

Serv. de Vías Génito-Urinarias del Hospital
Ramos Mejía. Jefe: Dr. Gilberto Elizalde

FISTULA URINARIA DEFINITIVA POST-URETERO-LITOTOMIA

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y CARLOS M. LAURNAGARAY

Presentamos a consideración de nuestros colegas un accidente desgraciado consecutivo a una intervención renal practicada en un Servicio de Cirugía General, en el que pasó desapercibido el mismo y cuya secuela —la fístula urinaria persistente— no mereció la menor atención en ningún momento.

Se trata de la Sra. A. R. de L., de 39 años, española, casada.

Inicia su enfermedad hace 7 años a raíz de un aborto espontáneo de 40 días, en el decurso del cual se queja por primera vez de dolor localizado en la fosa lumbar izquierda. Este dolor, sordo y gravativo, prolonga su permanencia en la cama y se acompaña de temperatura y expulsión de orinas turbias con abundante sedimento. Los exámenes realizados en ese entonces permiten asegurarle al facultativo que la atendiera el origen izquierdo de la piuria.

Sigue tratamientos diversos con largos períodos de buena salud aparente hasta hace diez meses, en que bruscamente sufre un intenso cólico nefrítico izquierdo con escalofríos y temperatura alta (39°). El cuadro cede bajo la influencia del tratamiento médico instituido (sulfatiazol oral, leucotropina inyectable y régimen adecuado) para repetirse nuevamente al mes, pero tan intenso y persistente el dolor, que decide internarse en un hospital.

Diagnostícanle una litiasis urinaria izquierda (la enferma no puede precisar la ubicación del cálculo).

Acepta la intervención quirúrgica propuesta y le extraen un cálculo del tamaño de un garbanzo, que se fragmenta durante las maniobras de extracción.

El postoperatorio transcurre sin trastornos, exceptuando la pérdida continua de orina por su herida operatoria. Al cabo de dos meses se cierra la fístula y es dada de alta al día siguiente. Pero 3 días después debe regresar al hospital, febril y con escalofríos, acusando fuertes dolores en fosa lumbar y flanco izquierdo, que se deforman por la aparición de un tumor tenso y doloroso, del tamaño de una naranja grande. Su incisión da salida a gran cantidad de orina y como saldo final queda con la fístula urinaria.

Hace un mes (9 meses por consiguiente, después de la operación) una nueva crisis de retención le obliga a consultarnos, no encontrando en sus antecedentes elemento alguno digno de mención, relacionado con su enfermedad actual.

Estado actual. — Enferma adelgazada y pálida; mucosas anemiadas. Lengua saburral.

Constipación habitual. Tensión (al Vaquez) Mx.: $13\frac{1}{2}$; Mn.: $8\frac{1}{2}$. Resto del examen somático general: negativo.

A la inspección observamos la cicatriz operatoria de la lumbotomía izquierda, que en su extremo yuxta-vertebral presenta un orificio fistuloso de bordes rojos y ectropionados, del que mana un líquido muy flúido de olor urinoso.

La orina de emisión es límpida.

Fosa lumbar derecha: libre, indolora, se palpa el polo inferior de la glándula. Fosa lumbar izquierda: de palpación difícil da una sensación neta de empastamiento profundo, cistoscopia se realiza con 300 c.c. Mucosa normal con meatos implantados en los extremos de un músculo interureteral bien apreciable: son de aspecto normal: el derecho se contrae rítmicamente y tiene eyaculaciones claras (3'); el izquierdo se contrae más enérgicamente pero en forma más espaciada: no se le ve eyacular.

I. C. D: 4', intenso.

I: 15' no elimina.

Orina vesical
(correspondiente al R. D.)

ácida
transparente
D. 1021
úrea 30
cl. 7,72
Ph. 2,39
Urobilina: ves.
Indoxilo: „
Escatol: „

Epiteliales planos, leucocitos aislados, filamentos de mucina, escasos cristales de oxalato de calcio y ácido úrico.

úrea en suero: 0,45 por mil.

F. S. F. 6'- 45%

Orina de la fistula
(R. I.)

alcalina
turbia
D. 1011
úrea 13,40
cl. 5,10
Ph. 1,35
Albúmina: vest.
Pus: „
Hemoglob. „
Urobilina „

Regular número de células redondas, abundantes piocitos, hematíes, no se observan elementos renales.

Glucemia 1,05 por mil.

(1° media hora: 25% 2° media hora: 20%)

A la I.: rastros indosables a la hora.

