

TECNICA DE LAS IMPLANTACIONES URETERO-VISCERALES

Por el Dr. HUGO DELGADO PEREIRA

(Montevideo, Uruguay)

La técnica de implantación ureteral que presentamos es la que se realiza en forma sistemática en nuestro Servicio desde hace 2 años con resultados satisfactorios y está basada en las ideas de Goodwin acerca de la implantación urétero-sigmoidea a cielo abierto y a la utilización de la porción terminal de ureter seccionado longitudinalmente para su sutura. Esta técnica es común para las implantaciones cutáneas, intestinales, vesicales o en la pelvis renal.

Nuestra experiencia se basa fundamentalmente en las urétero-intestinales y en las urétero-vesicales, ya que en la pelvis no la hemos realizado y las cutáneas las efectuamos sólo por excepción.

TECNICA

1) *Preparación del ureter.* — El abordaje de los uréteres los realizamos habitualmente por una incisión mediana infraumbilical y efectuamos una liberación amplia de los mismos, disección que hecha cuidadosamente no plantea problemas isquémicos ni de otra índole.

Sección del ureter en su porción terminal e incisión longitudinal anterior a los efectos de transformarlo de cilíndrico a la forma de raqueta, con lo que se aumenta la superficie de sección para la sutura (Fig. I-A). Introducimos luego dentro del uréter un tubo plástico del tipo polietileno, de diámetro inferior al del uréter y lo fijamos al mismo con un punta transfixionante de catgut N° 0 por encima del ángulo de la incisión longitudinal, en la forma como se observa en la Fig. I-B. De esta manera el tubo queda amarrado a la pared anterior del uréter dejando libre el segmento posterior del mismo, como lo demuestra la Fig. I-C.

Así logramos una doble evacuación de la orina, directamente por el uréter y a través del tubo, lo que nos deja a cubierto de posibles obstrucciones o acodaduras del drenaje o del edema que frecuentemente se observa durante los primeros días en la mucosa saturada.

En este momento el uréter está pronto para su implantación, debiendo ser muy cuidadosos en evitar torsiones que puedan provocar isquemia en la pared del uréter y posteriormente fallas de suturas. El punto de fijación del drenaje nos marca la cara posterior del uréter.

II) *Preparación del lecho.* — Esta se realiza a cielo abierto, maniobra que consideramos inocua, aun en el intestino, si hemos efectuado una correcta preparación del paciente. Cuando se trata de una ureterosigmoidostomía, incidimos el intestino sobre su bandeleta anterior.

Debemos elegir cuidadosamente la zona de la implantación para evitar que el uréter suturado nos quede a tensión. Con el dedo se comprime de fuera a dentro la pared posterior del órgano para exponer su mucosa resecaando un fragmento de la misma en forma de óvalo vertical y pasamos luego por los bordes de la sección mucosa dos hilos de lino fino para su identificación.

III) *Anastomosis término-lateral.* — A través de sección mucosa, es decir de dentro afuera, incidimos la pared del órgano labrando la brecha de pasaje

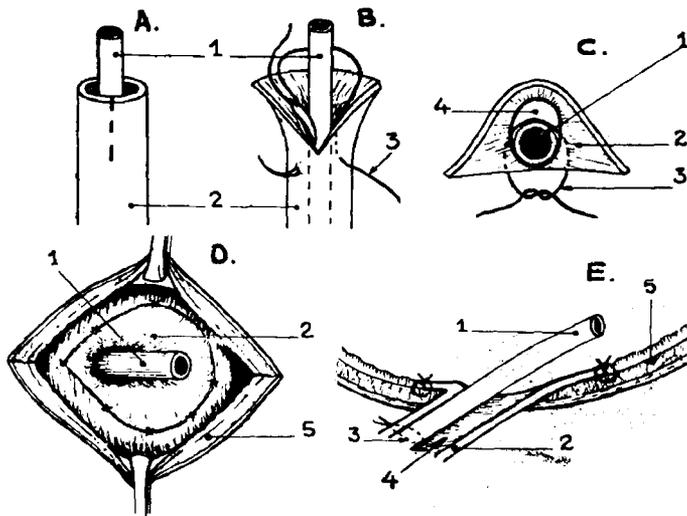


FIG. 1. — 1) Tubo de polietileno. 2) Pared del uréter. 3) Punto fijador del drenaje. 4) Luz ureteral luego de fijar el drenaje. 5) Pared del órgano a implantar.

del uréter, al que introducimos en su luz juntamente con el tubo de polietileno fijado en su interior.

