

## SECCION QUIRURGICA DEL URETER. RESULTADO DE SU REPARACION QUIRURGICA EN UN CASO

Por el Dr. JUAN IRAZU

Es esta la segunda vez que debemos intervenir por un traumatismo quirúrgico del ureter. El primer caso, se trataba de una ligadura del conducto al practicar el cirujano una histerectomía subtotal. En esa oportunidad se estableció una fístula post-operatoria que terminó luego por una nefrectomía. No se intentó en ese caso la reparación del órgano por creerla inconveniente.

En el presente caso se trataba de una sección transversa del uréter en una enferma, M. M. de B., de 35 años, ficha N° 2847, del Servicio de Cirugía del Hospital Argerich. La misma fué sometida a una intervención quirúrgica por mioma uterino y quiste del ovario derecho.

El quiste era del tamaño de una naranja y fué necesario liberarlo parcialmente para poder practicar la histerectomía.

Posteriormente se completó la liberación del quiste y su extracción. Se inició la maniobra de atrás adelante sin visualizar el uréter en su situación normal. Al llegar a su posición antero externa y seccionar las adherencias se cortó accidentalmente el uréter pelviano. Dicho órgano habia sido desplazado por el quiste. Después del accidente el cirujano reparó ambos cabos, con pinzas y los disecó para evitar su retracción. Terminó el acto quirúrgico con la disección y extirpación total del quiste.

En tales circunstancias fué solicitada nuestra colaboración, la que se limitó a la reparación término-terminal del uréter. Los extremos del órgano fueron regularizados por sección a bisturí por debajo del punto de atricción que producía la pinza. De inmediato se colocó un cateter ureteral N° 12 que llegó por cabo proximal a la pelvis renal, y por el cabo distal se dejó perdido en la vejiga.

Sobre el mismo se suturó con puntos separados alrededor, de catgut simple 00, no perforante y un segundo plano con el mismo tipo de sutura de algodón.

A nivel de la sutura se reconstruyó la advertencia y fascia ureteral dejando en contacto un drenaje de goma.

