

10ª Sesión Ordinaria - 16 de Diciembre de 1964

Presidente Dr. Natalio Cartelli

Secretario Dr. Oscar C. Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volumen XXXIII - Nº 10-11-12 - Páginas 431 a 435

DOS CASOS DE FÍSTULAS YATROGÉNICAS URÉTEROUTERINAS

Por los DRES. ALBERTO J. CLARET, CARLOS A. MACKINTOSH
y ENRIQUE FISCH

La consulta de la bibliografía nacional y extranjera, al demostrarnos la escasa frecuencia de casos de fístulas uréterouterinas, motiva la presentación de estas dos raras observaciones. La primera provocada por un legrado uterino y la segunda a raíz de una operación cesárea.

Para demostrar el mecanismo de producción, creemos que no cabe otra explicación para el primer caso que la acción de una maniobra brusca e inexperta favorecida por el estado del útero grávido. Con respecto a la etiopatogenia del segundo caso, es factible que los puntos de hemostasia practicados en la zona de peritonización del útero pudiesen englobar los uréteres a nivel de su descenso por la línea innominada, favorecido esto por las dificultades de dicha hemostasia.

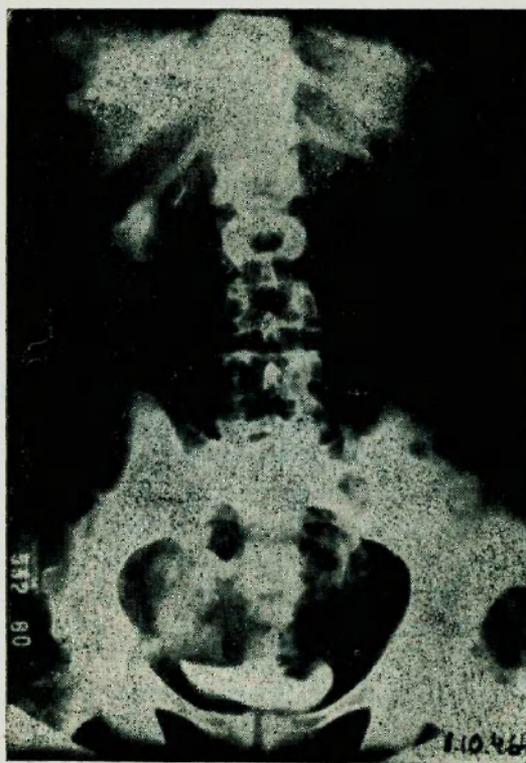
Las lesiones quirúrgicas del uréter de origen tocoginecológico se encuentran descritas y clasificadas en todos los libros que se ocupan de este tema. Jean Cibert menciona, en su magistral texto "Les lésions traumatiques de l'uretere", nueve casos de Hegar-Kaltenbach, un caso de Baiden tratado por el procedimiento de Boari en 1926 y publicado en 1930, uno de G. Hunner y Houston S. Everett (1928) con ascitis urinaria, otra observación de Duvergey solucionada con nefrectomía, y una última de Maille por intermedio de una ureterocistoneostomía. Cibert agrega un caso personal a la estadística. Según Legueu, las fístulas uréterouterinas son de escasa frecuencia y han sido observadas por Berard, Laugier, Pamis, Simon y Landau. La comunicación fistulosa está localizada siempre a nivel del cervix y no del cuerpo, a uno o dos centímetros del hocico de tenca; su mayor incidencia es del lado izquierdo, como en una de nuestras observaciones. El mecanismo de producción más común es "a posteriori" de un parto difícil y laborioso y a veces después de la histerectomía subtotal.

Dentro de la variedad de etiología de este tipo de fístulas: parto distócico, procesos locales tumorales o inflamatorios, fístulas radioactínicas o postquirúr-

gicas, las por nosotros observadas debemos considerarlas como yatrogénicas puras.

Entre los tratamientos, la ureterocistoneostomía, ureterostomía cutánea o intestinal, nefrectomía, etc., optamos en ambos casos por la ureterocistoneostomía con la técnica de Payne por la escasa repercusión de las vías urinarias altas y por la posibilidad de efectuar, sin tensión, una anastomosis uréterovesical.

Con el fin de evitar esta complicación durante la operación cesárea, nos parece oportuno adherirnos a los conceptos de Font, que dice que la regla principal para evitar el traumatismo del uréter, consiste en la exteriorización del útero cuando la hemostasia es difícil.



Nº 1

Caso Nº 1: F. de P., italiana, casada, 37 años. Historia Clínica Nº 11044.

Antecedentes personales: un aborto espontáneo, operada de apendicitis, hernia inguinal y hernia epigástrica.

Enfermedad actual: aborto provocado mediante raspado uterino el día 26 de abril de 1963. Pocos días después aparece pérdida permanente de orina por vagina conservando empero micción normal. Lumbalgia del lado derecho.

