

8º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

Martes 10 de diciembre



*Ocupan la Mesa los Dres. Jorge Lockhart, Santiago Pou de Santiago  
y Aníbal Sanjinés Bros*

TEMA:

FISTULAS UROGENITALES

COORDINADORES:

Dres. LUIS D. BOTTARO y JORGE LOCKHART

PONENTES: Dres. E. Schaffner y L. D. Bottaro: *Aspectos ginecológicos*; O. Rodríguez López: *Fistulas vesicovaginales*; J. Lockhart: *Fistulas uretrovaginales*.

## FISTULAS UROGENITALES

Dr. LUIS D. BOTTARO

Las fístulas urogenitales con sus variantes, y distintas localizaciones, constituyen una entidad patológica grave y seria, que todo cirujano que emprende una intervención ginecotocológica, por vía abdominal o vaginal debe tener siempre presente; sólo de esta manera podrá abatirse el porcentaje que en todas partes todavía se observa.

Werner y Sederl (Viena), Norman F. Miller y H. George (EE. UU.), H. S. Everett y R. F. Malting.

En veinte años, 12.500 operaciones abdominales y 3.600 vaginales (500 histerectomías); 114 lesiones inmediatas: 0,7 %; 59 casos posteriormente; ureterales, 40 casos; perforaciones o incisiones vesicales, 77; fístulas véscicovaginales, 56.

Los que tengan interés pueden acudir a sus trabajos citados en la bibliografía.

Evitarla siempre es mejor que repararla.

Las lesiones anatómicas con sus consecuencias locales inmediatas y la repercusión sobre las funciones específicas del aparato genital y particularmente sobre el tracto superior del urinario, inciden en lo personal física y psíquicamente, poniendo a prueba la salud y aún la vida en ciertas circunstancias. Se crean situaciones de inferioridad que gravitan en el ambiente familiar, de trabajo o social, tornándose la vida de esas personas en un verdadero tormento y de incomodidad para los que tienen que convivir con ellas.

Debemos expresar que, felizmente, el *factor obstétrico*, de gran incidencia antes, actualmente, con la mejor atención de la grávida en sus distintos períodos, se ha reducido apreciablemente.

Las afecciones *ginecológicas benignas* que son las que estudiaremos en este trabajo y particularmente las *malignas*, por sí mismas o como consecuencia inmediata o tardía, de los tratamientos a que son sometidas, ofrecen todavía una incidencia apreciable.

Nuestro propósito al desarrollar la parte del tema que nos corresponde, será mostrar cómo creemos que hay que proceder, para buscar de evitar esa temible complicación y terminaremos con una breve síntesis de conducta terapéutica.

## CLASIFICACION

### Fistulas uretrales:

- a) Puras.
- b) Con participación del esfínter.

### Fistulas vesicales. Únicas o múltiples:

- a) Vésicovaginales bajas:
  - puras,
  - con participación del esfínter,
  - con participación de la uretra.
- b) Vésicovaginales altas:
  - puras,
  - asociadas con fístula,
  - uréterovaginal (Panheuf).
- c) Vésicoeervicales.
- d) Vésicoabdominal. (Historia 12.544.)
- e) Vésicorrectal.

### Combinadas:

- Uretrovésicovaginales.
- Vésicoeervicovaginales.

Debemos citar, aunque sea someramente, un tipo de *fistulización interna* que hemos estudiado en nuestro relato al VI<sup>o</sup> Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Se trataba de una parametritis supurada abierta en la vejiga por encima del meato ureteral izquierdo. Historia 12.183. Imagen citoscópica (dibujo, Dr. J. C. Scasso).

*Cuerpo extraño.*— Para terminar, una horquilla que fue introducida en la uretra y que al permanecer en la vejiga, perfora el tabique vésicovaginal, apreciándose su extremo perforante en el curso del examen vaginal y dando lugar a una incrustación en la porción restante vesical.

