

## FISTULAS URETEROVAGINALES POST WERTHEIM

Por el Dr. CARLOS RAUL GONZALEZ

Comentaremos tres casos de fístulas uréterovaginales de etiología isquémica post histerectomía ampliada, haciendo algunas consideraciones acerca de su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Desde los trabajos de Sampson y posteriormente de Daniels, ha quedado establecido que la irrigación ureteral es servida por ramas diversas (arteria renal, ovárica, aorta, hipogástrica, uterina, vesical, etc.) que forman un plexo que corre por la adventicia del uréter desde donde éste se nutre.

Al proceder, en uno de los tiempos de la operación de Wertheim y especialmente en la de Meigs al "pelado del uréter" y su abandono en el lecho cruento extraperitoneal, se sientan las premisas para la producción de las fístulas uréterovaginales por necrosis isquémica.

Las estadísticas generales, sitúan, en alrededor de un 12 %, con o sin cateterismo previo de los uréteres, la incidencia de esta complicación.

Ultimamente Novak con algunas modificaciones en la técnica (individualización previa del uréter, respeto a toda costa de la adventicia, sección tardía de la uterina, no provocando acodaduras del uréter y sobre todo haciendo el trasplante intraperitoneal de los uréteres) ha reducido su propia estadística de 10 a 1 %.

Producida la fístula, se inicia una grave repercusión sobre la vía urinaria alta, consecuencia de la dilatación e infección, que si no es tratada precozmente lleva a la pérdida irreparable de la función renal.

La curación espontánea o médica de la fístula es a cargo de la casi segura muerte del riñón, razón por la cual, su tratamiento quirúrgico precoz mediante la derivación urinaria o la uretrovesicostomía es mandatoria. Nuestros casos aunque precozmente tratados, han debido pagar un alto tributo.

Se presentan tres casos de fístulas ureterovaginales por necrosis isquémica.

*Caso 1: J. de V., 40 años. — Ficha Nº 3.712. Año 1957. Instituto Médico Río Cuarto. Histerectomía ampliada por cáncer de cervix según técnica de Meigs. Post-operatorio inmediato, normal, alta a los quince días. Siete días después comienza a perder orina por vagina en forma tal que no tiene ninguna micción normal. Enferma febril en mal estado general; se presupone fístula uréterovaginal bilateral con serias lesiones de la vía urinaria alta, lo que confirma la endoscopia, la prueba del colorante y la urografía de excreción. Se intenta cateterismo ureteral, imposible de realizar, y tras unos días de espera, se resuelve la intervención.*

22-2-1958. Bajo anestesia pentotal-novocaína, se realiza la uréterovesicostomía bilateral en un solo tiempo. Post-operatorio normal. Cuatro meses control radiográfico que se repite con fecha 20-2-1959, mostrando una gran eficiencia funcional renal, que confirman las pruebas específicas y coalitativas. Depuración Ureica: Clearance "Standardt": 38 ml. por c. c. (Por ciento de la función normal media: 70.) Filtrado glomerular: 92 c. c. por minuto. Recuento de Addis: Cilindros: 0. Hematíes: 125.000. Leucocitos: 200.000. (Recuento practicado: en 533 c. c. de orina en 12 horas.) Creatinina: 1,7 mg.

*Caso 2: P. de M., 45 años.* — Ficha N° 11.340. Hosp. Reg. Prov. Río Cuarto. En octubre de 1958 operación de Wertheim por cáncer de cuello. Post-operatorio accidentado, flebitis de ambas piernas. Alrededor de los dieciocho días pérdida espontánea de orina por vagina; hay micciones normales. Se diagnostica fístula uréterovaginal izquierda por isquemia, que confirman la endoscopia, la prueba del colorante y la urografía de excreción.

Se intenta cateterismo ureteral, lo que resulta imposible. En diciembre de 1958, y bajo anestesia pentotal-novocaína uréterovésicostomía izquierda. Pos-operatorio sin incidentes.

Control radiográfico en abril de 1959, que muestra anulación funcional de riñón izquierdo. Nuevo control radiográfico en setiembre de 1959, con características similares. Prueba de depuración ureica: 45 %. Urea: 0,60 gr. Natremia: 315 mgr. %. Potasemia: 308 mEq/l ½.

*Caso 3: M. de R., 40 años.* — Ficha N° 10.164. Hosp. Reg. Prov. Río Cuarto. En 1957 con diagnóstico de cuello uterino es sometida a operación de Meigs. Entre los dieciocho y veinte días, pérdida espontánea de orina por vagina con micciones normales. Enferma febril con fuerte dolor en el flanco izquierdo. Cateterismo ureteral izquierdo imposible.

