

Serv. de Urología del Hosp. Alvear,  
Jefe Dr. Gerardo Vilar

## FISTULA URETERO - CUTANEA POST INTERVENCION QUIRURGICA POR EMBARAZO TUBARIO ROTO. RECONSTRUCCION ESPONTANEA DEL URETER

Por el Dr. NATALIO CARTELLI

Presentamos hoy a la consideración de Udes. el caso de una enferma que portadora de una fístula urétero-cutánea, consecutiva a una intervención quirúrgica por embarazo tubario roto, bastó la puesta en práctica de un procedimiento sencillo, para ocluir la fístula y evitarle una intervención como la que pensábamos practicar para poner fin a tan desagradable complicación.

Se trata de una enferma de 25 años de edad, argentina, historia clínica: Div.: 17, N° 45, que nos es enviada desde una ciudad cercana importante, con una fístula urinaria situada en parte media infraumbilical, como consecuencia de una intervención quirúrgica practicada como veremos más adelante, por un embarazo tubario roto. El día 16 de agosto del año 1942, encontrándose en el cine, siente fuerte dolor en bajo vientre, dolor punzante que obliga a transportarla a su domicilio. Consulta a un facultativo, quien prescribe bolsa con hielo y unas gotas, pero como no mejora, es examinada por otro colega, quien diagnostica embarazo tubario roto y le interviene. Le llama la atención al cirujano al abrir la pared abdominal, la salida de una gran cantidad de líquido sanguinolento que calcula en uno 5 litros y entre este líquido un feto macerado de 3 meses. Se liga la trompa, donde se hallaba alojado el embarazo ectópico y se limpia la cavidad abdominal extrayendo coágulos, dejando un Mickuliez cierre de la pared. Al día siguiente se observa que del Mickuliez sale orina continuamente, lo que obliga a dejar el drenaje. La cantidad de orina recogida por el tubo de drenaje es igual a la cantidad que orina espontáneamente y la introducción de una solución de azul de metileno en vejiga no aparece por el orificio hipogástrico, donde se encuentra el tubo de drenaje que da salida a orina. Con estos antecedentes se nos remite a la enferma para su tratamiento, un mes después de su intervención.

Enferma pálida, demacrada, inapetente, portadora de un tubo de drenaje situado en la parte media de una línea que une el ombligo con la sínfisis pubiana y por el cual sale continuamente orina. Borde de la fístula algo macerado, notándose con un explorador metálico que se trata de un trayecto tortuoso. Sus orinas recogidas por cateterismo vesical son ligeramente turbias, orinando espontáneamente unos 600 a 700 cc. y la recogida por el tubo de drenaje no

ha podido ser medida con exactitud, pues gran parte de la orina sale entre la fístula y el tubo drenaje, obligando a cambiar la curación repetidas veces en el día. A pesar de esto se han podido recoger unos 300 cc. por el tubo.

*Riñones y uréteres.* — No se palpan ni existen puntos dolorosos clásicos. El examen vesical nos revela: *Vejiga*, sin retención con una capacidad de 140 cc. sensible a la distensión. La *cistoscopia* nos muestra una mucosa de aspecto normal, algo despulida, cuello regular, orificio ureteral izquierdo de aspecto y situación normal, eyacula rítmicamente orinas límpidas. El orificio ureteral derecho es inmóvil. No se ven eyaculaciones. Por detrás y un poco por

