

INCISIONES Y VIAS DE ABORDAJE DEL URETER PELVIANO

Dr. Solari, J. J. - Dr. Grippo, L. - Dr. Muzio, A. - Dr. Secchi, A.

Las dificultades que puede presentar en algunas circunstancias el abordaje quirúrgico del uréter inferior, nos han motivado a efectuar la presente revisión sobre las incisiones y vías de abordaje más eficaces a tal efecto.

Si bien los hábitos quirúrgicos personales influyen en cierta medida sobre la elección del abordaje, éste estará limitado, sin lugar a duda, por las características propias de cada paciente, además del tipo y localización de la lesión ureteral.

Nos parece interesante repetir lo dicho por Charles Mayo: "Una incisión es eficaz cuando:

- 1º) Se efectúa en el lugar adecuado para el órgano a tratar.
- 2º) Tiene la amplitud necesaria para el abordaje requerido del órgano a tratar *in situ*.
- 3º) No ser mutilante de estructuras más nobles que lo que sea el problema a tratar".

Hay que considerar desde ya el sector del uréter que se debe abordar, recordando que algunas incisiones permiten un amplio abordaje mientras que otras lo limitan mucho, o sea que si sabemos o sospechamos que necesitaremos un acceso a gran parte del órgano, estaremos limitados a ciertas incisiones. No podemos dejar de mencionar aquí que el uréter se divide en tres porciones, superior o lumbar, medio o iliaca e inferior o pélvica, esta última recibe tal denominación después de ingresar en el estrecho superior de la pelvis, siendo el abordaje de su porción inferior particularmente complicado. Prácticamente podemos dividir las incisiones en aquellas que son útiles para abordar el uréter iliaco y pelviano superior y aquellas que acceden al uréter pelviano inferior o terminal.

Para el uréter iliaco y pelviano superior nosotros usamos preferentemente la incisión tipo Mc Burney o Albarran ampliada, si es necesario mediante la sección de la vaina del recto anterior y aun del propio músculo. Mediante ella se desplaza fácilmente la bolsa peritoneal (el enfermo debe estar con la pelvis levantada y reclinado hacia el lado sano), recordando que el uréter se desplaza con el peritoneo.

Si por alguna razón, como por ejemplo una cicatriz anterior (apendicectomía), no es conveniente esa incisión, la reemplazamos por una incisión pararectal externa tipo Jalaguier-Boeminhaus o paramediana tipo Judd.

En mujeres jóvenes y delgadas no hemos tenido inconvenientes con la incisión de Pfannestiel, la que proporciona resultados cosméticos muy buenos y aventa el peligro de las eventraciones.

Cuando el sector al que debemos acceder es el del uréter pelviano terminal o inferior, la incisión que utilizamos rutinariamente es la mediana infraumbilical, la que aun en pacientes obesos proporciona un acceso fácil y rápido. Si bien el riesgo de eventración posoperatoria es innegable, ello se minimiza mediante una minuciosa reconstrucción por planos y antes que ello respetando los elementos vasculares y evitando la atricción de los músculos por acción de los separadores. Si por alguna causa no creemos oportuna esta incisión, le damos preferencia a una paramediana tipo Judd o una Jalaguier-Boeminhaus. Aquí, con más razón porque permite un buen abordaje, también utilizamos en pacientes delgadas la incisión de Pfannestiel.

Las vías de abordaje al uréter pelviano pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

- Extraperitoneales
- Intraperitoneales
- Combinadas
- Inguinales
- Transvesicales