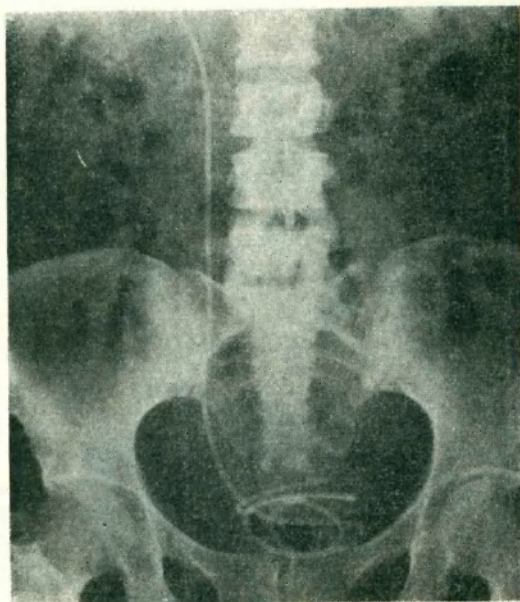


Figura 1

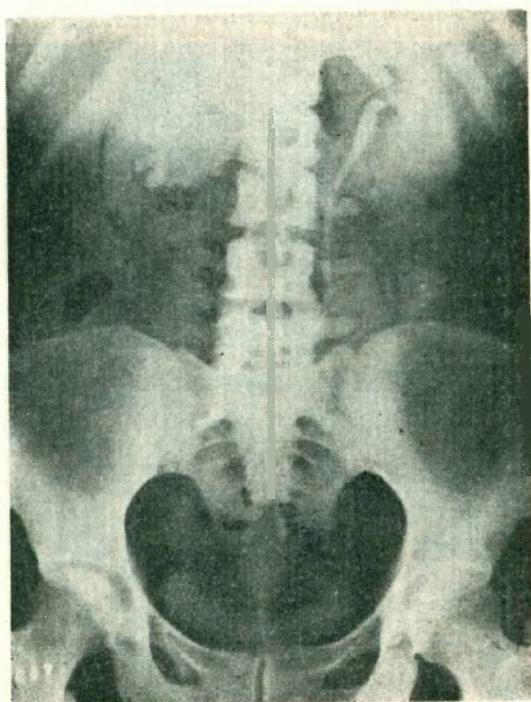


Figura 2

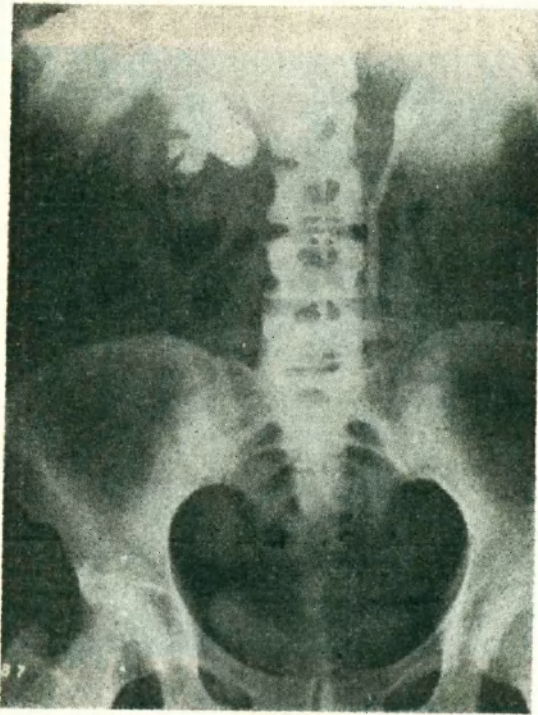


Figura 3

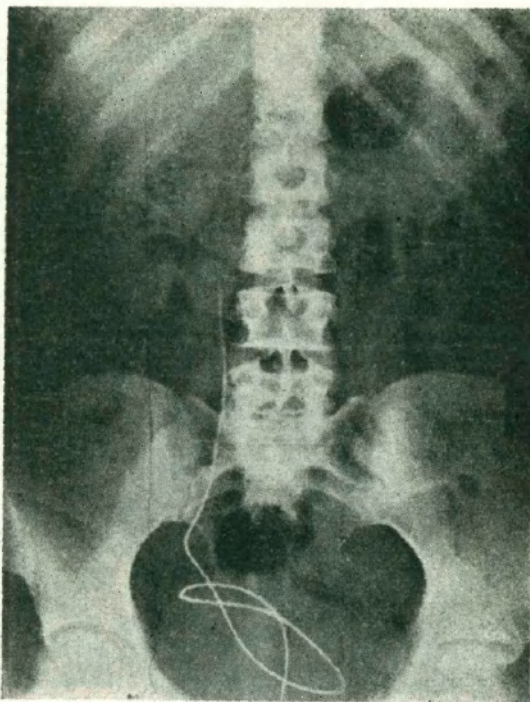


Figura 4

El cirujano terminó la intervención con la peritonización de las superficies cruentas, y cierre de la pared.

*Marcha de la operación:* Al día siguiente, la enferma acusó dolor del flanco y lumbar derecho por obstrucción del catéter que cedió a la medicación analgésica instituida. El estado general era bueno, la herida en perfecto estado y la enferma sólo acusaba leves molestias al orinar, debido al catéter. En los días que transcurrieron hasta el 22 de julio de 1947, su estado es bueno, pero siempre se mantiene cierta incertidumbre sobre evolución favorable del caso. Así fué que el día 23 de julio de 1947, al extraer el drenaje, apareció abundante orina retenida por la herida ante el asombro de la paciente y nosotros mismos que vislumbrábamos un rotundo fracaso de la reparación efectuada.

La fistulización estaba pues establecida, sólo faltaba saber cuál sería su evolución ulterior, no había motivos de alarma y después de consultar la opinión de los colegas del Servicio optamos por esperar, manteniendo el catéter.

29 de julio de 1947. Al retirar los apósitos observamos con grata sorpresa que estaban secos y que la herida no drenaba orina. Hasta entonces se había instituido como medicación, hidratación con suero, spomalgina y penicilina.