Se extrajo el cuerpo extraño por talla hipogástrica. Historia 7.436.

*Fístulas ureterales:*

Uréterovaginales.

Uréterocervicales (histerectomía subtotal).

Uréteroparietales (pared abdominal).

Uni o bilaterales (excepcionales).

Combinadas con fístulas entéricas o véscicovaginales.

*Vía vaginal.*— Buena exposición supone, valvas apropiadas, bien manejadas, tracción cervical adecuada, incisión perineal amplificadora, si es necesario. En los cistoceles y particularmente en los grandes, la liberación cruenta de la vejiga con tijera es menos riesgosa que la separación con compresa. La vascularización queda más respetada. Advertida en forma inmediata la lesión y suturado el reservorio en forma correcta, no tiene consecuencias. La tensión excesiva en la sutura reductora de un gran cistocele puede producir acodaduras del uréter, uni o bilaterales, la literatura registra casos de ligadura de uno o ambos uréteres, con las graves consecuencias que son de imaginar: anuria, uremia, fistulización.

En la operación de Fothergill para tratamiento del prolapso, se citan casos de lesión del uréter al ligar los vasos cérvico-uterinos; lo mismo puede suceder en el curso de la histerectomía, en los grandes prolapsos donde una tracción excesiva sobre el cuello, puede exponer los uréteres a ser lesionados, ya que son fatalmente desplazados hacia abajo.

En realidad son defectos de técnica.

*Vía abdominal.*— La vejiga puede ser lesionada, en *primer término*, en el momento de *abrir el peritoneo*, particularmente cuando está elevada por tumores pelvianos a gran desarrollo, o evolucionando hacia o en el F. S. A.

Como consecuencia de infecciones pelviperitoneales, tuberculosis, etc., que pueden producir adherencias y fijarla al peritoneo parietal.

El empleo con tensión desmedida del separador bivalvo o de la valva suprapúbica ha sido responsable más de una vez de lesiones desgarrantes de mayor o menor importancia.

Hemos tratado una fístula vésicocutánea abdominal (historia 12.544), operada en otro Hospital por un embarazo tubario.

En la cesárea extraperitoneal, cualquiera que sea la incisión parietal de abordaje: vertical, Pfannenstiel o Scherney, ofrece, por razones obvias, más posibilidades de agresión vesical, que la técnica intraperitoneal.

En *segundo término*, poner atención en el desprendimiento de la víscera del cuello uterino en el curso de la histerectomía total, puede haber dificultades cuando se trata de miomas ístmicos o cervicales a evolución anterior o a evolución en el ligamento ancho, insistiremos después sobre este punto.

Comprobada la lesión y suturada en forma inmediata, no trae consecuencias. Sonda a permanencia bien vigilada y anti-bióticos, es de rigor.

El *uréter* puede ser agredido fundamentalmente en cuatro puntos o regiones, de acuerdo con Te Linde.

1º) Al ligar el ligamento *infundibulopélvico*, en grandes quistes del ovario, o para ovario, torsión de pedículo, etc., que puedan acortar el conjunto pedicular, atrayendo el uréter y haciendo posible la ligadura, inclusive la sección del canal ureteral.

Personalmente no hemos visto esa lesión, pero tenemos referencias precisas de más de un caso. De todos modos es la *eventualidad menos frecuente* y con una técnica correcta, fácil de evitar.

2º) A nivel de la *porción juxtacervical* de los *vasos uterinos* en las histerectomías totales, excepcional en las subtotales. Bien sabemos que en los casos corrientes, con cuellos no engrosados y sin procesos inflamatorios, con una tracción adecuada hacia arriba, el uréter tiene tendencia a alejarse de los puntos de elección donde se ligarán los vasos uterinos y rama cérvico-vaginal.

Después estudiaremos cuándo hay alteraciones patológicas en la región.