La paciente nos promete solicitar la radiografía simple y la urografía de excreción anteriores, por lo que directamente, con el objeto de ratificar el diagnóstico presuntivo de oclusión ureteral, practicamos un cateterismo ureteral izquierdo y la sonda que se desliza normalmente al principio de su recorrido, se detiene a los 18 cms.

Se obtiene así la primera imagen (fig. 1). Se observa a la D. el borde del psoas y el contorno de la glándula cuyo borde superior está a nivel del borde inferior del cuerpo de la XIIª V. D. y su polo interior a la altura del disco intervertebral entre 3ª y 4ª V. L. Alla I. desaparición del borde del psoas y de la sombra renal (sin presencia de gas) En cambio vemos a un través de dedo por debajo del extremo de la XII costilla la cabeza de una sonda Pezzer y un poco por debajo de la apófisis transversa de la 3ª V. L. una sombra pseudo-calculosa. El extremo del cateter alcanza la apófisis transversa de la 4ª V. L. El líquido inyectado (16c. c. de la solución de IN. al 10%) ha refluído en su casi totalidad hacia la vejiga, alcanzando a tener arriba apenas 1c. de recorrido filiforme.

La radiografía (Fig. 2) previa inyección de 20 c.c. de Lipiodol fluido por el orificio fistuloso, permite apreciar una imagen atípica: el segmento superior resultado de la dilatación pielocalicial y el inferior consecuencia de la infiltración del líquido de contraste a lo largo del trayecto fistuloso con cavidades anexas irregulares.

Como la enferma no puede obtener la devolución de sus radiografías anteriores, solicitamos:

- 1º Una radiografía simple (Fig. 3) con las características descritas en la primera más el agregado de una serie de manchas densas, resultantes de la retención del aceite yodado en algunas anfractuosidades de la pared.

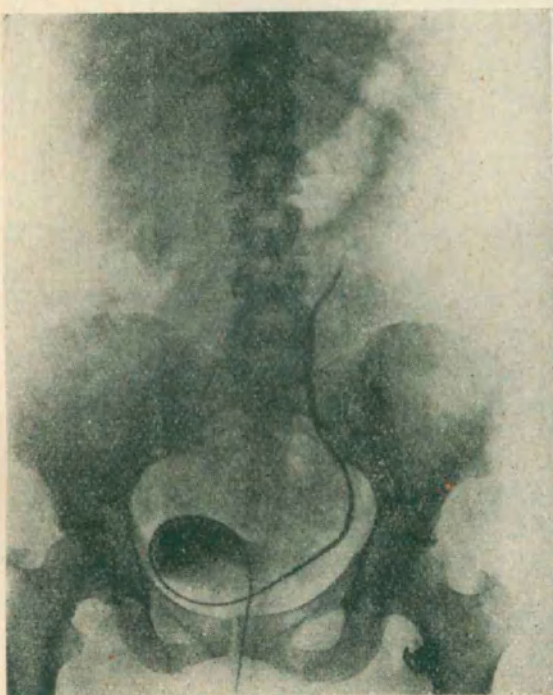


Figura 1

Borde psoas y contorno renal nitidos a la D., borrados a la I. De este lado por debajo de la XII. costilla; cabeza de una sonda Pezzer y debajo de la apófisis transversa de la III. V. L. un calculito. La pielografía fracasa por oclusión del ureter a los 18 cms.

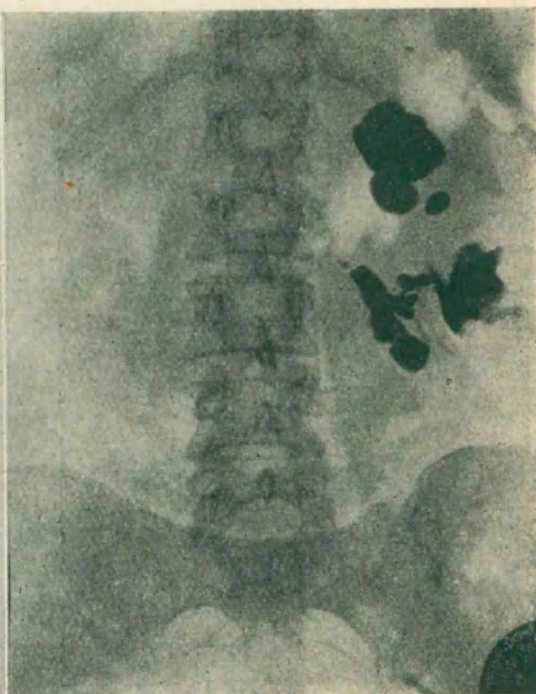


Figura 2

Obtenida con la inyección de 20cc. de Lipiodol por el trayecto fistuloso, que no comunica con el ureter distal. Dilatación pielocalicial de un riñón chico.