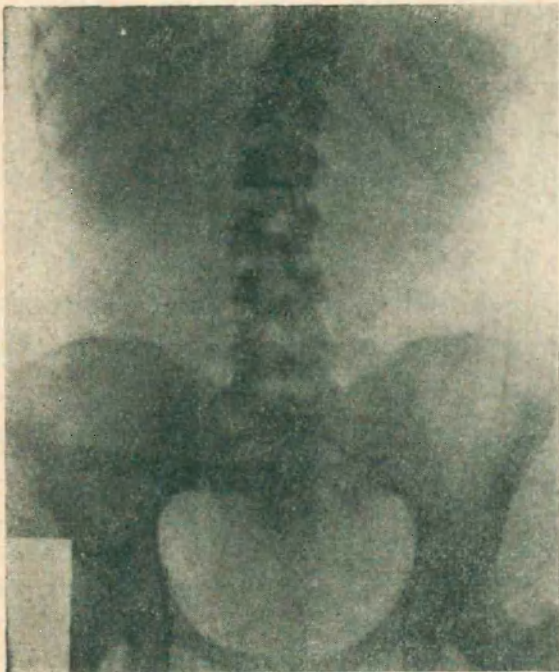


Figura 1

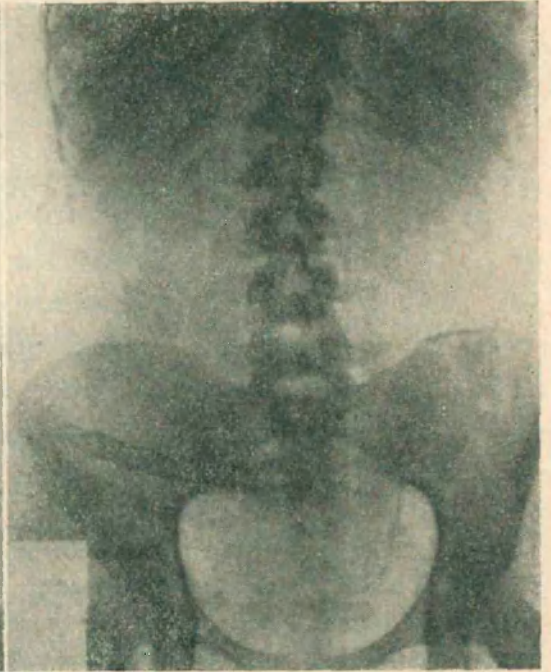


Figura 2

encima de dicho orificio ureteral se ve la entrada de un pequeño divertículo, que la sonda ureteral introducida en él llega a 1 cm. y moviliza mucosidades.

*Cromocistoscopia:* Comienza la eliminación del indigo carmín a los 4' en el lado izquierdo, con buena intensidad. Del lado derecho no aparece eliminación a los 20', pero sí por el orificio fistuloso hipogástrico a los 7'. Se introduce una solución de azul de metileno en vejiga a gran presión no saliendo el líquido coloreado por la fístula hipogástrica.

El examen radiográfico nos muestra: *Radiografía simple* (Fig. N° 1). Sombras renales visibles de aspecto, situación y tamaño normal del lado izquierdo, algo aumentado lado derecho. De la parte media del sacro y hacia la derecha se visualiza una sombra que corresponde al tubo de drenaje.

*Uroselectán 5'* (Fig. N° 2). Se ve eliminación de sustancia excretada en ambos riñones, sin caracteres netos. Parte inferior del uréter izquierdo visible de aspecto normal. Pequeña cantidad de sustancia opaca en vejiga.

*Uroselectán 20'* (Fig. N° 3). Buena eliminación en ambos lados. En lado izquierdo pelvis pequeña, cálices de aspecto normal. Uréter visible en sus 2/3 superiores de aspecto normal. Lado derecho, pelvis y cálices dilatados de bordes regulares, el superior, de bordes difusos, el inferior. Imagen del tubo de drenaje igual que en las radiografías anteriores.

*Pielografía derecha.* 24-IX-42. (Fig. N° 4). La sonda ureteral penetra unos 10 cms. y la inyección de yoduro de sodio muestra el uréter derecho lleno de substancia opaca en una longitud de unos 10 cms. refluyendo el resto en vejiga.

*Cistografía de frente.* (Fig. 5 parte inferior). No se observa substancia opaca fuera del