3º) En todo el trayecto intraligamentario ancho, cuando haya tumores sólidos, quísticos, puros o no.

4º) Donde el canal ureteral está ubicado entre la pared anterior de la vagina y base de la vejiga.

Antes de continuar, queremos dejar establecido que *las anomalías del uréter*, en cuanto a número, se observan de acuerdo a las grandes estadísticas, 2 a 4 % uréteres doble con meatos independientes, uni o bilaterales, bifurcados con abocamiento vesical independiente, dobles con confluencia única vesical. La literatura registra casos de fístulas aparentemente inexplicables, que obedecen a esta disposición congénita.

La íntima relación de los vasos uterinos, el uréter, la base de la vejiga, el cuello uterino y su fascia, da lugar a modificaciones importantes en la topografía de la región, en el curso de miomas *cervicales* o *ístmicos* anteriores, posteriores, laterales a desarrollo dentro del ligamento ancho, más frecuentes estos últimos como hallazgo clínico, que desplazan el uréter hacia *afuera*. También puede suceder esto con los miomas *no incluidos* o *quistes a tensión* que se desarrollan y moldean en la pequeña pelvis y que pueden llevar el uréter hacia la pared externa de la pelvis.

En todos estos casos la vejiga paga también tributo, modificándose sus relaciones, como ya hemos dicho antes. Si bien en general no hay casi ninguna manifestación urinaria, el urograma muestra modificaciones uréteropielocalicianas por todos conocidas.

La técnica de Richardson para la histerectomía total en el mioma cervical uterino, preconiza liberar el cuello y su neoformación desprendiendo la *fascia pubocervical* y mantenerse por dentro de ella para de esa manera evitar la lesión vesical y ureteral. (Véase Te Linde.)

Entre nosotros Ciro Jamandreu, en un muy importante trabajo sobre el tema, establece una técnica precisa de disección de la fascia precervical, utilizando el alerón de los vasos uterinos para hacer su ligadura y al mismo tiempo exponer y proteger el uréter. Habitualmente *el desplazamiento del uréter* se hace *hacia afuera* como hemos visto, pues el crecimiento del tumor sólido o quístico dentro de la logia ligamentaria se hace del centro hacia la periferia.

En los tumores *sólidos* o *quisticos* más frecuentes estos últimos, *propios del ligamento ancho*, P. Brócq y H. Robert establecen que el uréter puede estar desplazado hacia *adentro*. Es fácil comprender este hecho que está en relación con el sitio

donde se origina la neoformación dentro de la logia ligamentaria y de acuerdo con su desarrollo y crecimiento, su poder de desplazamiento se *hace de afuera adentro*, vale decir a la inversa de todos los otros procesos estudiados. Peham establece como ubicación completamente atípica del uréter, desplazado sobre *el domo del tumor*.

Para terminar con estas disposiciones patológicas anómalas y excepcionales, de acuerdo con V. Cónill Montobbio, el uréter forma parte del tumor e incluso lo atraviesa.

En resumen, podemos establecer que si bien el desplazamiento ureteral en la mayoría de los casos se realiza hacia *afuera*, es posible que sea desplazado en cualquier dirección, hacia *adentro*, hacia *adelante* y en ese caso también incide sobre la *vejiga*, hacia *atrás* y *arriba* levantando peritoneo pelviano y desplegando el *mesosigma*, con repercusión sobre *vasos* y paredes *colónicas*, todo esto supeditado a la *localización, desarrollo y dirección del crecimiento tumoral* dentro de la región.

Esta sistematización y conocimiento de los desplazamientos uréterovesicales, permite en buena parte respetar esos elementos, manteniéndonos, siempre que sea posible, *pegados al tumor y por dentro de su cápsula*.

