en el sentido de que las fístulas vésico-vaginales suelen operarse con mucha mayor facilidad con la enferma en posición genupectoral y no en la conocida posición ginecológica.

Otra señora era portadora de una fístula muy amplia, con la vejiga con orina. En un primer tiempo, se le practicó la operación tipo **Moghi** (?) y se le reimplantaron los dos uréteres. Después se cerró la fístula vesical sin orina. En el **Moghi** no había reflujo para los uréteres. Se verificó que la vejiga estaba bien cerrada y en ese tiempo, se practicó la anastomosis del **Moghi** en la vejiga. Este es el control tardío con excelente recuperación del tracto urinario superior y con cierre de la vejiga sin orina.

Lo importante es que al realizarse casos bilaterales, las uni-

En un carcinoma de vejiga se le practicó transuretero-ureterostomía y una uretero-sigmoideostomía, a propuesta de **Callman y Goodwin** (?), que fue en 1970 publicada en el *Journal of Urology*. Se trataba de un trabajo experimental en perros, y se pensaba que aumentando el flujo por el único uréter, probablemente, podría disminuirse la infección ascendente. Algunas publicaciones clínicas sobre este tema señalan que existe una variedad en la que se puede practicar una derivación urinaria.

En el caso de una señora que había sido operada de una histerectomía, en el acto quirúrgico, debido a una lesión del uréter se le practicó una uretero-sigmoideostomía. Como también tenía una fístula vésico-vaginal, se le hizo una derivación, se cerró la fístula, se le practicó una transuretero-ureterostomía, se retiró el uréter que estaba reimplantado en el sigmoide y se reimplantó al uréter derecho. El resultado final, a los tres meses de evolución muestra una buena recuperación.

Este es el resumen de los casos que tienen un mejor seguimiento: 16 casos de transuretero con uréter normal, ya sea de la derecha para la izquierda o de la izquierda para la derecha; 5 casos en que se practicó la transuretero con reimplantación; 2 casos en que se hizo la transuretero y como el otro uréter era corto debió hacerse la reimplantación en un túnel tipo Boari; 4 casos en que se realizó la transuretero y la reimplantación en el seguimiento del sigmoide con operación de **Moghi** (?); 4 casos en que se practicó la transuretero y el cierre de la fístula vésico-vaginal. La desembocadura del uréter derecho estaba justamente al lado de la fístula y al mismo tiempo, existía una lesión ureteral; 4 casos de transuretero y uretero-sigmoideostomía; 2 casos con nefrectomía del riñón comprometido y transuretero término-terminal y un caso de derivación retirando el uréter del sigmoide haciendo la transuretero ureterostomía y el cierre de la fístula vésico-vaginal y la reimplantación del uréter.

Las unidades receptoras se consideraron normales y las unidades donadoras que muchas veces en el preoperatorio se mostraron muy alteradas o excluidas se comportaron muy bien.

El gráfico puede observarse que de las unidades donantes solamente 4 eran normales en el preoperatorio y 21 unidades renales de los donantes se tornaron normales en el postoperatorio. Dilatación discreta de la unidad se observan 7 y en el postoperatorio, 16. Hidronefrosis media existía en 15 pacientes; hidronefrosis acentuada o exclusión, en 12 y solamente en uno, se necesitó una nefrectomía.

Estos son los resultados que podemos presentar a este Congreso sobre este tema. En los comienzos de esta operación hace ya unos años, los resultados no eran del todo satisfactorios, por cuanto podía injertarse una unidad enferma en una que era sana.