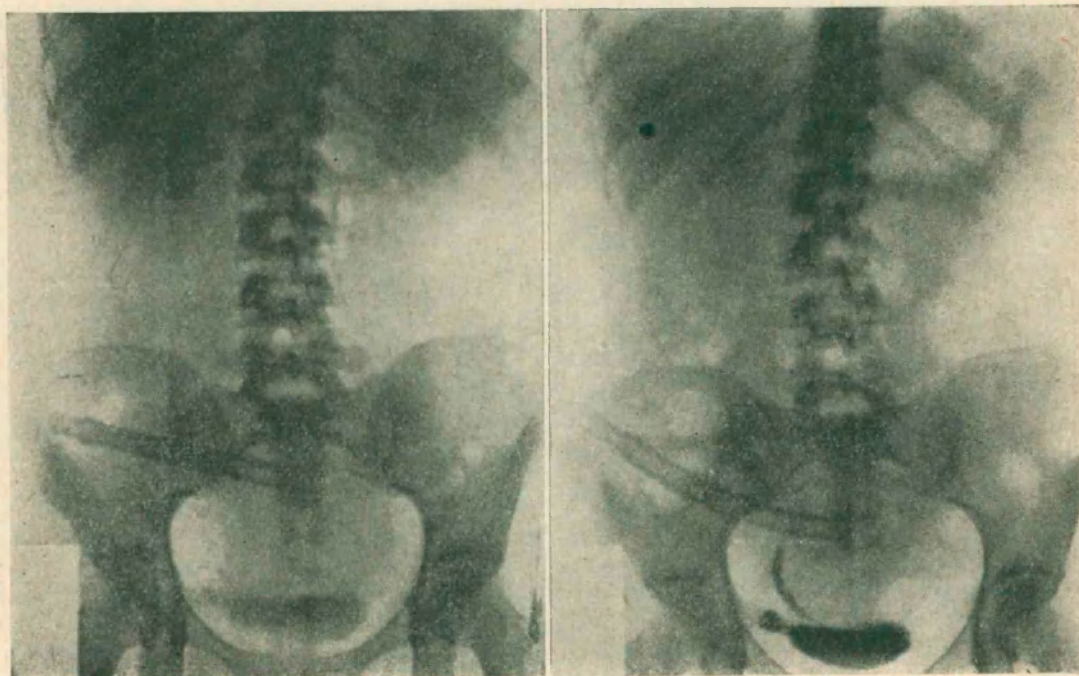


Figura 3

Figura 4

perímetro vesical. En lado derecho dos pequeñas sombras que parecen corresponder a divertículos. Se visualiza la extremidad inferior del uréter izquierdo con substancia opaca (Uroselectán) pues dicha cistografía fué obtenida en el mismo momento de hacer la urografía de excreción.

*Cistografía en oblicua.* (Fig. N° 5 parte superior). Semejante a la cistografía de frente.

Por el examen clínico, el estudio radiográfico y la prueba del índigo carmín, el diagnóstico de fistula urétero-cutánea completa o total no presentaba ninguna dificultad.

En efecto, la salida continua de orina en cantidad igual a la eliminada espontáneamente por vejiga, la prueba del índigo carmín que mostraba falta completa de eliminación del colorante del lado derecho y si su salida por la fistula cutánea, y la falta de progresión de la sonda ureteral del lado derecho que se detenía a 10 cms. (prueba repetida varias veces), nos indicaba que existía una sección total del uréter derecho, con el extremo proximal abocando en una zona que comunicaba con la piel. Con estos datos y el estado de la enferma que desesperaba por la continua salida de orina a piel, a la cual había que agregar un estado general algo

precario, no pensamos para su tratamiento en buscar los extremos ureterales en medio de una zona intervenida hacia poco, donde la infiltración y las adherencias hubiesen dificultado su búsqueda para practicar una ureterorrafia término-terminal, con resultados dudosos, o un abocamiento de uréter a intestino por cualquiera de los procedimientos conocidos, ya que la función renal del lado derecho era buena, sino que nuestra primera impresión fué la de practicar una nefrectomía derecha y poner fin así radicalmente al mal que aquejaba a la enferma. Y mientras levantábamos su estado general para ser sometida a la intervención quirúrgica, se nos ocurrió que así como hay quien en una intervención practicada en abdomen, tiene como

