

COMPLICACIONES UROLOGICAS DE LA CIRUGIA TOCO-GINECOLOGICA

Dr. Mingote, Pablo - Dr. Puscinski, Alberto - Dr. Galarza, Gerardo

Conclusión

En base a los criterios de no intervención precoz, respeto por los postulados de Couvelaire, la utilización de la vía transvesical y el doble drenaje de la vejiga, se han obtenido satisfactorios resultados en la corrección de fistulas vesicovaginales. Es asimismo importante la desfuncionalización en las ligaduras ureterales, que permite la reparación de la lesión en un terreno quirúrgicamente enfríado.

Creemos causal de la recidiva de la fistula vesicovaginal, la zona de implantación en que ésta se encontraba y el incorrecto drenaje de la vejiga.

El reimplante antirreflujo a lo Leadbetter-Politano dio excelentes resultados funcionales. Asimismo el tratamiento conservador de una fistula vesicouterina no produjo ulteriores complicaciones.

Resumen

Se presentan en 15 pacientes sometidas a cirugía o maniobras toco-ginecológicas, 16 lesiones del árbol urinario. Se exponen los métodos terapéuticos utilizados, discutiéndose la oportunidad y el tipo de intervención realizada. Se obtuvieron resultados satisfactorios en un 93 % de los casos, efectuándose un análisis sobre la etiología de la recidiva de la lesión.

Introducción

El objeto de este trabajo es el de presentar una serie de complicaciones urológicas posteriores a cirugía o maniobras toco-ginecológicas, enfatizando más el problema de la estrategia terapéutica y la táctica quirúrgica que la profilaxis de las lesiones, sobre la cual diversos autores ya se han expedido extensamente. Etiológicamente podemos clasificar a estas lesiones según los siguientes grupos:

- Por cirugía ginecológica no tumoral, ya sea por vía abdominal o vaginal.
- Por cirugía ginecológica de diversos carcinomas: siendo la operación más frecuente la de Wertheim.
- Actinogénéticas.
- Obstétricas: ya sea posteriores a cesárea, trabajo de parto prolongado o instrumentación por fórceps.

En nuestra serie no hemos observado ningún caso de los grupos b) y c); muy por el contrario a lo que es habitual en los centros de derivación de casos oncológicos.

Material y método

Se presentan 15 pacientes, una de ellas por doble lesión urológica, recibidas por nuestro equipo en el período 73-76.

En 10 de las pacientes la intervención originante fue la histerectomía abdominal por mioma uterino y en una la ectomía se realizó por atonía uterina poscesárea. Las lesiones comprobadas en este grupo fueron 8 fistulas vesicovaginales, una de ellas asociada a ligadura ureteral izquierda; otra, ligadura ureteral unilateral como única patología, y dos fistulas ureterovaginales (cuadro 1).

Un segundo grupo es originado por cesárea, constatándose 2 fistulas vesicouterinas, y una fistula vesicovaginal. Final-

CUADRO 1

Complicaciones urológicas en cirugía toco-ginecológica

| Etiología toco-ginecológica | Lesión urinaria | | Sonda uretral permanente | Intervenciones correctoras previas | Operación definitiva | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|----|
| | Fistulas vesicovaginales | 8 | Sí | Sí | 3 | Plástica vesicovaginal transvesical | 8 | |
| Histerectomía por mioma o poscesárea | 11 | Ligaduras ureterales | 2 | No | No | — | Pielostomía (1er. tiempo) Reimplante ureteral (2º tiempo) | 4 |
| | | Fístula ureterovaginal | 2 | No | No | — | Reimplante en un tiempo | 2 |
| | | Fístula vesicouterina | 2 | Sí | No | — | Resección fístula y plástica vesical | 1 |
| Cesárea | 3 | | | | | | Histerectomía y plástica vesical | 1 |
| | | Fístula vesicovaginal | 1 | Sí | No | — | Histerectomía y plástica vesical | 1 |
| Fórceps | 1 | Fístula vesicovaginal | 1 | Sí | No | — | Plástica vesicovaginal transvesical | 1 |
| TOTAL | 15 | 16 | | | 3 | | | 18 |

mente un fórceps provocó una fístula vesicovaginal en una paciente.