Descubrir el uréter si se considera necesario, liberarlo sólo en la extensión indispensable y respetar su adventicia portadora de su delicada red neurovascular. En oportunidades puede movilizársele conjuntamente con la hoja posterior del ligamento ancho, a cuya cara interna está adherido, sin desprenderlo de ella. La hemostasis dentro del ligamento ancho debe hacerse delicadamente, pinzar superficialmente y tomando los tejidos indispensables en la transfixión, evitar suturas en masa. No pinzar a ciegas.

El tumor puede tener adherencias firmes al lecho del ligamento ancho y su contenido. El desarrollo que pueden adquirir los vasos regionales puede ser considerable, lo cual supone hemostasis laboriosa. Antes de pinzar o ligar todo tracto algo organizado, acordonado, reconocerlo correctamente, como dice Martius.

También insiste este autor que "cuando al desprender un nódulo miomatoso se desgarran algún vaso uretérico, al ligarlo puede quedar comprendido el uréter". El uréter puede estar

acintado, aplanado, simular un vaso venoso o por el contrario estar muy dilatado. En caso de duda, prolija inspección de la región antes de retirarse. Cuando el uréter ha quedado desnudado en una extensión grande y se teme por su vitalidad, se puede aproximar y fijar el epiplón como elemento de protección y revitalización (Jakob).

La tarea del cirujano se torna mucho más difícil, cuando se agrega *infección, inflamación, hemorragia* o *supuración* en los procesos quísticos particularmente. El tejido conjuntivo experimenta, frente a estos factores, las modificaciones propias de: atrofia, hiperplasia, fibrosis, etc. que hacen muy laborioso o imposible el clivaje y reconocimiento de los planos y sus elementos.

Hemos tenido, al operar una lesión de este tipo, una fístula uréteroenterocutánea (historia 652).

En los viejos procesos anexiales *falsamente incluidos* por encapuchamiento o por adherencias inflamatorias (Forque y Crousse), íntimamente fusionados a útero, hoja post, lig. ancho y su contenido, adherencias organizadas, secuelas de operaciones anteriores, endometrosis.

Hemos tratado una fístula uréterorrectocutánea en una enferma con esa patología (historia 10.868).

De todo lo que acabamos de exponer surge, que las causas que pueden llevar a lesionar el uréter derivan de: *alteraciones topográficas del trayecto* y/o de *alteraciones morfológicas del mismo* y de *los planos que están en relación* inmediata con él, que hacen difícil su reconocimiento y/o dificultan su liberación. Casi siempre hay un traumatismo directo: sección, punción, prehensión, atrición, etc. Por excepción entra en juego la causa vascular. En cambio, el mecanismo de la fistulización, en el curso de la cirugía radical, por lesión *maligna del cuello*, es diferente. Aquí se requiere descubrir y liberar el canal ureteral en una gran extensión o mejor dicho en todo su trayecto pelviano. Es de necesidad conservar las ramas que provienen de la *aorta e iliaca* (Colby).

Para realizar la exéresis tumoral con toda la extensión necesaria, es indispensable *sacrificar la vascularización* que procede de las arterias: *uterina, vaginal, vesical*. El plexo *neurovascular* periureteral debe ser respetado a toda costa. Aún una

lesión de poca extensión, se puede traducir por trastornos circulatorios seguidos de *isquemia y necrosis parietal*. Estas fístulas, como todos saben, aparecen tardíamente: ocho, diez o más días.

Redoblar las precauciones para respetar la vaina fibrosa periurteral de Waldeyer, será la manera de conservar la integridad nutricional del canal urinario.

Consideramos que frente a estos casos de patología compleja, en que participa el ligamento ancho y su contenido, *no se debe intervenir*, sin previamente hacer *un urograma por excreción*. En el tratamiento quirúrgico del *cáncer del cuello* está absolutamente indicado.

Sabemos que hay gruesas alteraciones radiográficas que son clínicamente silenciosas. De todos modos es un aparato urinario que está sufriendo en su tracto superior en forma latente.