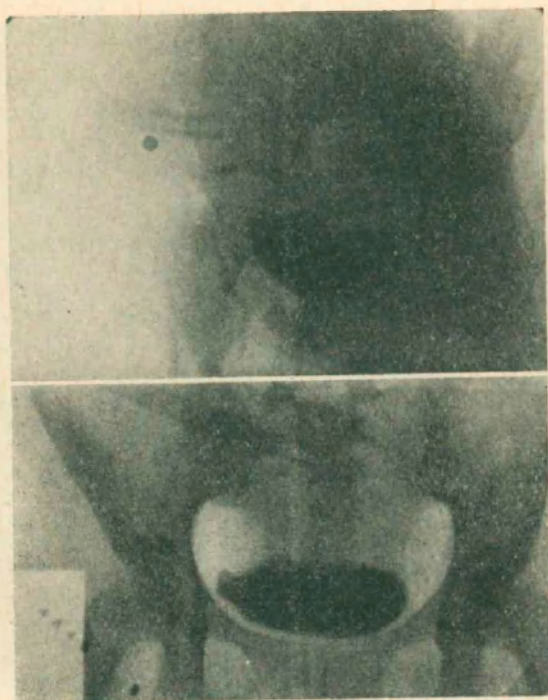


Figura 5

accidente la sección total del uréter y lo liga para que el riñón por aumento de presión en la pelvis y los cálices, ceda en su función y lo anula (funcionalmente), o cuando existe un cálculo enclavado en uréter cierto tiempo, el riñón se bloquea y su función desaparece, se nos ocurrió decíamos, que si oponíamos un obstáculo a la salida de la orina, el riñón podría dejar de funcionar y la nefrectomía se hubiese evitado. Y como intentar, siempre vigilando a la enferma de que no se produjesen fenómenos de retención aguda en pelvis renal o infecciosos, no costaba nada, pusimos en práctica este procedimiento. Quitamos el tubo de drenaje por donde fluía constantemente orina y con tela adhesiva afrontamos fuertemente los labios de la fistula. Como no se produjera nada en su riñón derecho que nos llamase la atención (dolor, temperatura, riñón palpable, etc.) dejamos dicho vendaje con tela adhesiva durante 5 días, notando con sorpresa que la superficie externa de la fistula estaba cerrada y que la salida de orina había cesado. Hicimos levantar a la enferma y al día siguiente por un pequeño orificio comenzó a salir orina en escasa cantidad. Avivamos los bordes del pequeño orificio con una cureta

e hicimos lo mismo que anteriormente, es decir afrontamiento de los bordes con tela adhesiva. A los 7 días se quitó la tela encontrando el orificio perfectamente cerrado, sin ninguna anormalidad en sus partes vecinas ni en su riñón derecho.

Un nuevo examen radiográfico practicado pocos días después nos mostró:

*Uroselectán 5'*. 22-X-42. (Fig. N° 6). Buena eliminación en el lado izquierdo con pelvis, cálices y uréter de aspecto normal. No hay eliminacin en el lado derecho.

*Uroselectán 20'*. (Fig. N° 7). Igual imagen en el lado izquierdo que a los 5' . Lado derecho se visualiza la pelvis y los cálices dilatados. Uréter no visible.

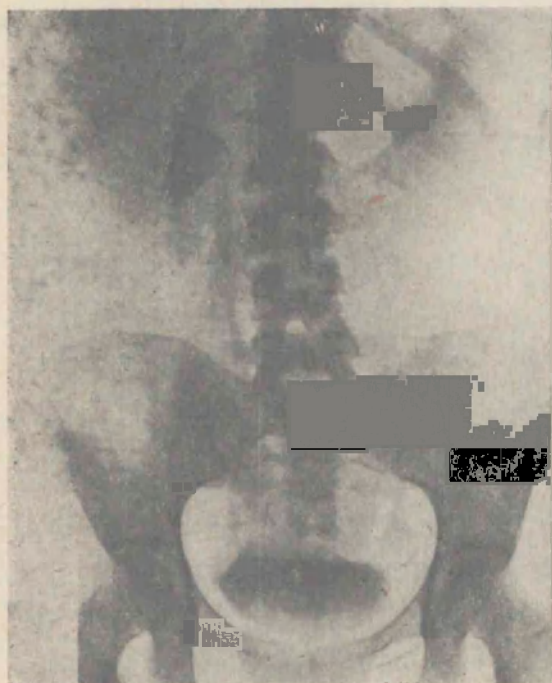


Figura 6



Figura 7

*Uroselectán 50'*. (Fig. N° 8). Lado izquierdo igual imagen que en las radiografías anteriores. Lado derecho: pelvis y cálices dilatados. Uréter visible hasta la articulación sacro-iliaca derecha. Se visualiza una pequeña porción del uréter derecho en su vecindad vesical.

*Ureterografía derecha*. 22-X-42. (Fig. N° 9). La sonda ureteral penetra unos 8 cms. y el líquido de contraste inyectado, penetra hasta una distancia de unos 6 cms. y refluye e vejiga.

En estas condiciones y no presentando la enferma ninguna molestia, se le da de alta para que concurra nuevamente al Servicio dentro de 3 meses, siempre que no se presentasen antes molestias en su riñón derecho.

Vista nuevamente la enferma, 3 meses después, se nos presenta con un óptimo estado general. Ha aumentado unos 8 kilos de peso. Riñones no se palpan ni existen puntos dolorosos, con orinas límpidas.