Los días subsiguientes la enferma mantiene su buen estado general, la herida recupera su cicatrización, se suspende la penicilina administrándose 1,50 grs. de sulfatiazol y una cápsula de Vitamina A. de 33333 diarias.

2 de agosto de 1947. Radiografía directa para verificar la situación del catéter. Este aparece ubicado a lo largo del trayecto ureteral desde pelvis a vejiga. (Foto 1).

El día 8 de agosto de 1947, se retira el catéter ureteral con pinzas de cuerpo extraño sin incidencias y la orina se mantiene levemente piúrica. El análisis de orina practicado acusa escasos pirocitos y estigios de albúmina.

18 de agosto de 1947. Se practica una pielografía descendente que revela un uretropielograma normal del lado izquierdo, nefromegalia discreta y dilatación pelvicalicial derecha, sin trazado ureteral visible. La paciente es dada de alta en tratamiento. (Fotos 2 y 3).

27 de octubre de 1947. En asistencia, en consultorio externo se lleva a cabo una cromocistoscopia y meatoscopia con el siguiente resultado. Eliminación del índigo-carmín en el lado sano a los 7 minutos con ritmo de eyaculación cada 20 segundos. En el lado operado, ritmo acelerado, cada 12 segundos, contracción fugaz, eyaculación en humo de pipa. Buena intensidad del colorante.

El día 21 de noviembre de 1947. Cateterismo ureteral del lado operado. Se intenta pasar un catéter N° 12 que no pasa por el meato, en cambio uno N° 10 recorre todo el trayecto ureteral, sintiéndose un pequeño resalto probablemente a nivel del afrontamiento situado a unos 10 cms. de meato ureteral. (Foto 4).

#### COMENTARIOS

Han transcurrido cuatro meses de evolución de nuestra operada y la consideramos favorable, sin poder decir a ciencia cierta cual será su porvenir.

Las heridas transversas del ureter son sin duda las de más difícil afrontamiento y se suceden como en nuestro caso, más frecuentemente por operaciones sobre los órganos femeninos de tipos diversos, quístico ó tumoral.

La frecuencia de la sección del ureter ha sido establecida por diversos autores de capacidad reconocida y alcanza cifras alarmantes por lo que se ha recurrido para evitarlo a maniobras de prevención como ser el cateterismo ureteral

previo a la intervención. A veces, la imposibilidad de efectuarlo se debe a las desviaciones del conducto.

Establecida la sección del ureter durante el acto quirúrgico, lo mejor es su reparación inmediata cabo a cabo sobre sonda que evita la peritonitis en los casos de infección. El cateter se dejará en permanencia todo el tiempo necesario dada la perfecta tolerancia, claro está que el ideal sería una prolija sutura con instrumental para suturas vasculares y dejarlo sin sonda; algo similar a lo que se hace en las uretrorrafias para evitar la estrechez secundaria.

Esto requeriría una derivación de orina por nefrectomía para evitar así la contaminación de la sutura, lo que no siempre es posible en casos imprevistos por distintas razones.

Las complicaciones habitualmente encontradas son: la infección, la estrechez y uronefrosis.

Las mismas pueden ser controladas por el exámen periódico seguido de dilataciones del ureter y tratamiento de la infección.

No debemos olvidar que el ureter en esencia, tiene una estructura similar a otros órganos del sistema evacuador y por lo tanto es posible su recuperación.

Su función es la de transportar la orina desde la pelvis hacia la vejiga, gracias a su peristalsis.

Se creía de acuerdo con Papin que la peristalsis ureteral se hacía por una onda única que nacía a nivel de la pelvis y se prolongaba hasta la vejiga emitiendo el chorro de orina.

Fuchs, en 1931, estableció la teoría del cistoide, es decir, que el ureter estaría formado por segmentos independientes en número variable y que cada uno de ellos representaría una verdadera vejiga con su detrusor y esfínter.

Esta disposición segmentaria del ureter similar para sus vasos, nervios y centros neurales, explicaría la posibilidad de la recuperación del ureter después del tratamiento.

Por lo tanto, estamos ante un nuevo caso de cirugía conservadora del ureter cuyo porvenir deseamos asegurar manteniendo los principios de la asepsia y la dilatación que evitarían el futuro la cirugía mutilante.