Estado actual: enferma pálida, febril (38° C), dolorida.

Examen genital: colocado el espéculo vaginal se observa salida de orina por el orificio del cervix. Al tacto vaginal fondos de sacos normales.

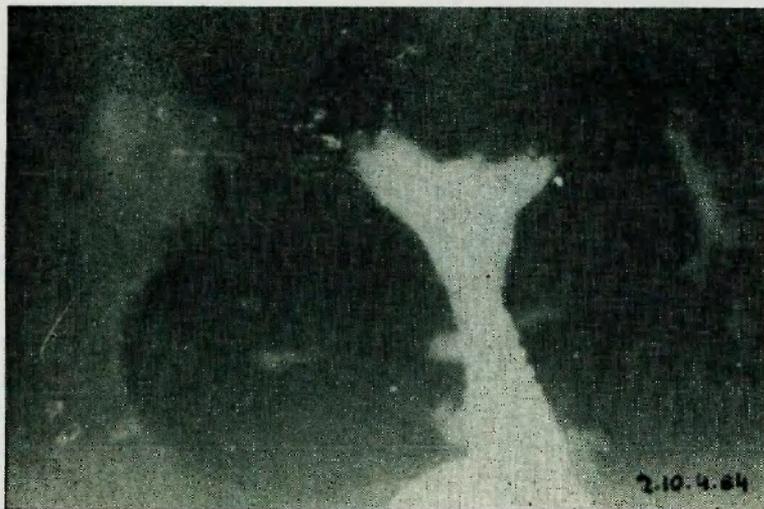
Cistoscopia: de caracteres normales a excepción del meato ureteral derecho que no eyacula. Al efectuar la prueba del indigo carmín no se observa eliminación de colorante por dicho meato.

No se comprobó salida de colorante (azul de metileno) inyectado en vejiga, a través de la fístula cervical.

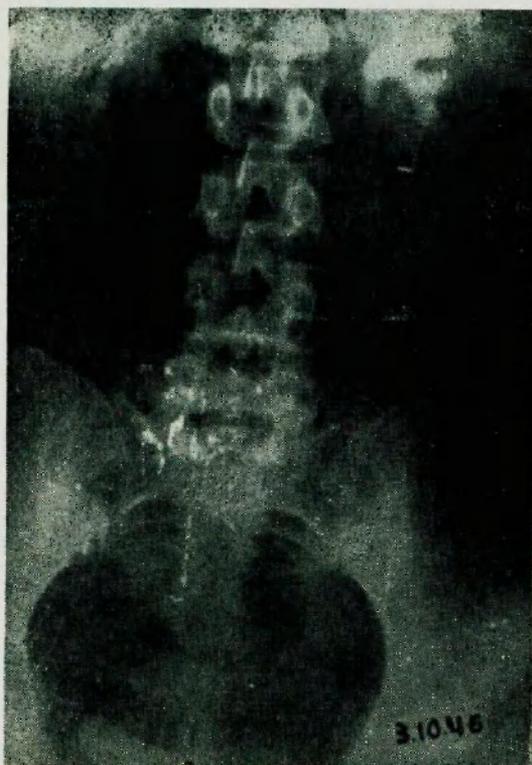
Exámenes de laboratorio: orina acida, densidad 1016, vestigios de albúmina y de pus.

Urea: 0,38, glucemia: 1 gr. Recuento de glóbulos rojos: 3.800.000. Glóbulos blancos: 6.000, hemoglobina: 10 grs.

Estudio radiográfico: radiografía simple; el riñón derecho aumentado de tamaño. Urograma: retardo en la eliminación del riñón derecho con marcada dilatación piélica (Nº 1). El cistograma con una muesca en el borde superior del lado derecho. Cistografía: normal. Histerosalpingografía (Nº 2): extravasación de la sustancia de contraste paracervical derecha.



Nº 2



Nº 3

Pielografía ascendente derecha: el catéter se detiene a medio centímetro del orificio ureteral siendo imposible su realización.

Tratamiento: se opera el día 8 de agosto de 1963 con anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Al abrir peritoneo se encuentra orina en el fondo de saco véscicouterino y a través del peritoneo parietal posterior se observa el uréter derecho engrosado y dilatado del calibre de un dedo índice. Se lo libera por vía extraperitoneal hasta un punto próximo a su desembocadura en la vejiga. A través de un orificio practicado en la pared del uréter se explora demostrando hallarse impermeable en su zona yuxtavesical. Se liga y secciona el uréter en el punto más bajo. Se efectúa anastomosis ureterovesical con la técnica de Payne. Cierre total de vejiga con sonda Pezzer por uretra. Post-operatorio: sin incidentes. La sonda vesical se retira a los diez días. La enferma es dada de alta a los veintiocho días de operada habiendo desaparecido la pérdida de orina y en buen estado general.



