

A PROPOSITO DE UNA DERIVACION URETEROSIGMOIDEA (*)

Presentación de enferma

Dr. Rogelio A. Belloso

Quiero someter a la consideración de la Sociedad de Cirugía, a continuación del caso presentado por el Dr. F. Hughes, una derivación urointestinal, de indicación excepcional. La enferma, una soltera de 36 años, con motivo de retenciones de orina frecuentes de origen histérico (?), sufrió la resección endoscópica del cuello vesical a fines del año 1946; 4 meses después a raíz de la caída de una escara se instala una I. de O. por fístula vésico-vaginal; en 1947, se le practican con 6 meses de intervalo, dos operaciones por vía baja, recidivando. En agosto de 1948, vemos en consulta por primera vez el caso, comprobando en su estudio completo lo siguiente: fístula urogenital, ovalada de 3½ cms. de diámetro, a bordes finos esclerosos, situada en el medio de una cicatriz retráctil en la porción más elevada del F. de S. vaginal izquierdo. Citoscópicamente responde al cuello, respetando trigono y uréteres. Urograma y orina normales. Preparación adecuada: antibióticos, vitaminas, estrógenos, sulfasuxidina. El 23 de agosto, se repara por vía baja la fístula uretro-vésico-vaginal, realizando una plastia satisfactoria de la uretra sobre Petzer 18 y derivando la orina por citostomía suprapúbica. Post-operatorio inmediato excelente, con reparación de la enorme brecha vaginal a expensas de tejidos elásticos, bien nutridos; pared hermética. Recuperación lenta del precario estado general y mental de la enferma. A los 40 días cerrada la talla, excelente estado de la plastia vagino-uretral; conservación de la sonda uretral vigilada por urólogo ayu-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 24 de setiembre de 1952.

dante (Dr. O. Rodríguez López). A los 49 días, retención de orina en horas de la madrugada; nos encontrábamos ausentes, en Buenos Aires; la enfermera nocturna, sin consultar ni al interno ni al médico de guardia del San. Español, intenta destapar la sonda (obstruída por sales y cristales seguramente) sin éxito; procede al cambio de sonda y destruye por tracción, los $\frac{3}{4}$ posteriores de la uretra. A nuestro regreso, comprobado el desastre, con un cierre espléndido de la brecha vaginal, decidimos con la anuencia de la enferma y sus familiares, practicar una derivación uréterosigmoidea, por las siguientes razones: 1º la enferma había soportado 2 operaciones endoscópicas y 3 por vía aja; 2º curada de la brecha vagino-vesical, había que rehacer la uretra: aún con buen resultado anatómico, conseguiríamos un tubo rígido y la I.O seguiría; 3º debíamos curar definitivamente esa invalidez, que había llevado a la enferma al borde del suicidio; 4º mediano riesgo quirúrgico con los progresos de la técnica, anestesia, antibióticos, hemo-plasmoterapia; 5º familiarización del ginecólogo, con estas técnicas y útil colaboración del urólogo. 10 de noviembre de 1948, se opera con técnica Ladman post-operatorio excelente. Alta a los 17 días, con buena funcionalidad de su emontorio enterourinario. Sorprendente mejoría del estado general, aumento de peso, desaparición de la hipocondria, micción voluntaria controlada. Desde entonces ha sido controlada periódicamente en su azoemia y con urogramas, ambos a la vista de Uds., por demás elocuentes en el extraordinario resultado obtenido. Ahora Uds. pueden si quieren interrogar a la Srta. D. R. aquí presente. Nada más.

Dr. Frank A. Hughes. — Quiero felicitar al Dr. Belloso por el resultado obtenido en el caso que nos ha relatado y quiero felicitarlo porque esos resultados que se mantienen a través de años con urografías de excreción prácticamente normales, no son desgraciadamente frecuentes. Por eso quiero añadir para que en esta Sociedad no se saque una impresión que no es la que corresponde, que esa rareza en los resultados favorables obliga a decir que si la implantación intestinal se justifica en el cáncer de la vejiga sólo se puede aceptar como solución excepcional en el caso de las fistulas vésico-vaginales, aún cuando existen situaciones que nos obligan a indicarla como la que ha presentado nuestro estimado colega.

Dr. Nande Aramburu. — Es de felicitar al Dr. Belloso por el éxito

logrado al final, al solucionar el problema serio que se presentaba en esta enferma.

Es de lamentar también que el inconveniente de la calcificación del capuchón de la sonda de Petzer, y la maniobra intempestiva realizada al querer retirar ésta de la vejiga, hayan determinado la ruptura de la uretra y de nuevo el problema de fístula. En el momento actual, al no usar los sulfamidados, se evita muy mucho, la formación o precipitación de sales; pero si nos encontramos en circunstancias análogas, seríamos partidarios de lo siguiente: 1º El uso de la sonda de Foley que permite la introducción, fijación en vejiga a expensas de la insuflación del balón, y el retiro fácil de ésta, no permitiendo la calcificación o precipitación de sales de la orina. 2º Para evitar lo mencionado anteriormente, hacer el estudio del Ph urinario y si existe una alcalinidad tratarla con medicación acidificante. 3º Combatiendo la infección vesical con el lavado diario, y la evacuación de la vejiga hacerla a ritmo controlado periódico o por el sistema de marea.

Dr. Belloso. — Agradezco a los colegas que se han ocupado de la breve comunicación que hemos traído a la consideración de la Sociedad de Cirugía. Al Dr. Nande, le contesto que en la actualidad no usamos más la sonda Petzer, sino la sonda Foley; tampoco, usamos la Malecot, en estos enfermos. Esta enferma, cuyo post-operatorio alejado lleva casi 5 años y, las anotaciones de esta cuadrícula lo confirman, no recibió sulfa, —drogas absorbibles, sino penicilina y estreptomina. Una vez que la sonda de la talla fué retirada, la vigilancia de la enferma quedó a cargo del colega ayudante, urólogo competente quien se hizo cargo del caso mientras duró mi breve estadía en Buenos Aires. Fué fatal que la obstrucción se produjera en horas de la madrugada y la enfermera tomara la autodecisión de cambiar la sonda, provocando por la tracción de la cabeza endurecida por las sales, la rotura de la uretra y el restablecimiento de la fístula. El Dr. Nande recordará muy bien que en un congreso de urología, el brasileño Lucas Machado, presentó una gran estadística de reproducción patológica post-operatoria de estas fistulas por el mecanismo que hemos comentado. Nada más.