Muchas veces no se visualizan los uréteres pelvianos, en ese caso hacer radiografía con *catéter ureteral contrastado*. Tendremos de esa manera una información segura de la *topografía ureteral*. Puede ser útil mantener *el o los uréteres cateterizados* durante la intervención, de ese modo puede facilitarse su identificación y protección cuando hay profundas modificaciones en la topografía, relaciones y estructura de los órganos, fascias y elementos pélvicos.

## DIAGNOSTICO

La pérdida de orina permanente por la vagina coexistiendo con micciones regulares, en los primeros dos a tres días de un postoperatorio ginecológico, sólo puede corresponder a una *fístula uréterovaginal* o a una pequeña fístula *vésicovaginal alta accidental*.

Son la consecuencia de *lesión directa*: sección, perforación, atrición instrumental del canal uretérico. La pérdida de orina con las mismas características, pero que aparece después de la *semana*, hasta un *mes o más* corresponden a alteración *neurovascular*, que conduce a la *necrosis ureteral*.

La *citoscopia y cromocitoscopia* (índigo carmín) establecen el diagnóstico, identifican el uréter afectado, valoran la función eliminatoria del lado sano y descartan o confirman la posibilidad de una lesión *vésicovaginal* asociada.

El *cateterismo ureteral* aprecia la altura de la lesión, generalmente dentro de los 3 a 4 cms. y confirma si la lesión es *franqueable* o *no*.

*Urograma por excreción* es una exploración fundamental que nos informa de una manera precisa sobre el estado morfológico renoureteral, siendo la dilatación uréteropielocaliciana en sus distintos sectores y grados, un hallazgo corriente según tiempo de evolución. Se establece la capacidad funcional de ambos riñones. Es posible observar medio de contraste en la zona fistulosa (Colby). Malformaciones o ausencias. La *infección* que rápidamente se instala y sus consecuencias inmediatas o mediatas sobre el parénquima renal y sus cavidades: uréteropielitis, pielonefritis, pionesfrosis.

## CONDUCTA TERAPEUTICA

Las lesiones *vesicales percibidas* durante el acto quirúrgico y tratadas en forma inmediata transcurren generalmente sin consecuencias. Si aparecen a posteriori entran en el capítulo de las fistulas véscicovaginales que estudia uno de los compañeros encargado del tema, el Dr. O. Rodríguez López.

## LESIONES URETERALES ACCIDENTALES

### A) *Percibidas en el acto quirúrgico*

Si la lesión abarca sólo *parcialmente el control del canal* y se tiene la impresión, por el estado parietal, que se puede lograr una buena recuperación, hacer uno o dos puntos catgut cromado 000 y dejar catéter a permanencia.

Las lesiones más extensas o con tejido atricionado que no ofrecen perspectivas de correcta reparación, ir a la *implantación vesical* si la lesión es baja, 3 a 4 cms. de la vejiga, si es más alejada *anastomosis término-terminal* sobre catéter. La reparación que puede hacerse en forma inmediata tiene la ventaja que se actúa sobre un uréter de paredes *no alteradas* y con un riñón *no infectado*. Los tejidos de la zona operatoria en las mejores

condiciones, salvo las alteraciones preexistentes en relación con el estado patológico motivo de la operación. Los resultados son satisfactorios (Albertelli-Di Paola-Fossati, A.).

Algunos autores sostienen que la estrechez cicatricial es la secuela inevitable años después.

La vieja operación de Boari, tallando un colgajo vesical y tunelizándolo alrededor del uréter con puntos separados, ha sido reactualizada últimamente.

Si la lesión es muy extensa y no puede emplearse ninguno de los procedimientos antes mencionados, se ha preconizado por Ulitzsch, implantar el uréter en un ansa ileal excluida e implantada en la vejiga. El *avenamiento cutáneo* del uréter o su *anudamiento*, son procedimientos de excepción, el segundo prácticamente abandonado.