Es de destacar que en tres de las fístulas vesicovaginales hubo operaciones previas correctoras, y que a uno de estos casos existía asociada una lesión del recto, con colostomía desfuncionalizante, originada en un accidente intraoperatorio de la primera reparación.

En todas las fístulas vesicovaginales se colocó sonda uretral permanente, durante un período de 2 ó 3 meses, luego del cual se procedió a la corrección. Esta consistió en todos los casos y por abordaje transvesical, en la resección de la fístula, liberación de los planos vesical y vaginal, hemostasia, y síntesis en dos planos cruzados, con material reabsorbible (catgut 000). La desfuncionalización vesical se obtuvo por la colocación de una cistotomía hipogástrica y sonda uretral, a excepción de un caso de fístula trigonal, en que solamente la derivación alta fue usada. En ambas ligaduras ureterales se cumplimentó la recuperación funcional renal, mediante pielostomía; y a la octava semana se efectuaron sendos reimplantes ureterales utilizando la técnica antirreflujo de Leadbetter-Politano, facilitado por el nivel bajo de la lesión ureteral. En uno de estos casos en el mismo acto quirúrgico se solucionó la fístula vesicovaginal asociada.

El reimplante ureteral según técnica antirreflujo fue también la solución de las dos fístulas ureterovaginales, en la cuarta semana posterior a la lesión ginecológica. De las dos fístulas uterovesicales poscesárea, en una de ellas se

efectuó la resección del trayecto fistuloso y la plástica de la pared vesical en dos planos (mucoso y seromuscular); y en la restante, la histerectomía acompañó a la reparación vesical. Hemos diferenciado del grupo de fístulas vesicovaginales aquella originada por una cesárea, dado que la paciente presentaba además una endometritis purulenta crónica, resistente a otros tratamientos, por lo cual junto con la reparación de la fístula se realizó la histerectomía abdominal.

Finalmente digamos que la fístula vesicovaginal por traumatismo de fórceps recibió el mismo tratamiento que aquellas originadas poshisterectomía.

Resultados (Cuadro 2)

De los 15 casos tratados, que en realidad comprenden a 16 lesiones urológicas, el tratamiento no fue eficaz en una fístula vesicovaginal (trigonal) en que ocurrió recidiva de la lesión (7 % del total).

La evolución clínica de las restantes plásticas vesicovaginales fue satisfactoria, controlándose la infección urinaria, comprobada en algunas de ellas, con los tratamientos habituales.

Los controles radiológicos de las lesiones ureterales, ligaduras y fístulas mostraron restitución *ad integrum* del árbol urinario. No se observó estrechez a nivel de los reimplantes ureterales, ni desarrollo de reflujo vesicoureteral. Fue satisfactoria, asimismo, la reparación de las fístulas poscesárea.

CUADRO 2

Resultados del tratamiento de las complicaciones urológicas de la cirugía toco-ginecológica

| Lesión urinaria | Operación realizada | Cura clínica y mejoría radiológica Nº de casos | Recidiva Nº de casos |
|------------------------------------|---|--|----------------------|
| Fístula vesicovaginal 10 | Plástica vesicovaginal vía transvesical | 9 | 8 |
| | Histerectomía y plástica vesical | 1 | 1 |
| Fístula vesicouterina 2 | Histerectomía y plástica vesical | 1 | 1 |
| | Resección fístula y plástica vesical | 1 | 1 |
| Ligadura ureteral 2 | Pielostomía (1er. tiempo) | 4 | 2 |
| | Reimplante ureteral (2º tiempo) | | |
| Fístula ureterovaginal 2 | Reimplante ureteral en 1er. tiempo | 2 | 2 |
| TOTAL 16 | | 18 | 15 (93 %) |