Un nuevo examen radiográfico muestra:

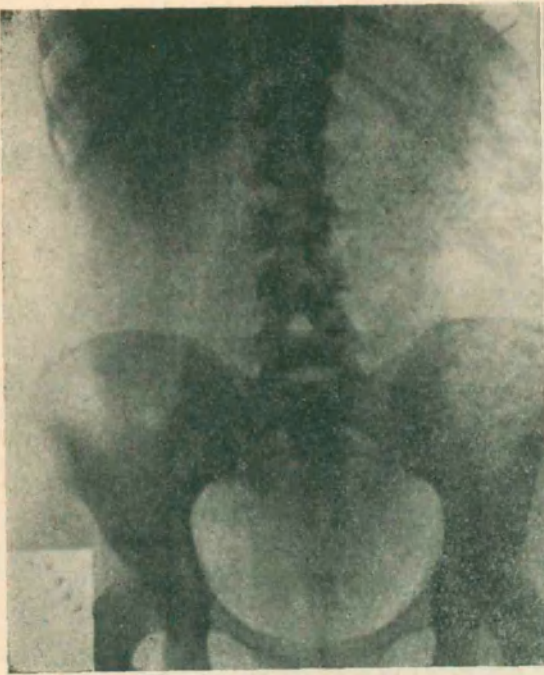


Figura 8

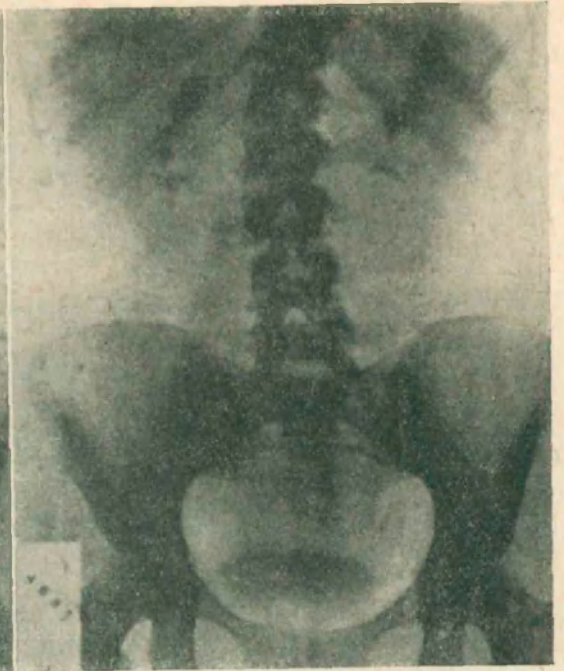


Figura 9

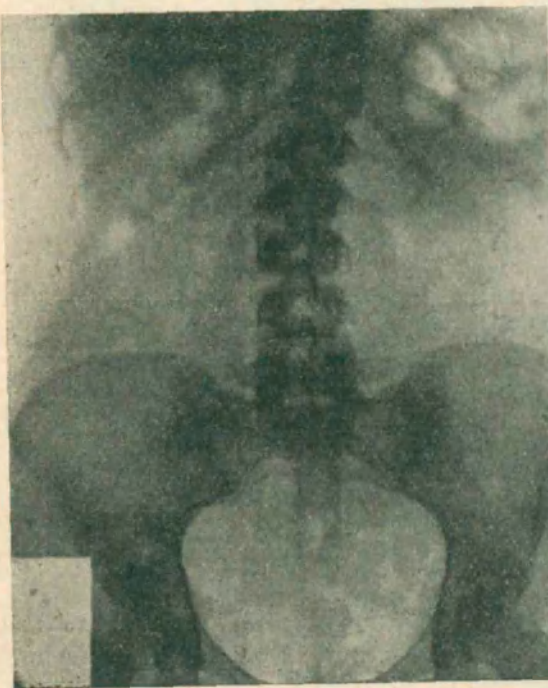


Figura 10

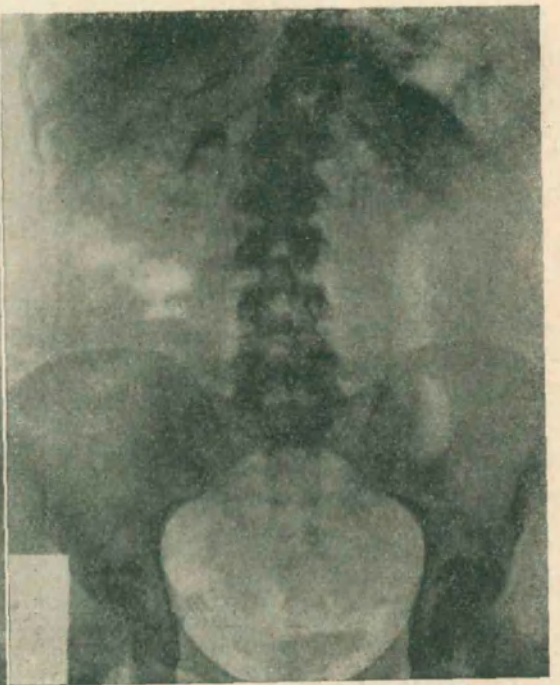


Figura 11

*Radiografía simple.* 18-I-43. (Fig. N° 10). Negativa.

*Uroselectán 5'.* (Fig. N° 11). Buena eliminación en ambos lados, visualizándose la pelvis, los cálices y porciones de uréter, de aspecto normal. Llama la atención la reducción de la pelvis y cálices del lado derecho, que en estas radiografías es de aspecto normal.

*Uroselectán 20'.* Imágenes de pelvis, cálices y uréteres de aspecto normal en ambos lados. La extremidad interior del uréter derecho, se encuentra algo dilatado y ligeramente flexuoso.

Una cromocistoscopia muestra que el índigo carmín se elimina a los 6' en ambos lados con buena intensidad.

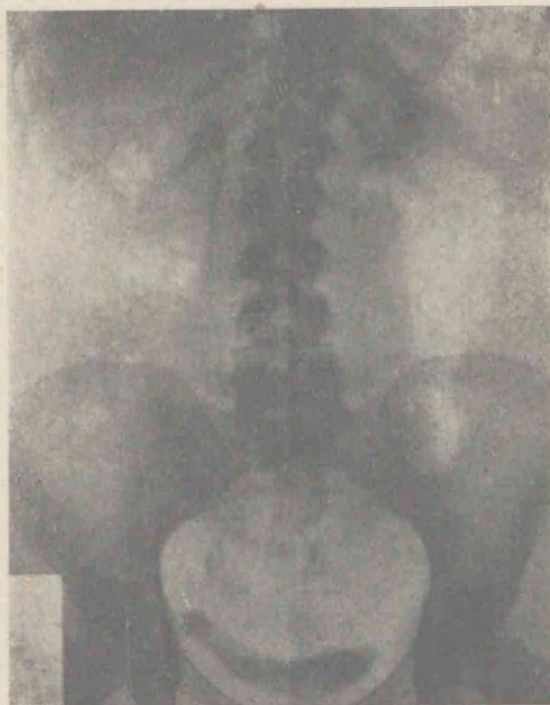


Figura 12

#### COMENTARIOS

Si bien por los exámenes anteriores, fístula urétero-cutánea, que eliminaba la misma cantidad de orina que la que orinaba espontáneamente la enferma, la falta de eyaculación del lado derecho, la falta de eliminación del índigo carmín por el orificio ureteral derecho y si su salida por el trayecto fistuloso y la falta de progresión de la sonda ureteral más allá de 8 cms. hablaban en favor de una fístula urétero-cutánea completa, la evolución ulterior y los exámenes radiográficos y funcionales nos hicieron desechar nuestra primera opinión. En efecto hubiese sido excepcional o muy difícil que en una sección total del uréter el haberle opuesto un obstáculo a la salida de orina, ésta hubiese encontrado el extremo distal y el restablecimiento normal de la orina fuese su con-

secuencia. Hoy, después del último examen radiográfico y de la prueba del indigo carmín, nuestra manera de pensar varió y creemos que la sección del uréter fué parcial y la falta de llegada de orina a vejiga fué debida al edema y a la infiltración de los tejidos próximos al lugar de la sección, producidos y entretenidos por la presencia del tubo de drenaje. Fué suficiente quitarlo y afrontar los bordes de la fístula para que todo volviese a la normalidad.

Consideramos este caso interesante y de enseñanza, para hacernos agotar todos los recursos a nuestro alcance, en casos semejantes, antes de tomar una decisión quirúrgica, como la que pensábamos llevar a cabo en nuestra enferma.

---