

# SOBRE UN CASO DE REOPERACION DE ANASTOMOSIS INTESTINO URETERAL

(CONTRIBUCION AL TEMA)

Por los Dres. G. VILAR y J. W. ALVAREZ COLODRERO

Desde que Thomas Smith en 1878 practicara en Inglaterra la primera intervención con el fin de derivar la orina desde los uréteres hacia el intestino, con el objeto de que el esfínter anal supliera al *esfínter vesical*, reteniendo la orina en la ampolla rectal, a objeto de evitar la incontinencia de orinas, intervención que fué seguida de un ruidoso fracaso, muchos otros siguieron la huella de Smith y es así que Maydl en Alemania, Bergenhim en Suecia, Pizza en Italia y Peters en el Canadá relatan otros tantos éxitos operatorios practicados casi exclusivamente en la estrofia vesical: no es sin embargo hasta el año 1911 en que Robert C. Coffey hace conocer su técnica de neointerposición que lleva el N° 1: como contribución de importancia Coffey hace notar que los únicos éxitos duraderos de su técnica se observan en aquellos casos en que la neoboca se hace a nivel del colon sigmoideo. Dos veces modificó su técnica quirúrgica Coffey buscando en ambas un mecanismo valvular que en el extremo inferior del uréter defendiera al aparato urinario superior de la infección ascendente.

Jewett, Hutchin y muchos otros han descripto técnicas que llevan sus nombres y que tienden a suprimir los inconvenientes y fracasos de esta operación.

Muy largo y escabroso ha sido el camino hasta hoy recorrido y consideramos que la tunelización de la pared intestinal dando un lecho que el uréter recorre en una extensión de 3 ó 4 cm. fijado a ella en su límite superior, es la contribución quirúrgica más interesante que en estos últimos tiempos ha permitido mejorar el pronóstico inmediato y mediato de esta intervención.

Deseamos con este nuevo aporte a tan importante tema hacer notar nueva-

mente lo que uno de nosotros en una comunicación que con el Dr. Mathis presentáramos a esta misma Sociedad en la sesión anterior, la absoluta benignidad de la neoimplantación, la suite quirúrgica es de una simplicidad extrema y nuestro paciente, objeto de esta comunicación, a los 8 días en las tres intervenciones practicadas, comenzó a levantarse cual ocurre en las apendicitis a frigore. Aun el primer Coffey, que luego se demostró fué obstructivo, no trajo ningún inconveniente postoperatorio, de tal manera que nos sorprendió la falta de orina por el recto.

*Historia Clínica* Nº 432 - 459 - 512. P. P. 50 años. Carnicero.

*Antecedentes personales:* Nunca venéreas. No recuerda haber estado enfermo nunca. Fué maduro y bebedor moderado.

*Antecedentes enfermedad actual.* Comienza su enfermedad hace 4 años con una intensa hematuria total que dura varios días y que lo lleva al médico, en esa fecha lo ve uno de nosotros que diagnostica papilomatosis vesical difusa que se la electrocoagula por vía endoscópica en pocas sesiones, indicándosele la necesidad de vigilarlo periódicamente; el enfermo desoye el consejo aduciendo no haber tenido ninguna molestia y deja pasar tres años sin concurrir al examen, volviendo al cabo de ellos con polaquiuria intensa, dolor al final de la micción y hematuria constante acusando una pérdida gradual de peso.

En estas condiciones se levanta el siguiente estado actual:

Enfermo desnutrido, ha perdido 6 kilos de peso en estos últimos meses.

*Orinas globales:* Aspecto de carne lavada.

*Riñones y Uréteres:* Al examen físico nada anormal.

*Cistoscopia:* Con 100 c.c. Vejiga irritable que sangra al menor contacto. Se notan formaciones carnosas que ocupan literalmente todo el bajo fondo y la pared lateral derecha de la misma, englobando en su masa el meato ureteral derecho.