#### DISCUSIÓN

Dr. Granara Costa. — *Deseo contribuir a la discusión de la comunicación del doctor Irazú con un caso similar al relatado por el mismo.*

*En ese paciente se hizo una plástica término-terminal del uréter, dejándose una sonda en permanencia en el uréter. A las 48 horas, empezó a drenar la orina por el avenamiento que se había dejado. Entonces, se procedió a efectuar un nuevo cateterismo, dejando colocado el catéter. Una vez que se hizo el cateterismo con la nueva sonda, se retiró la que se había colocado anteriormente.*

Después de 15 o 20 días, se procedió en la misma forma en que lo ha hecho el doctor Irazu. Dejó de drenar orina por el drenaje dejado en la operación y la enferma, aparentemente, curó drenando perfectamente por la vejiga.

Dr. Ercole. — Deseo recordar una observación de sección traumática de uréter, caso que he presentado en la Sociedad Argentina de Urología.

Se trata de un niño, en el que hicimos la sutura término-terminal del uréter. Agregamos en ese caso, una nefrostomía de carácter temporario, interpretando que el drenaje del riñón al poner en reposo la zona suturada podía beneficiar grandemente el éxito de la sutura. La evolución fué sumamente satisfactoria. Dejamos un drenaje —no recuerdo exactamente por cuántos días— pero lo cierto es que la recuperación anatómica y funcional de la vía excretora fué completa.

Quería mencionar la posibilidad que existe de hacer un drenaje temporario en las suturas del uréter, las que pueden beneficiar al paciente como resultado de la anastomosis, beneficio análogo al que resulta del drenaje hipogástrico en los casos de sutura de la uretra.

Dr. Hughes. — En cierta oportunidad, vi un paciente que había sido sometida a una intervención quirúrgica.

Hicimos con éxito un tubo en T. Una de las ramas del tubo en T lo ligamos, de manera que se dejaba una parte del tubo en T como túnel, otra parte como guía, haciéndose el drenaje por la parte alta de ese tubo en T.

Ese tubo lo colocamos por encima de la sección quirúrgica, a 4 ó 5 centímetros de distancia. Esa sonda tiene la ventaja de que como es corta se oblitera con más dificultad, pudiéndose mantener el drenaje por más tiempo.

Este es un detalle que quería relatar por ser práctico y de cierta utilidad.

Dr. Vilar. — En las secciones de uréter, la orina tiende a seguir su curso por el uréter distal.

A nosotros nos ocurrió un caso sumamente curioso. En el Hospital Alvear, nos trajeron desde la provincia de Buenos Aires, una enferma que había sufrido una operación mutilante. Al hacérsele esa operación, el cirujano al ver que había lesionado el uréter le dejó un drenaje. Esa enferma tenía un tubo de bastante calibre en la herida operatoria; por ese tubo salía gran cantidad de orina.

Ahora bien; pensando que en las fistulas uretro-vaginales, la orina corre espontáneamente buscando salida por el uréter distal, sacamos el tubo que tenía la enferma. A los pocos días, el urograma nos mostró que se había restablecido la vía ureteral.

Quizá sea suficiente un drenaje peri-ureteral, al hacerse la sutura, como defensa, por si llegara a filtrar algo de orina. Quizá al retirarse el tubo, pueda

conseguirse que la orina vaya por las vías naturales nuevamente, sin perjuicio de que después se hagan las derivaciones.

El urograma nos proporciona la satisfacción de seguir la evolución de estos pacientes.

Dr. Trabucco. — *El problema de la reivindicación de un uréter traumatizado, uréter por el que circula orina sin infección, es más benigno que cuando la orina está infectada.*

El doctor Ortiz, debe recordar, posiblemente, que en el Hospital Rawson se operó una enferma, en cierta ocasión, la que se le hizo una uretrotomía por litiasis ureteral. El cirujano que la operó, tuvo la mala suerte de hacer la sección del uréter, en forma dramática, no con bisturí, sino que al meter el dedo por debajo del uréter, éste se le quedó en la mano. Sin embargo, y no obstante tratarse de un riñón que estaba en mal estado, como el otro estaba aun en peores condiciones, tuvo la precaución y el coraje de poner dos puntos en las terminaciones ureterales y afrontarlos. Por supuesto, que se trataba de un riñón infectado, en malas condiciones.

