

LESIONES URINARIAS EN LA CIRUGIA GENERAL. LESIONES INTESTINALES EN LA CIRUGIA UROLOGICA

Dr. Santucho, Néstor - Dr. Garao, Aníbal - Dr. Rosenfeld, Claudio - Dr. Troncoso, C.

Es fácil recordar los éxitos. Es difícil recordar los fracasos.

Casi siempre caemos en la tendencia de recordar nuestros aciertos y por lo general tratamos de no contar nuestros errores, y si lo hacemos, lo referimos rápidamente, sin muchos detalles y tratando de ocultar o disculpar las fallas. Pero los que hacemos cirugía nos equivocamos, por eso mismo, porque *hacemos*. Los que no operan no se equivocan.

Los urólogos somos llamados a solucionar complicaciones urológicas, por lo general surgidas en la cirugía ginecológica; pero en los tres casos siguientes, nos referimos a las lesiones urinarias que se ocasionaron como consecuencia de la cirugía colorrectal.

Caso Nº 1

Nombre y apellido: C. B.
Edad: 41 años.
H. C. Nº 213.140.

Se interna y opera en agosto de 1981 por apendicitis aguda perforada. Se practicó incisión de Jalaguiar cayendo en un gran plastrón apendicular, con abundante pus, existiendo gran dificultad en la exéresis del ápex. A las 48 horas se halla escape de líquido urinoso por la herida, lo cual se comprueba inyectando azul de metileno por vejiga, saliendo el mismo por los tubos de drenaje. Evolucionó cerrando la fístula vesical con sonda permanente.

Caso Nº 2

Nombre y apellido: A. L.
Edad: 60 años.
H. C. Nº 207.858.

Ingresa en julio de 1981 por tumoración abdominal y pelviana dolorosa y síndrome de suboclusión intestinal.

Al hacer la laparotomía mediana se halla tumor colorrectal de tipo inflamatorio y adherido a vejiga. Se logra la liberación manual y la exteriorización del colon. Se completa con colostomía transversa. A las 48 horas sale líquido urinoso por tubo de drenaje, comprobándose fístula vesical al inyectar azul de metileno por vejiga. Como la fístula se mantiene a pesar de la sonda permanente, a los 9 días se efectúa endoscopia, hallándose que el tubo de drenaje se encuentra en posición intravesical y comportándose como una talla transperitoneal. Como el urograma era normal, se decidió la extracción del drenaje, obteniéndose el cierre de la fístula con sonda vesical.

Caso Nº 3

Nombre y apellido: A. B.
Edad: 62 años.
H. C. Nº 206.634.

Se opera en julio de 1981, efectuándose amputación abdomino-perineal del recto por cáncer de recto. A los pocos días comienza a salir líquido de aspecto urinoso por la herida laparotómica, la cual se deteriora, abscedándose y haciendo dehiscente. El urograma excretor muestra ureteropielectasia derecha y pérdida de la continuidad del uréter, a nivel del uréter lumbo-ilíaco. El riñón izquierdo era normal. Cistografía: vejiga normal. Se realiza endoscopia urinaria con índigo carmín, hallándose uretra, próstata y vejiga normales; el meato izquierdo eyacula normalmente el colorante. No existe eliminación por el meato derecho. Se pasa catéter ureteral derecho, el cual se detiene por obstáculo a 10 cm del meato. La ureteropielografía derecha muestra estenosis completa ureteral a los 10 cm, estando el uréter desplazado a la línea media y extravasándose el contraste. No hay continuidad de la vía ureteral derecha.

Ante el estado general y local séptico del paciente, la anemia tóxica y el terreno tumoral se decide la nefrectomía derecha. La evolución es satisfactoria.

Hasta aquí tocó el turno de agredir el aparato urinario a los cirujanos generales, pero los urólogos, desgraciadamente, no estamos exentos de producir lesiones a la inversa, o sea desde la vía urinaria hacia el intestino; por eso el caso que voy a relatar interesará especialmente a los urólogos.

Caso Nº 4

Nombre y apellido: N. N.
Edad: 57 años.

Enfermo internado en el mes de enero de 1981, por presentar polaquiuria, nicturia, ardor miccional, pérdida importante de peso, anemia, hematurias ocasionales y piuria. Es visto por el cirujano general, quien lo deriva al urólogo. No refiere trastornos intestinales. Al examen se halla palidez cutaneomucosa, dolor suprapúbico a la palpación, adinamia. Eritro 108/105, piuria y cultivo de orina positivo para *Coli*. Al tacto, próstata normal. Urograma excretor normal, salvo irregularidad del contorno vesical. Endoscopia: uretra anterior y posterior normales; vejiga con piso y pared posterior ocupados por una masa de aspecto tumoral, mamelonada, cerebriiforme, sin límites netos y con colgajos fibrinoideos.

Bajo anestesia se hace tacto bimanual que demuestra una masa dura y móvil de ubicación supraprostatica y en región vesical.