- 2º Una urografía de excreción: a los 5' (Fig. 4) comprobamos la función excelente del R. D. y su posición baja con pelvis ampular de cálices normales; el uréter lumbar se visualiza netamente, ligeramente dilatado como resultado de la compresión abdominal.

A la I. con buena voluntad se observa un esbozo de eliminación.

A los 30': a la D. pelvis y uréter en estasis, por compresión; a la I. se observan esbozados las cavidades dilatadas de un riñón disminuído de volumen.

Trátase evidentemente de una fístula uro-purulenta por las características macroscópicas-microscópicas y químicas del líquido recogido de le misma: a punto de partida renal como lo atestigua la documentación radiográfica y con una oclusión absoluta del uréter, iníranqueable, no ya al catéter sino al líquido de contraste inyectado. Presenta además una suficiencia renal global buena, que al examen por separado se puede imputar al R. D., ya que es manifiesta la función deficiente del R. I., dilatado e infectado.

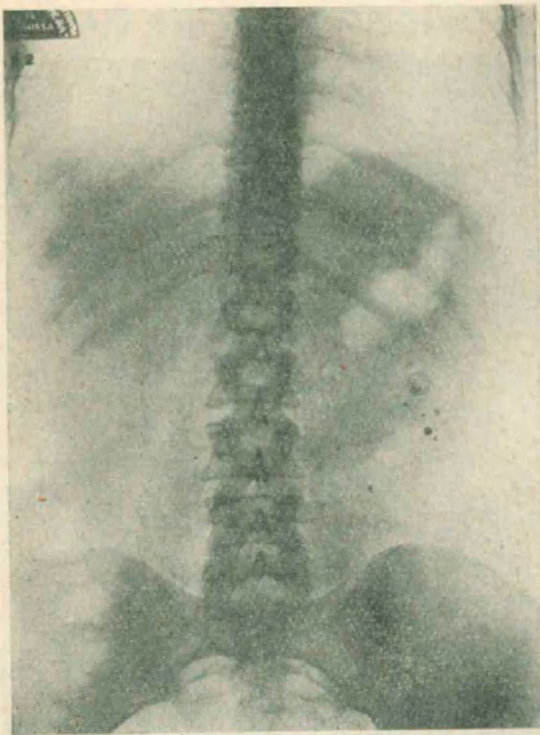


Figura 3
Radiografía simple que presenta infiltración tisular con Lipiodol.

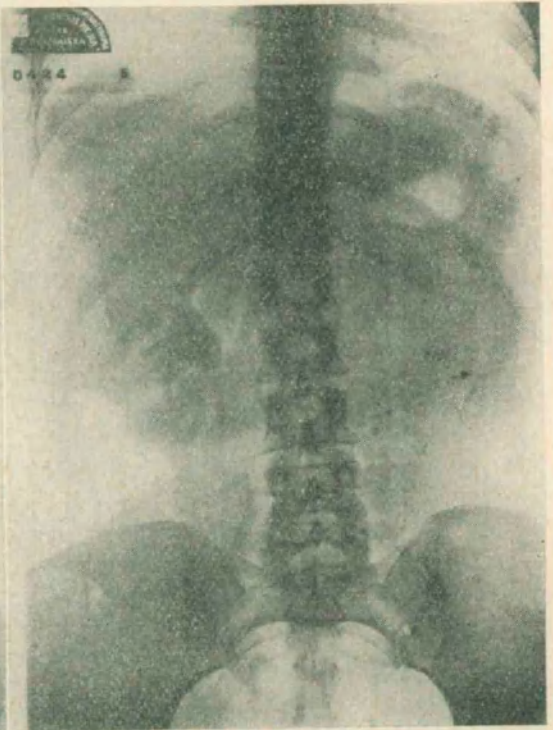


Figura 4
Urografía de excreción a los 5': buena eliminación a la D. sin eliminación a la I. (a, apenas esbozada).

Por estas razones consideramos contraindicada toda tentativa de plástica urétero-piélica, con miras a realizar cirugía conservadora del órgano.