Todos los que asistimos a esa intervención, nos hicimos esta composición de lugar: esto es perder el tiempo, porque ese uréter infectado va a perder su contacto y se va a perder el riñón con una nefrectomía secundaria, hecha en muy malas condiciones, por lo que probablemente, la enferma iba a morir.

A pesar de todo, la enferma drenó orina por el avenamiento lumbar durante quince días. Poco a poco, fué cerrándose el drenaje lumbar; terminó con el cateterismo del uréter lesionado, con restitución magnífica de la función renal y anastomosis de los dos cabos ureterales.

Hoy en día, ante una sección de uréter, si hay orinas sanas, debe plantearse siempre la anastomosis término-terminal y no ser tan categóricos como lo son los ginecólogos, que ante una lesión de uréter, extirpan el riñón.

Los urólogos deben tomar a nuestro cargo esas secciones de uréter y al salvaguardar la integridad de ese uréter, salvamos el riñón.

Dr. Surra Canard. — *Desearía que el doctor Hughes me aclarara una cosa. Me agradaría saber si la rama inferior del tubo de Kerr está colocada en el área de la sutura término terminal.*

El doctor Hughes hace unos dibujos en el pizarrón, aclarando su explicación anterior.

Dr. Ercole. — *Considero que es preferible no dejar tubo en el sitio de la sutura del uréter.*

El objeto del drenaje sería ese: no dejar tubo que llegara a la altura de la sutura y en cambio, hacer drenaje que se podría hacer muy bien con el tubo de

*Kerr o como hicimos en el caso en que hice mención, porque era una sección alta a través de una nefrectomía.*

Dr. Irazu. — *Agradezco a mis colegas la amabilidad que han tenido al contribuir a la discusión de mi comunicación.*

*Al doctor Granara Costa, no solamente le agradezco su colaboración, sino que le solicitaría, como enseñanza, que me diga cuál fué el resultado alejado de esa intervención para saber qué debemos hacer nosotros.*

*Agradezco también al doctor Ercole su amable referencia al caso. Deseo significarle que nosotros hemos pensado en la posibilidad de la nefrostomía. Igualmente que mantenemos la derivación vesical de las orinas y no dejamos sonda en la uretra para evitar las estrecheces en las uretrorrofias. En lo que dice el doctor Ercole de no dejar el tubo a nivel de la sutura, yo no tengo experiencia al respecto, pero diversos trabajos sobre la materia me enseñan que el uréter se repone extraordinariamente sobre un tubo, aun no suturándolo y eso en trayectos largos que alcanzan casi a los diez centímetros. Este procedimiento se ha llevado a cabo en las plásticas por uronefrosis.*

*Considera muy interesante la sugestión de nuestro colega uruguayo, doctor Hughes, de dejar el tubo. No pienso que quizá se podría dejar a nivel del mismo traumatismo, teniendo en cuenta lo que se hace en otros casos, pero siempre manteniendo la derivación. Es muy cierto que la técnica que refiere el doctor Hughes evita la nefrostomía por una operación menor. Lo lógico sería llevar a la práctica la insinuación del doctor Hughes, que es muy interesante, y así trataremos de hacerlo en algún caso.*

*Al doctor Vilar, deseo manifestarle que en esa oportunidad se dejó drenaje y a pesar de eso, sucedieron las cosas que he mencionado en mi trabajo. Se dejó un drenaje de goma a nivel del sitio traumatizado; además, se suturaron las capas adventicias y tejidos conjuntivos.*

*Finalmente, le agradezco al doctor Trabucco la referencia que hizo, en el sentido de que la nefrectomía no es siempre una operación satisfactoria como mencionan muchos colegas cuando han hecho una buena nefrectomía, sino que debemos considerarla una mala operación y procurar, por todos los medios a nuestro alcance, de llegar a la reconstrucción del uréter, a fin de mantener un equilibrio necesario para que la supervivencia de ese órgano no requiera una operación tan cruenta.*

---