*Radiografía Simple:* Negativa

*Urograma de excreción:* A los 5' muy buena eliminación por ambas glándulas con vías excretoras altas de aspecto normal, muy marcada dilatación del uréter del lado derecho, a los 25' el cistograma demuestra la falta de relleno de la pared lateral derecha con vastas zonas lacunares que deforman el resto de la imagen vesical.

*Tacto:* Próstata normal. Por arriba de ella se toca un plastrón doloroso que corresponde a la vejiga infiltrada.

*Azoemia:* 0.36.

*Glucemia:* 0.83.

*Diuresis media:* 1.200 c.c.

*Operación:* Con el diagnóstico de papiloeptelioma vesical difuso se practica el 22/XI/45 el Coffey del lado derecho.

*Cirujano:* Dr. Gerardo Vilar. Ayudantes: Dr. Alvarez Colodrero y Gómez del Campo. Anestesia raquídea. Incisión iliaca derecha. Se separan los músculos por divulsión. Se rechaza el peritoneo reconociendo y liberando el uréter que se lo halla muy dilatado, se lo secciona entre dos ligaduras muy próximo a vejiga. Se abre peritoneo por una pequeña brecha, se reconoce y exterioriza a través de ella el sigmoideo que se lo peritoniza dejando exteriorizado el sitio de elección (franja). Se tuneliza en una extensión de 4 cm. entre muscular y mucosa a través de la cual se pasa al cabo superior del uréter previa jareta de la boca distal del túnel. Se fija el uréter a la muscular por dos puntos. Se toma la mucosa intestinal con pinzas de Chaput

a nivel de la extremidad distal del túnel y se lo une a la extremidad del uréter por intermedio de un punto perforante que se anuda fuertemente. Se reconstruye la pared por planos dejando tubo de drenaje a nivel del cabo vesical del uréter.

*Postoperatorio:* Se coloca sonda rectal a permanencia. A las 48 horas se retira el tubo. La sonda rectal no da orina. A los 8 días se retiran los puntos y el enfermo comienza a levantarse sin que haya eliminación de orina por el recto. El 28 XII 1945. Se practica un Urograma de excreción que demuestra la absoluta falta de función del riñón derecho.

Se resuelve entonces practicar una neoimplantación en el lado derecho con el objeto de tratar de salvar el riñón cuyo uréter ha quedado definitivamente bloqueado.

4.III 46. *Reoperación:* Anestesia raquídea que se continúa con éter. Cirujano: Dr. Gerardo Vilar. Ayudantes: Dr. Alvarez Colodrero y Dr. Gómez del Campo. Incisión en flanco derecho por encima de la anterior cicatriz quirúrgica. Se reconoce el cabo ureteral en una magma de adherencias, con dificultad se lo libera en toda la extensión posible y se hace la neoimplantación al colon ascendente teniendo el cuidado de seccionar el uréter en bisel que deja salir en ese instante orina en retención que inunda el campo operatorio: se deja un taponamiento de gasa

*Postoperatorio:* muy bueno. La sonda rectal de inmediato comienza a dar orina. A los 6 días se retira el tapón de gasa. Cicatrización por prima. A los 8 días se retiran los puntos y el enfermo comienza a levantarse.

10 IV 46. *Urograma de excreción:* que muestra a los 25 eliminación por la glándula derecha la que se hace muy aparente a los 45'.

26 IV 46.

29 IV 46. Se practica con raquídea Coffey del lado izquierdo. Postoperatorio: normal. Alta el 8 de mayo de 1946.

#### CONSIDERACIONES

Creemos que el caso que presentamos tiene un real interés por cuanto:

1º La complicación obstructiva del 1º Coffey pudo ser subsanada con una nueva feliz intervención.

2º En la literatura hay sólo 2 ó 3 observaciones de casos similares, una de ellas pertenece a nuestro compañero el Dr. Mathis.

3º Desde la primera intervención las molestias vesicales disminuyeron considerablemente siéndonos difícil convencer al paciente de la necesidad de nuevas intervenciones.