Diagnóstico: fístula uréterovaginal izquierdo confirmada por la urografía de excreción. Se intenta vanamente un nuevo cateterismo ureteral. Estado general muy malo, con fuerte dolor al flanco. Urea: 0,80 gr.; dep. ureica: baja, y previo control de la existencia de un riñón derecho bastante normal, se practica la nefrectomía izquierda, como mejor recurso a la solución del grave estado general creado por la fistulización, y consecutiva infección. Rápida recuperación. Alta a los veinticinco días. Control radiográfico al año, riñón derecho normal. Prueba de depuración ureica: 60 %; urea: 0,45.

#### SUMARIO Y CONCLUSION

Se presentan tres casos de fístulas ureterovaginales por necrosis isquémica, en un caso por operación de Wertheim y en dos por la de Meigs, una bilateral y dos unilaterales izquierdas, tratadas quirúrgicamente por ureterocistoneostomías.

Se hacen comentarios de índole etiopatogénico con especial mención a la vascularización ureteral y de técnica quirúrgica, que pueden reducir la incidencia de esta grave complicación de las histerectomías ampliadas.

#### S U M M A R Y

The writer presents three cases of ureterovaginal fistula through necrosis isquémica, in one case by Wertheim's operation, and in two cases by Meigs' —one bilateral and two left unilaterals surgically treated by ureterocystoneostomy.

Comments of an etiopatogenic nature are made with special mention of uteral vascularization and surgical technique to reduce the incidence of this grave complication of enlarged histerectomy.

#### B I B L I O G R A F I A

- Ricardo Ercole.* — Sociedad Argentina de Cirujanos: Boletines y Trabajos. N° 18, 24-8-1959.  
*O. Deffis.* — Acta del Hospital Córdoba. Año 1957.  
*Carlos Raúl González.* — Patología Quirúrgica del uréter inferior. Acta de la Sociedad de Cirugía de Río Cuarto. Año 1958.

#### DISCUSION

*Dr. Dauria.* — En la operación de Meigs hay que saber distinguirla, porque aquel que nunca haya tenido una fístula uretro-vaginal muy posiblemente no haya efectuado una verdadera operación de Meigs. Quiero decir también que en este trastorno post operatorio hay

una cuestión de suerte estriba en lo siguiente de encontrar ureteres bien irrigados, esta bien demostrado que existen en el sentido de su circulación todas las variaciones. En cuanto al cateterismo previo es inútil no quita ni agrega nada, para prevenir estos trastornos, evidentemente cuando uno entra en la región de la "junction" uretero vesical, "blind zone" donde se trabaja a ciegas no se puede pretender no efectuar una buena disección porque sino es mejor no realizar la intervención. Es en esta zona donde por las vías linfáticas se efectuarán las posibles metástasis.

Nosotros con estas enfermas que hemos tenido fistulizadas hemos podido constatar otra cosa evidentemente de que la cirugía de ser aplicada debe ser inmediata pero tampoco debe ser tan inmediata porque uno no sabe hasta donde el proceso de esclerosis va ha continuar y cerrar el neostoma.

*Dr. J. Pujol.* — En materia de cirugía ginecológica es interesante hacer un estudio urográfico preoperatorio para poder tener una comparación en que lo que había y que es lo que ha quedado. Las fistulas se producen no por la acción directa del cirujano sino por una isquemia secundaria.

*Dr. Armengod.* — Nosotros tenemos en nuestro servicio cinco casos de fistulas uretrovaginales post Wertheim felizmente hemos tenido más suerte que el comunicante ya que las cinco han sido intervenidas y se han recuperado perfectamente.

La curación espontánea no la hemos visto y creemos que no es posible.

En los casos realizados hubiese sido interesante realizar cateterismo posterior a la operación para ver si el conducto ureteral estaba libre.

*Dr. A. Alsina.* — Yo quería preguntarle si se hizo la ligadura de la hipogastria. Hago esta pregunta porque en nuestro servicio recrudescieron las fistulas al emplear estas ligaduras.

*Dr. Brea.* — Yo quería recordar que hace poco tiempo hemos tenido en la sociedad de urología en reunión conjunta con la S. de Cirugía una interesante puesta al día sobre este tema cuyo relator fué el Dr. Ercole exhaustivamente tratados y donde se puso de manifiesto un concepto generalmente aceptado por todos los cirujanos que tienen mayor cantidad de fistulas uretrales son precisamente los más hábiles y los que hacen la operación de Meigs más correcta. Yo personalmente he tenido oportunidad de tratar cinco casos de fistulas uretero-vaginales tres post Wertheim y dos post histerectomía total. En todos los casos he operado precozmente, todos han sido unilaterales y a todos se les solucionó el problema con anastomosis uretero-vesical. Radiológicamente he observado lo que el comunicante hay dilatación pero la recuperación funcional ha sido muy buena.

*Dr. González.* — Al Dr. Dauria y Pujol les agradezco la contribución.

Con respecto al Dr. Armengod debe decirle que dos de las enfermas fueron cateterizadas demostrando la perfecta permeabilidad de los estomas.

Al Dr. Alsina le ha contestado el Dr. Dauria y al Dr. Brea le agradezco su importante colaboración.