El primer punto de la implantación lo realizamos con los extremos del catgut que sirvió de fijación al tubo endoureteral, pasándolos en el vértice superior del óvalo mucoso.

Continuamos la anastomosis del uréter a la mucosa con puntos separados, utilizando catgut simple N° 0 en vejiga y crómico si se trata del sigmoides (Fig. I-D).

De esta manera logramos una amplia zona de implantación mucoso-mucosa, no realizando otro plano de sutura por considerar que de esta manera hemos logrado una sutura hermética con pocas posibilidades de estenosis. En el corte esquemático de la Fig. I-E observamos la disposición de los elementos luego de la implantación.

El tubo de drenaje se lleva al exterior ya sea introducido en una sonda de goma rectal colocada previamente en los casos de implantaciones en el sigmoides o en una sonda vesical en las uréterocistoneostomías.

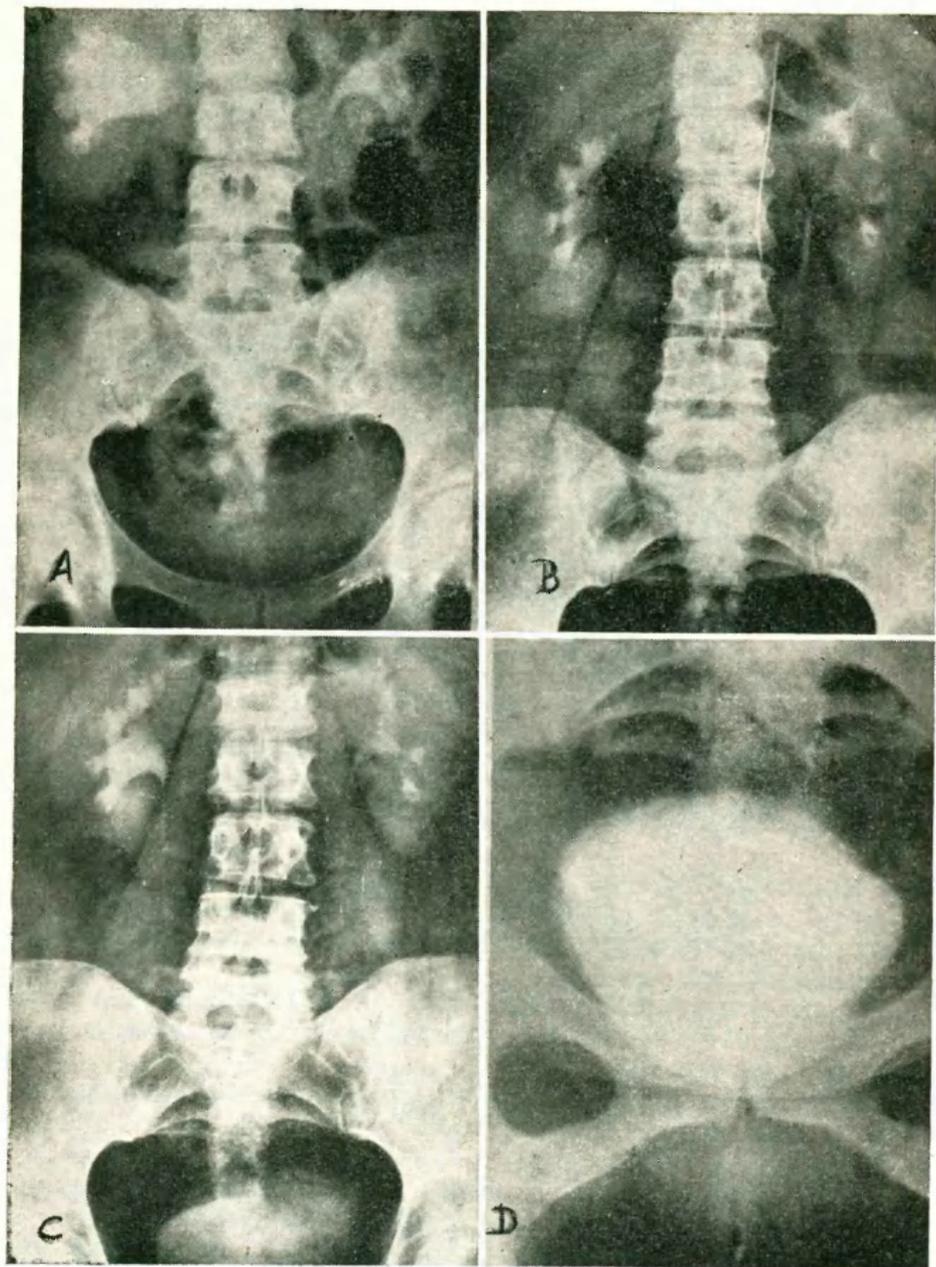


FIG. 2. — A) Urografía preoperatoria (I-61). B-C) Urografía a los 4 meses de operada (VI-61).
D) Cistografía retrógrada (VII-61).

RESULTADOS

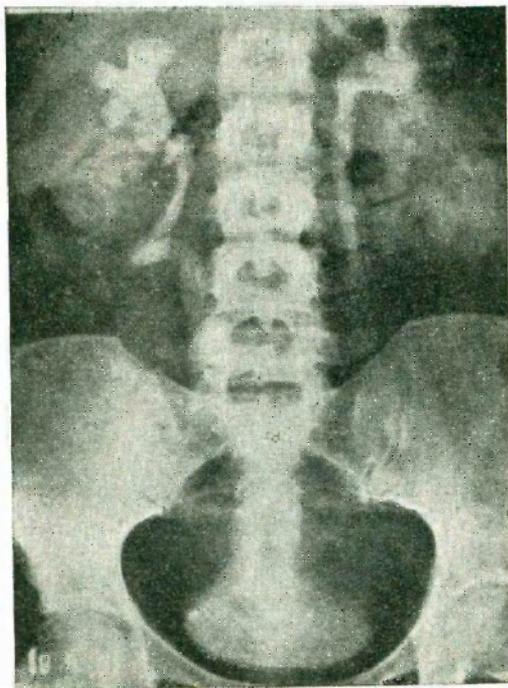
Los resultados que hemos obtenido con esta técnica son satisfactorios y su realización es técnicamente sencilla, no habiéndose planteado problemas para su ejecución.

Hemos tenido algunos casos de estenosis de la implantación, pero con este procedimiento de sutura los fracasos han sido menores que con las otras técnicas utilizadas.

Actualmente hemos planificado el estudio de las implantaciones ureterales y del reflujo, realizando cirugía experimental complementada con la radiología y urometría, con el objeto de lograr conclusiones de futuro en este apasionante y tan discutido problema.

Presentaremos ahora algunos estudios radiológicos realizados en pacientes operados con la técnica descrita.

M. P. (Fig. 2). — Enferma con un neoplasma de útero operada en noviembre de 1960, practicándosele un Werheim. En el postoperatorio inmediato pérdida de orina por la vagina con ausencia de micción. En la urografía realizada en enero de 1961 se observa una marcada dilatación pielocalicial derecha, no observándose relleno vesical y la sustancia de contraste aparece en la vagina. En marzo de 1961 se le realiza una uréterocistoneostomía y la urografía de julio de 1961 es prácticamente normal. En la cistografía retrógrada de julio 1961, se observa una vejiga normal sin reflujo ureteral.