- Vaginales
- Posteriores y bajas

A) Abordaje extraperitoneal

Es la regla en la mayor parte de los casos de cirugía del uréter. Con ella el drenaje posoperatorio suele presentar menos problemas y se evitan los peligros de la contaminación en operaciones sépticas. Es una desventaja el hecho de que se cae directamente en foco fibroso (si lo hay) y en presencia de tejidos frágiles y poco vitalizados. Requiere la extraperitonización de la vejiga, con lo que se mejora el acceso a la zona y la amplitud de maniobra. Si las circunstancias lo requieren, es posible, y lo hacemos a menudo, realizar la movilización y rechazo del peritoneo, lo que mejora el acceso a la zona y la amplitud de maniobra. Si las circunstancias lo requieren, es posible, y lo hacemos a menudo, realizar la extraperitonización de la vejiga, con lo que se llega más fácilmente a la región vesículo-deferencial en el hombre, siendo jalón muy importante el deferente que cruza por delante del uréter y en la mujer al espacio vesicovaginal, lo que permite visualizar, movilizar y tratar la patología ureteral. No podemos dejar de hacer un breve recuerdo de las relaciones del uréter en esta región, ya que éstas nos sirven por un lado de jalones para llegar a él, pero también son factores que dificultan en su abordaje. En el hombre el uréter discurre por debajo y detrás del deferente, para alcanzar la cara posterior de la vejiga por delante de las vesículas seminales. Aquí un manguito vascular formado por las ramas de la arteria vesicogenitales (rama vesical adelante y vesiculodeferencial atrás) lo compromete y le da irrigación, al mismo tiempo el uréter está envuelto por un importante plexo venoso.

En la mujer, el uréter pasa por la base del ligamento ancho para alcanzar la cara posterior de la vejiga por delante de la vagina, de cuyo contacto se aleja a medida que el uréter profundiza en la pared vesical. Los elementos vasculares son más importantes que en el hombre, ya que la arteria uterina pasa por encima y delante del uréter, emitiendo ramas cervicovaginales y vesicales. Por encima y por debajo del uréter se disponen plexos venosos fácilmente lesionables, durante las maniobras de movilización.

Conviene recordar aquí, aun a riesgo de caer en lo archiconocido, la necesidad de trabajar siempre con la vejiga vacía, lo que facilita su desplazamiento y la profundización del abordaje.

La disección quirúrgica del uréter se debe realizar por fuera de la adventicia, disminuyendo de esta manera las complicaciones vasculares con necrosis secundaria (circulación intramural), diremos también que debe ser evitado el empleo de tractores o pinzas que puedan lesionar la adventicia del órgano por el hecho antes mencionado.

Por otra parte es aconsejable mantener una sonda permanente en el posoperatorio, ya que es bien sabido que el aumento de la presión intravesical aumenta la presión basal, la sistólica y la frecuencia del peristaltismo del uréter bajo.

B) La vía intraperitoneal

Proporciona un acceso fácil al uréter pelviano al cual está prácticamente limitado, ya que sólo en casos especiales, de necesitar un amplio acceso a gran parte del uréter lumbar o iliaco e incluso pelviano (por ejemplo, en reemplazos ureterales).

Reconociendo sus mayores posibilidades de sepsis, la consideramos no obstante de uso obligado en circunstancias tales como presencia de uropéritoneo, fístulas, fracasos de cirugía reparadora o de intensos procesos inflamatorios. Es de gran utilidad en casos de cálculos yuxtavesicales, especialmente bilaterales, y si se trata de pelvis estrechas que dificultan el abordaje. Recordamos la variante muy empleada

da por nosotros de la maniobra de Voelcker y Papin de extraperitonizar la vejiga.

C) El abordaje combinado

Lo usamos de manera excepcional, generalmente frente a situaciones que surgen durante la intervención (gran dificultad en el abordaje extraperitoneal) o de manera obligada cuando se realizan derivaciones o sustituciones del uréter. Sólo en algunos casos excepcionales y por lo tanto carentes de valor como experiencia, hemos utilizado la incisión inguinal de Mazzoni.

