

REIMPLANTACION INTESTINAL DEL URETER EN UN CASO DE FISTULA ILIACA POR FRACASO DE OPERACION DE COFFEY

Por el Dr. RODOLFO I MATHIS

Entre los casos publicados en colaboración con el Dr. Gerardo Vilar con motivo de la cistectomía total como tratamiento de ciertas formas de neoplasias de la vejiga, el que figuraba como observación N° 3, había quedado con una fístula iliaca ureteral que le acarreaba una verdadera invalidez; para obtener una vida más llevadera nos ingeniamos en colocarle una sonda Pezzer N° 2, que permitió recoger la orina en un reservorio "ad hoc".

En la figura N° 1, puede verse la fotografía del enfermo en estas condiciones. Esta fístula no fué óbice, sin embargo, para emprender el tercer tiempo (Cistectomía), con el óptimo resultado que relatáramos.

Con el objeto de su curación, nos propusimos reimplantar el uréter en el colon descendente.

La intervención se realizó el 15 de enero del corriente año.

A. B. Cama 55; 3er. piso. Sanatorio Lavalle.

Preparación previa del intestino con sulfosuxidina y purgantes.

Anestesia: Raquinovocaina 0.12 grs. entre XII D. y I^a L.

Operador. Dr. Mathis. Ayudante. Dr. A. Claret.

Incisión lumbar oblicua izquierda, tipo Israel, en posición lateral de abordaje renal.

Se investiga el uréter en el extremo anterior, tratando de aislarlo del magma cicatricial; se secciona lo más bajo posible. Se abre la serosa peritoneal por delante del colon descendente y se extraperitoniza una parte del colon a nivel de una franja en una extensión de 8 centímetros, previa ligadura y ectomía de algunos apéndices epiploicos, que molestan. Se confecciona un túnel a lo Papin de unos 6 centímetros por el que se pasa el uréter, que está dilatado, del tamaño de un dedo meñique. Se perfora ampliamente la mucosa en su parte inferior y se invagina con doble jarreta de algodón. El extremo proximal del uréter se fija meticulosamente al colon. Todo ello se ejecuta en la profundidad, con alguna dificultad. Sulfamida local. Drenaje con goma de guante. Cierre por planos con catgut. Piel con algodón. Curación.

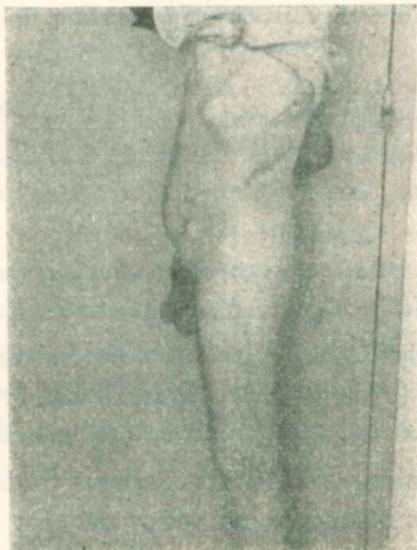


Figura 1



Figura 2

Sonda rectal a permanencia. Se continúa con sulfasuxidina.

Post-operatorio: febril los tres primeros días. La sonda rectal recoge una diuresis de 1800 grs. diarios.

El día 22 el enfermo siente su curación empapada con orina, continuando los días 23 y 24.

Se prescribe posición lateral derecha y desde el día 25 la curación permanece seca. El enfermo es dado de alta el 4 de febrero, curado.

La fotografía N° 2 muestra al enfermo con su fistula absolutamente cerrada.

Los casos publicados de reimplantación o reintervención después de operación derivativa tipo Coffey son muy poco numerosos.

En nuestra investigación bibliográfica sólo hemos encontrado una observación de Hugh Jewett, (*Jour of Urol.* 52:536,1944), que se reinterviene por fistulización a los 15 días de la anastomosis, con éxito.

Posteriormente Seymour Wilhelm y Selwyn Freed (*Jour. of Urol.* 54: 241,1945), publican dos observaciones personales. En la primera se había efectuado el procedimiento II de Coffey, por vejiga retraída, sobreviniendo una fistula ilíaca como en nuestra observación, pero en el lado derecho. En la operación se encontró una separación entre el extremo ureteral y la sigmoide. Se reimplantó con pleno éxito.

En la segunda observación, la neostomía no funcionó, después del 4º día (Enferma operada del lado derecho por extrofia vesical). Se reinterviene a las dos semanas con buen resultado.

Existe una cita de Stereus (*Jour. of Urol.* 46:57,1941) que no hemos podido encontrar.

En todos los demás casos se ha resuelto el problema por nefrostomía, ureterotomía cutánea definitiva, pielostomía o nefrectomía, con las consecuencias fáciles de prever.

Conceptuamos interesante el relato de esta observación por la posibilidad de actuar en forma conservadora en casos de fistulas ureterales, y aún, cuando por hallazgos operatorios, se decida una cistectomía total como primer tiempo dejando ureterostomías cutáneas como aconsejara Beer.

Es necesario recalcar que hemos visto en nuestras prácticas que con cierta frecuencia después de la derivación, el enfermo tiene un drenaje de orina por la herida, que en general cierra espontáneamente, por lo cual nos parece prudente esperar el plazo que aconseja Latzko para las fistulas ureterovaginales, de 45 días antes de reintervenir.

DISCUSIÓN

Dr. Sánchez Sañudo. — *En el último enfermo, ¿no se trataba de un cáncer de próstata que había invadido secundariamente la vejiga?*

Dr. Mathis. — *Es posible; ese enfermo refería que tenía un adenoma de próstata y que se le había hecho una adenomectomía en el servicio del Hospital Rawson. Un mes anduvo bien, pero luego, empezó a tener hematuria, polaquiurea, etc. etc. y posiblemente, fué tratado por un granuloma de la loge. Lo cierto fué que vi a ese paciente al año con lesiones evidentes de neoplasia.*

Fué un caso difícil porque se trataba de una reintervención; se le hizo la ectomía de la vejiga de todo el lado genital, de los muñones uretrales e inclusive, de la loge, hasta la uretra membranosa. A ese enfermo lo seguimos observando. El tacto rectal no revela absolutamente ningún signo de que haya propagación del mal.