E. P. (Fig. 3). — Enferma con neoplasma de cuello de útero operada e irradiada en enero 1961, que consulta por anuria y uremia en junio 1961. Se interviene y se comprueba una recidiva neoplásica que engloba ambos uréteres. Se realiza una nefrostomía derecha en primera instancia y a los pocos días una uréterocistoneostomía bilateral. El control urográfico de agosto 1961 muestra una buena funcionalidad renal con dilatación de los uréteres y cavidades. En octubre 1961, los índices humorales son normales.

J. H. (Fig. 4). — Enfermo a quien se le comprueba un neoplasma de la pared lateral izquierda de vejiga, con anulación funcional del riñón izquierdo en enero de 1959. Se le practica en esa fecha una cistectomía parcial y una uréterocistoneostomía izquierda. En julio de 1961 el control endoscópico y radiológico es normal.

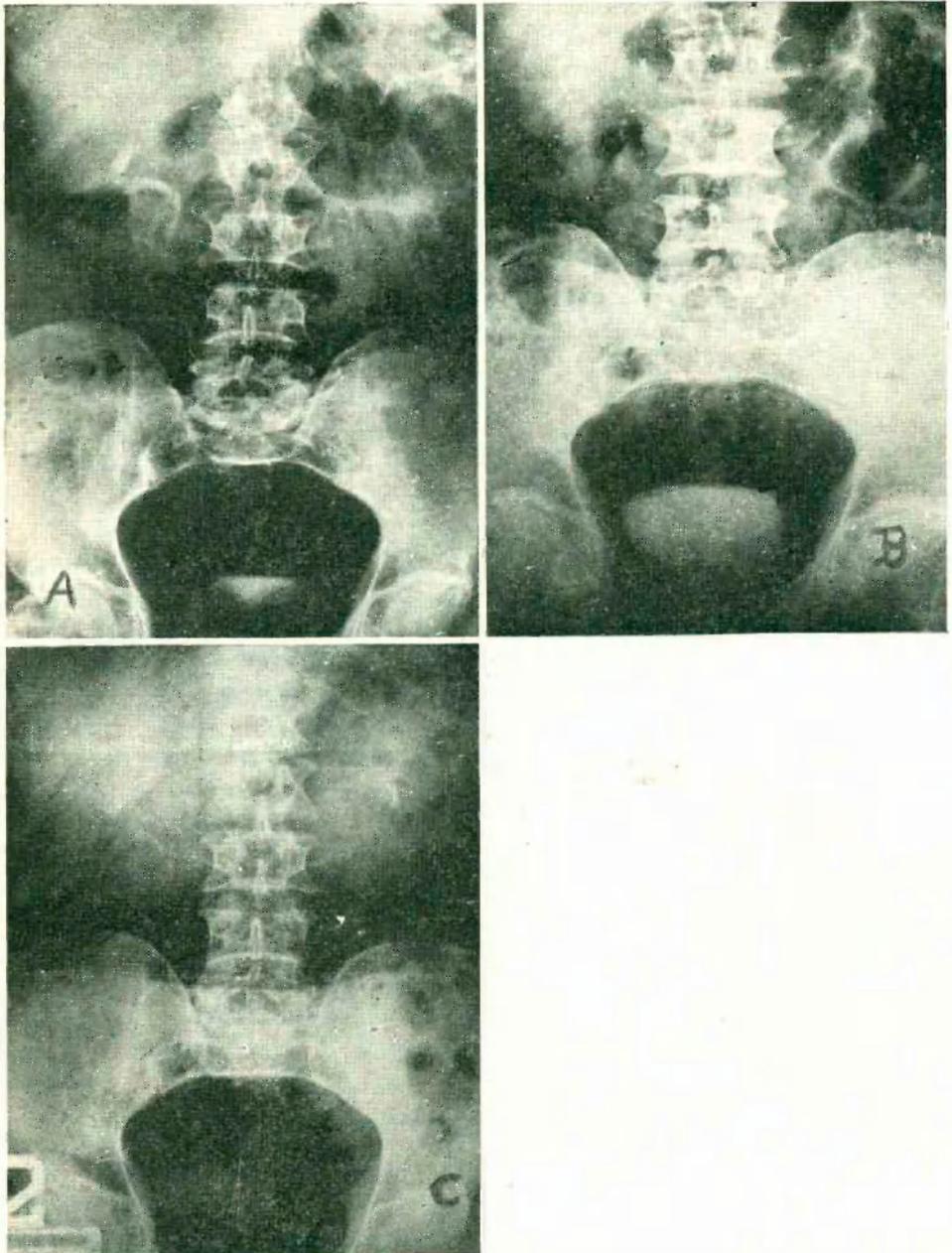


FIG. 4. — A-B) Urografía preoperatoria (I-59); C) Urografía de control a los dos años y medio de operado (VII-61).

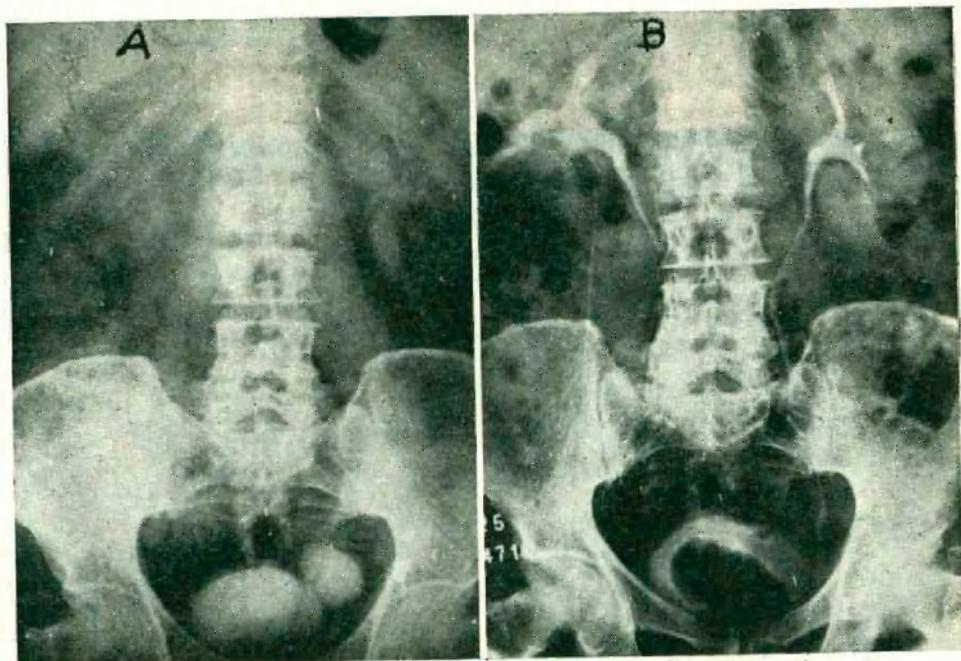


FIG. 5. — A) Urografía preoperatoria (III-56). B) Urografía de control a los 5 años de operado (II-61).