Proponemos la reintervención que se realiza bajo anestesia raquídea (Og. 10 novocaína). Circunscripto al trayecto fistuloso se reseca la cicatriz operatoria, para efectuar, a continuación, una nefrectomía subcapsular.

La perinefritis esclerosa, dificulta la confección harto laboriosa del pedículo, ya que no tuvimos el punto de reparo y la orientación del uréter, que seguido desde abajo, termina como seccionado o extrangulado en un verdadero callo fibroso más allá del cual nos parece imprudente llevar la disección.

El postoperatorio es normal. Únicamente debemos hacer notar la supuración prolongada a través del drenaje, hecho fácilmente explicable dadas las condiciones sépticas del medio en que hubimos de actuar. Es dada de alta a los 39 días, en excelentes condiciones locales y generales.

Esta observación clínica reviste interés para nosotros por tratarse de una complicación rara en los Servicios de Urología. No es frecuente, en efecto que en la litiasis urinaria y como consecuencia de operaciones sobre el parénquima



Figura 5

Urografía de excreción a los 30'. Riñón D. y vía excretora correspondiente en éxtasis por la compresión abdominal. A la I: se inicia el relleno de las cavidades pielo-caliciales.

o sobre su vía excretora, tengamos complicaciones como la del caso presente. En el Servicio de Cirugía donde fuera intervenida la enferma en primera instancia, refieren maniobras de uréterotomía que resultaron muy laboriosas y no pudiendo localizar el cálculo, este fué extraído fragmentariamente por nefrotomía.

Ahora bien, es de presumir que en las primeras tentativas y a favor de la sección de la pared ureteral, se desgarró el conducto. El proceso inflamato-

rio peri-uréteropielíco hizo el resto, quedando englobado el cabo distal del uréter en la cicatriz. Descartamos al riñón en sí como punto de partida de la fístula, porque en el curso de nuestra intervención no pudimos apreciar la existencia —ni aún mínima— de un foco intrarrenal consecutivo a la nefrotomía.

Las heridas y secciones del uréter reconocen según Jeanbrau, dos orígenes: 1º, accidentales, por arma blanca o de fuego y 2º, quirúrgicos. Circunscribiéndonos al 2º grupo, lo subdivide en: a) lesiones de origen obstétrico, que no interesan para el caso y b) lesiones de origen operatorio, voluntarias o involuntarias, y se interviene por vía vaginal o por laparotomía.

No menciona las consecutivas a intervenciones reno-ureterales, como tampoco las menciona Albarrán en su tratado de Medicina Operatoria, al referirse a las dificultades y accidentes operatorios en la urétero-litotomía. Es probable que ello se deba a que el urólogo, sin estar al abrigo del accidente, lo sufre menos frecuentemente que el cirujano general y las razones huelgan. Y decimos que no está exento de la complicación, porque hemos observado un desgarramiento total del uréter, en el curso de una pielolitotomía en un riñón en herradura. Pero aquí frente a la complicación, el urólogo estará también en ventaja: 1º porque no desconocerá el accidente como sucedió en el caso "sub judice" y 2º podrá realizar la ureterografía o la ureteroplastia adecuada al caso.

Constituída ya la fístula con caracteres definitivos el tratamiento será encarado con criterio distinto según el estado funcional del riñón y las condiciones en que se encuentren los cabos ureterales.

Se intervendrá con criterio: a) conservador si el riñón es suficiente y la resección esclerosa mínima permite la disección de los extremos del uréter y su afrontamiento y sutura; b) radical: 1º si el órgano es deficiente o ya está destruído y 2º aún en la eventualidad de un buen riñón si el restablecimiento de la permeabilidad ureteral es imposible o es precario o muy aleatorio en sus resultados.

En el caso comentado las tentativas infructuosas de cateterismo y el fracaso de la pielografía, así como la demostración de la falta de comunicación entre la cavidad fistulosa y el uréter, con la inyección de Lipiodol por vía lumbar, nos eximían de toda nueva maniobra tendiente a restablecer la permeabilidad del uréter así ocluído. En cuanto a la exploración cruenta con miras conservadoras la consideramos innecesaria, ya que las lesiones renales difícilmente podrían considerarse como reversibles, si se tiene en cuenta: el pasado de infección prolongado de la glándula, la litiasis secundaria y la reacción cicatrizal post-nefrotomía.

En esas condiciones, ¿valía la pena exponer a la enferma a la eventualidad —más que probable— de una tercera intervención?

Francamente creemos que no y damos por bien realizada la nefrectomía.