D) La vía transvesical

La utilizamos en casos muy seleccionados. Si se trata del uréter inmediatamente yuxtavesical, podemos realizar la técnica de Ascoli: ponemos en tensión con dos puntos la mucosa vesical en la zona donde se palpa el cálculo y se secciona la mucosa y pared vesical, para encontrar el uréter —que dicho sea de paso aparece más profundamente que lo que se espera—, se lo tensa con una lazada y se lo secciona. Se extrae el cálculo y se sutura el uréter, se reconstruye la pared vesical. La movilización e intravesicalización de los 6 a 8 cm del uréter la utilizamos empleando una técnica similar a la del reimplante, tomando el borde perimeático del mismo con 2 puntos, seccionando con bisturí la mucosa y a tijera la pared, para luego liberar de manera roma al uréter, que se moviliza muy fácilmente, salvo que esté comprometido por procesos inflamatorios crónicos. Una vez tratada la patología motivo de la operación se fija nuevamente el uréter a la pared vesical, fijación que debe ser sólida y profunda para permitir la adecuada recuperación del funcionamiento de la porción intramural y submucosa del mismo (técnicas antirreflujo). Si es necesario, por vía intravesical, escindir el techo del meato ureteral, tratar la patología en cuestión (litiasis) y luego cerrar la meatomía cuidadosamente, de modo de conservar todas las características anatómicas de este segmento e impedir la aparición de reflujo vesicoureteral.

Bibliografía

1. Claret, A. J.: "Cirugía del uréter terminal". Rev. Argent. Urol., 33, nos. 4, 5 y 6, 159-219, 42 figs., 1964.
2. Ercole, R.: "Ureterolitotomía por vía vaginal". Rev. Argent. Urol., 22, nº 9-12, 273-280, 3 figs., 1953.
3. Guzmán, J. M.; Solari, J. J., y Casal, J.: "El uréter terminal. Su abordaje transvesical". Prens. Méd. Argent., 55, nº 32, 1564-1567, 6 figs., 4 de octub. e de 1968.

E) La vía vaginal

La hemos empleado con éxito en varias ocasiones en pacientes portadores de un cálculo ureteral palpable por vía vaginal. Para que este abordaje tenga posibilidades ciertas de éxito, el caso debe cumplir los siguientes requisitos:

Indicaciones de la vía vaginal

1. Cálculo palpable por vía vaginal.
2. Cálculo fijamente enclavado.
3. Vagina amplia.
4. Pared abdominal débil o con múltiples cicatrices.
5. Parametrio libre de infiltración.
6. Riesgo quirúrgico aumentado.

Nuestra experiencia se basa exclusivamente en la técnica mínima. No hemos realizado la técnica reglada por Stockel que requiere una amplia movilización vesicovaginal.

- 1º) Vaciamos la vejiga y dejamos sonda permanente, algunas veces cateterizamos el uréter, pero no es imprescindible.
- 2º) Incindimos el fondo de saco lateral vaginal del lado en que se palpa el cálculo.
- 3º) Se coloca un lazo alrededor y por encima del segmento litiasico del uréter.
- 4º) Se incide el uréter y se extrae el cálculo, suturándose el uréter.
- 5º) Se deja un pequeño drenaje paraureteral y se cierra la pared vaginal.

Siguiendo al pie de la letra la técnica es muy difícil que se produzcan complicaciones, que no hemos observado, si bien se han descrito:

Complicaciones

1. Desplazamiento del cálculo.
2. Lesión vesical.
3. Lesión de la arteria uterina.
4. Lesión del peritoneo.

4. O'Boyle, P. J., y Gibbon, N. O.: "Vaginal ureterolithotomy". Brit. J. Urol., 48, nº 4, 231-233, agosto 1968.
5. Pagliere, R.; Scorticati, C., y Soldano, E.: "Ureteronefrectomía total extraperitoneal por una incisión anterior única". Rev. Argent. Urol., 34, nos. 1 al 8, 500-504, 1935.
6. Quenu, L.: "Voies d'abord de l'uretère". E. M. C., Techniques Chirurgicales Urologie, fasc. 41115, 3.16.03.
7. Solari, J. J.: "Ureterolitomía por la vía vaginal". Rev. Argent. Urol., nº espec., 187-191, 1963.