Con diagnóstico presuntivo de tumor vesical se efectúa RTU blópsica amplia, avanzando en profundidad, para llegar a la capa muscular y poder estadificar el tumor. Al no hallar capa muscular, se suspende la RTU.

Evoluciona mal, con mayores molestias vesicales y piuria. Aparece entonces neumaturia franca. Ante este signo y el no hallar tumor en ninguno de los tacos de biopsia, se sospecha que pueda tratarse de colodiverticulitis adherida a vejiga y perforada en la misma. Se confirma con Rx de colon por enema la existencia de fístula colovesical.

Comentario quirúrgico

La vecindad anatómica del colon con las distintas estructuras del aparato urinario, es la razón para que la incidencia de las lesiones urológicas sean posibles durante la práctica de intervenciones quirúrgicas rectocolónicas. Nos hallamos así ante dos hechos manifiestos en los enfermos operados de su intestino y que accidentalmente tuvieron lesiones urinarias:

- 1º) La mayoría de estas operaciones fueron por neoplasias malignas.
- 2º) La mayoría de estas lesiones urinarias fueron más frecuentes en el hombre que en la mujer.

Aunque ambos uréteres son vulnerables, sobre todo al cruzar el borde de la pelvis, el izquierdo se halla más expuesto debido a su estrecha relación con el colon sigmoideo. El colon derecho, cuando es grande o cuando el sigmoideo se halla muy adherido a la pelvis, puede encubrir el uréter derecho, que por lo común es fácilmente visible. En consecuencia se deberán identificar ambos uréteres y mantener con certeza su integridad. La lesión ureteral, así como la vesical, son factibles cuando el carcinoma a tratar es extenso y en particular cuando están los órganos urinarios infiltrados o rodeados de tejido neoplásico; situación análoga ocurre en los procesos inflamatorios agudos o crónicos y con gran reacción perilesional. El cirujano debe recordar siempre que: los uréteres tienden a acompañar al peritoneo, cuando éste se moviliza, pudiendo ser incluido en la peritonización.

Según Garriz y colaboradores, se produjeron 6 lesiones urinarias sobre un total de 21 cirugías abdomino-pelvianas por patología rectocolónica. Siempre refiriéndose a cirugía rectocolónica, sobre 82 operaciones, Russo tuvo una lesión traumática. Loyudice y col. sobre 31, Miles describe una ligadura ureteral y una fístula vesical. La cita de Graham y Goligyer es más alentadora, ya que sobre 1.605 cirugías rectocolónicas refiere 0,93 % de accidentes urológicos.

La prevención de estas complicaciones que comprometen el pronóstico inmediato y alejado de la cirugía rectocolónica, está basada en el exacto conocimiento anatómico regional, la técnica precisa, respetando los tiempos y haciendo buena exposición. Ocasionalmente y sobre todo en las anomalías anatómicas de la vía urinaria puede ser útil el cateterismo ureteral previo y/o el uso de colorantes de eliminación urinaria rápida y que se pueden inyectar en pleno acto operatorio por vía venosa, como ser el índigo carmín. El uso de este colorante permite investigar una sospecha de lesión intraoperatoria de la vía urinaria, porque inunda el campo operatorio, tñiéndolo de azul.

De lo expuesto es evidente que siempre es imprescindible contar con un estudio urológico previo en la planificación preoperatoria de los enfermos que serán sometidos a amplia cirugía de exéresis.

Comentario urológico

Nuestra modesta experiencia en cirugía endoscópica transuretral resume en total 120 enfermos tratados a la fecha con este

método. Hemos tenido complicaciones habituales tales como tres epididimitis, dos hematurias profusas, dos estrecheces de la uretra e incluso una perforación vesical; pero el resecaer un tumor vesical que después resulta ser un plastrón colodiverticular formando cuerpo con la vejiga nos parece sorprendente.

En este caso al trabajar resecaer sobre el plastrón no dio lugar a perforación intraperitoneal debido al bloqueo visceral inflamatorio.

En la literatura se mencionan distintos tipos de accidentes durante la RTU, pero la perforación en recto o colon es apenas mencionada como una posibilidad (Cifuentes Delatte).

El uso habitual de resector y la necesidad de cumplir las pautas diagnósticas en Oncología para estadificar tumor nos orienta en nuestro Servicio a efectuar RTU biópsica-terapéutica:

Sistemáticamente efectuamos, ante el diagnóstico endoscópico de tumor vesical y bajo anestesia raquídea, RTU amplia de la lesión, tomando además tacos alejados en áreas sanas y avanzando en profundidad para certificar el estadio. En este caso en particular esta conducta nos llevó a engaños, ya que la lesión no era tumoral. Por lo tanto es prudente ser cautos al pretender hacer la exéresis en los tumores o seudotumores de la pared posterior de la vejiga; una tumoración ubicada en ese lugar, con aspecto mamelonado sésil y sin límites, sobre todo si el enfermo refiere sintomatología digestiva, debe obligar primero a descartar colosigmoiditis.