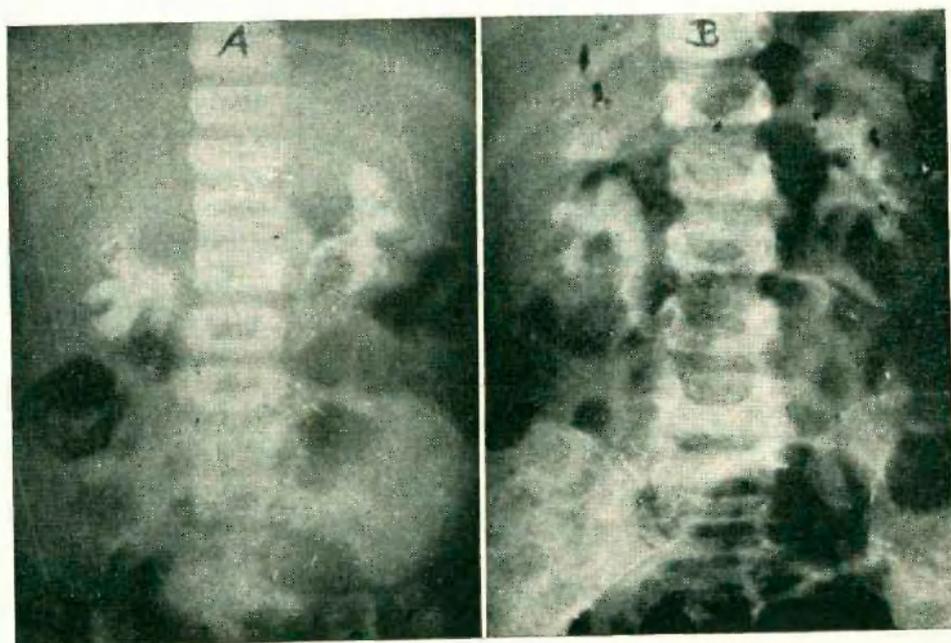


FIG. 6. — A) Urografía al mes de operada. B) Urografía de control a los 3 años y medio.

S. F. (Fig. 5). — Enfermo portador de un adenoma prostático y un voluminoso divertículo vesical como se observa en la urografía realizada en marzo de 1956. En abril del mismo año se le practica una adenomectomía prostática y una diverticulectomía siendo necesario en el mismo acto operatorio la realización de una uréterocistoneostomía izquierda. La urografía realizada en febrero de 1961 muestra la indemnidad de su aparato urinario.

M. R. C. (Fig. 6). — Niña de 9 meses de edad que consulta en noviembre de 1957 por una extrofia vesical. Al mes siguiente se le efectúa una uréterosigmoidostomía bilateral. Se

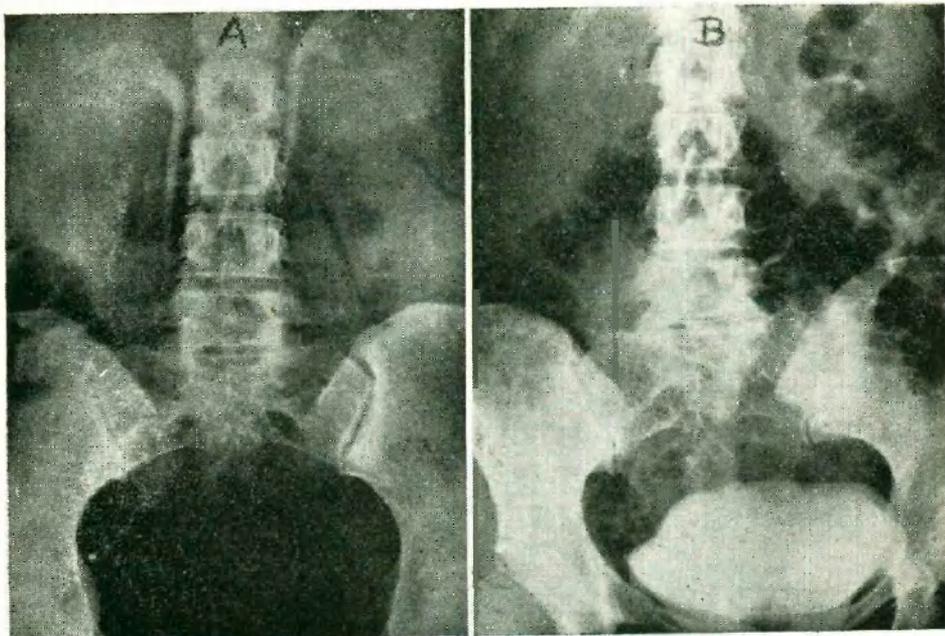


FIG. 7). — A) Urografía después de 4 años de operada (IV-60). B) Cistografía de control (VI-60)

realizan controles radiológicos en noviembre de 1957 y en febrero de 1961. La evolución ha sido muy buena.

E. S. (Fig. 7). — Enferma operada de un prolapso genital en enero de 1956, que en el postoperatorio inmediato comienza con pérdida de orina por la vagina, por que se realiza el mismo mes una uréterocistoneostomía derecha. El control urográfico de abril de 1960 y la cistografía de junio de 1960, son normales.