Nº 4

Evolución: por razones de distancia y medio social la enferma abandona su control posterior. Ubicada recientemente su estado general es excelente y se halla asintomática. Se intenta control urográfico que es contraindicado terminantemente por el médico alergista por intensa sensibilización al yodo. En la cistoscopia practicada se observa el neomeato del cual no tiene colorante a los diez minutos, siendo imposible su cateterización. Se intentará su desensibilización al yodo con miras a un posterior control radiográfico.

Caso Nº 2: E. de D., chilena, casada, 30 años. Historia Clínica Nº 11.046.

Antecedentes personales: hipotensión arterial.

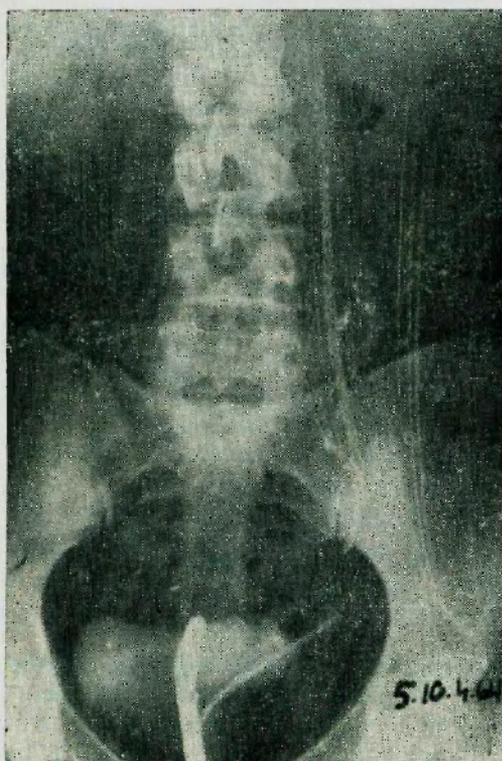
Enfermedad actual: el día 29 de junio de 1963 se le practica una operación cesárea dificultosa según el médico obstétrico que la practicó. Quince días después pérdida de líquido urinario por vagina en abundante cantidad con conservación de micción espontánea. Febrícula y dolor inguinoabdominal del lado izquierdo.

Estado actual: buen estado general, subfebril. Examen genital: vagina normal, hocio de tenca fijo a la pared anterior y por el cual se observa salida de orina. Cistoscopia: el meato

izquierdo no eyacula ni elimina colorante. No se comprobó el pasaje de azul de metileno de vejiga a cuello uterino.

Exámenes de laboratorio: Orina ácida, densidad 1017. Urea: 0.56. Glucemia: 1 gr. Eritrosedimentación: 21 mm en la primer hora. Recuento de glóbulos rojos: 4 millones, glóbulos blancos: 5.400, hemoglobina: 11.62 gr.

Estudio radiográfico: radiografía simple: sin particularidades. Urograma (Nº 3): dilatación ureterocalicial izquierda con cistograma normal. Histerosalpingografía: extravasado paracervical izquierdo. Pielografía ascendente izquierda (Nº 4): el catéter ureteral se detiene a tres centímetros del meato y el líquido de contraste no asciende, difundiendo por el contrario fuera del uréter y hacia la línea media.



Nº 5

Tratamiento: se opera el día 3 de setiembre de 1963 con anestesia raquídea. Incisión suprapúbica mediana con resección de la cicatriz anterior. Abierto peritoneo se halla escasa cantidad de orina. Por vía extraperitoneal se investiga el uréter izquierdo que se encuentra del grosor del dedo meñique. Aislado se lo libera hacia su parte distal donde se encuentra adherido al peritoneo en un magna de intensa periureteritis. Ureterotomía por la cual se explora la permeabilidad del conducto hallándose estenosis a nivel del magna mencionado. Se abre vejiga y se intenta el cateterismo retrógrado del uréter que resulta asimismo infructuoso. Sección y ligadura del uréter sobre región sana y posterior reimplante en vejiga con la técnica de Payne. Se deja catéter ureteral que se hace salir al exterior a través de la uretra. Cierre total de pared vesical. Sonda Pezzer Nº 20 por uretra.

Post-operatorio: sin incidentes. A la semana se retira el catéter ureteral y a los catorce días se retira la sonda vesical. Es dada de alta en buen estado general sin pérdida de orina.

Evolución: continúa en buen estado general, practicándose a los cinco meses un control urográfico en el cual se demuestra la desaparición de la ectasia pielocalicial izquierda (Nº 5).

RESUMEN

Se presentan dos casos de fístulas uréterouterinas yatrogénicas tratadas y curadas con ureterocistoneostomía con la técnica de Payne.