Discusión

No somos partidarios de la reparación de las fístulas vesicovaginales en forma precoz, sino luego de 2 a 3 meses, lo que facilita el acto quirúrgico y mejora los resultados; dado que ya se ha limitado la zona de la lesión, no hay factor inflamatorio, y así se identifican correctamente los tejidos cuya vitalidad es apta para la plástica. Por lo demás seguimos los postulados de Couvelaire: cuidadosa y amplia separación de los planos vaginal y vesical, resección de todos los tejidos fibrosos, inflamatorios o isquémicos hasta obtener para el afrontamiento una zona flexible y bien vascularizada, restituir la capacidad vesical si ésta se encuentra disminuida, correcto drenaje de la orina en tanto dure la cicatrización, hemostasia perfecta de los bordes y la brecha vesicovaginal.

Utilizamos la vía transvesical fundamentalmente por ser aquella que mejor maneja el urólogo, pero también porque permite la identificación, protección y eventual reimplante

del uréter, y la posibilidad de realizar colgajos rotatorios en lesiones extensas.

La cistotomía hipogástrica actúa como válvula de seguridad para impedir retenciones vesicales; su extracción al 4º ó 5º día de posoperatorio es seguido de la rápida cicatrización del trayecto. Utilizamos como drenaje uretral la sonda Malecot o similar, que obviamente es la que drena el punto más declive de la vejiga.

Analizando las causas de la recidiva de la fístula vesicovaginal posterior a traumatismo de fórceps, debemos destacar su localización, dado que era la única trigonal; región donde la composición del triángulo profundo, más fibromuscular que el resto de la vejiga, no es terreno ideal para el proceso de cicatrización. Se agrega el hecho de que en esta paciente no se utilizó drenaje uretral, con el fundamento de impedir el decúbito del mismo sobre la síntesis de la plástica, pero el drenaje vesical dado por la cistotomía no fue absoluto, existiendo residuo vesical y los consiguien-

tes movimientos premiccionales del trigono y cuello vesical. La pielotomía utilizada en aquellos casos con ligadura ureteral permitió asegurar la función renal y dar tiempo para actuar en la zona de la lesión ureteral, alejado del posoperatorio inmediato, con el proceso inflamatorio ya resuelto. Los reimplantes ureterales con la técnica antirreflujo de

Leadbetter-Politano confirmaron la experiencia previa, obteniéndose no sólo un buen drenaje urinario, sino también protección del árbol urinario superior.

Si bien el tratamiento habitual de la fistula vesicouterina es la histerectomía, en el caso que se procedió en forma conservadora, el resultado justificó este criterio.

Bibliografía

1. Cibert, J.; Cibert, J.: "Fistulas vesicovaginales, técnicas de curación por vía alta". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 32:310, 1963.
2. Ercole, R.; Hereñú, R.: "A propósito del tratamiento de las fistulas vesicovaginales". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 24:654, 1955.
3. García, A.; Casal, J.: "Fístulas vaginales, su tratamiento por vía vesical". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 23:217, 1954.
4. Glenn, J.; Stevens, P.: "Simplified vesicovaginal fistulectomy". J. Urol., 110:521, 1973.
5. Irazú, C.: "Patología urinaria posquirúrgica en la mujer". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 39:251, 1970.
6. Massel, J.; Welch, J., y col.: "Management of urinary vaginal fistula". JAMA, 190:902, 1964.
7. Persky, L.: "Experiencias with vesicovaginal fistulas". Am. J. Surg., 125:763, 1973.
8. Politano, V.; Leadbetter, W.: "An operative technique for the correction of vesico-ureteral reflux". J. Urol., 79:932, 1958.
9. Quartey, W.: "Bladder rotation flap repair of vesicovaginal fistula". J. Urol., 107:60, 1972.
10. Zinman, L.: "Techniques in the management of the recurrent vesicovaginal fistula". Surg. Clin. North Am., 53:479, 1973.