*Ligadura uréter.*— Constituye una enojosa, pero poco frecuente *falta operatoria*. Si se identifica en el curso de la operación y la compresión tisular ha sido moderada, basta con quitar la ligadura. Si hay reservas en cuanto al estado uretérico, ir a la implantación.

Si pasa desapercibido el accidente en la operación, aparecerá rápidamente el cuadro de bloqueo renoureteral puro o acompañado de infección.

Tanto que este accidente sea consecuencia de intervención abdominal o vaginal, la conducta es la misma, según las directrices de Te Linde, que consideramos muy razonables.

En primer término intentar *cateterismo ureteral*, que en algunos casos ha franqueado el obstáculo y resuelto el problema. Si fracasa, preferible ir a la *piel* o *nefrostomía* como medida de emergencia. Dos eventualidades pueden presentarse en los días siguientes: 1<sup>o</sup>) el obstáculo puede ceder espontáneamente o por cateterismo; 2<sup>o</sup>) mejorado el estado general y logrado nivel de eliminación urinario suficiente ir a la implantación uréterovesical.

En algún caso, cuando las circunstancias lo permitan, se puede ir directamente al abordaje abdominal de la obstrucción, con la intención no tanto de quitar la ligadura que constituye una búsqueda engorrosa, sino de ir a la implantación. De todos modos la valoración precisa y meditada de las lesiones dictará normas.

La ligadura *bilateral*, muy excepcional, se traduce por anuria inmediata, uremia aguda, que obliga al drenaje pielorrenal inmediato. A posteriori se podrá restablecer la función renouretérovvesical si la evolución lo permite.

No hemos tenido oportunidad de tratar nunca esta complicación. Tenemos conocimiento de algunos casos ocurridos.

### B) *Fistulas uréterovaginales*

Cuando las lesiones accidentales arriba mencionadas pasan desapercibidas en el acto quirúrgico, aparece la fístula en forma *inmediata* con pérdida de orina dentro de las primeras horas. Las fístulas más *tardías*, ocho, quince o más días, corresponden a proceso de *necrosis de causa neurovascular*. Tanto en una como otra variedad, nuestra finalidad es restablecer lo antes posible la función renouretérovvesical. Nuestra táctica ha sido la siguiente:

1º) *Lesión ureteral franqueable* al catéter, lo cual supone una lesión incompleta o de poca entidad, dejar sonda a permanencia ocho o diez días.

Hemos tenido algunos casos con curación y controlados hasta quince años después. Brea cita un caso tratado con catéter a permanencia seis semanas (historias 1.007, 8.723, 18.861, 17.399).

2º) *Lesión ureteral infranqueable*.— Conviene repetir el cateterismo dos o tres veces antes de desistir del tratamiento endoscópico.

Clásicamente se admite que debe esperarse un término de seis a doce semanas antes de intervenir. Creemos que cuanto *más pronto* se restablezca la función renouretérovvesical, tanto mejores serán los resultados inmediatos y alejados. Combatir la infección desde el primer momento con antibióticos adecuados, con lo cual reduciremos al mínimo la agresión al parénquima renal, cavidades y canal ureteral. Cuanto más tiempo transcurre, más se acentúan las alteraciones del uréter, dilatación y pérdida de su dinámica, con las repercusiones inmediatas sobre riñón y aunque anatómicamente se logre un resultado eficiente con la operación, las alteraciones funcionales renouretérovvesicales pueden haber evolucionado hasta un grado tal, que se tornen irreversibles y conduzcan a una insuficiencia renal grave y progresiva.

Mantener el estado general en las mejores condiciones, sin lo cual todo intento terapéutico estará destinado a fracasar o correr riesgos operatorios inútiles. Contempladas y valoradas las condiciones generales y urogenital, ir cuanto antes a restablecer la función alterada.

El *urograma* por *excreción* es *decisivo*. Un riñón francamente infectado, con marcado déficit funcional y gruesas alteraciones uréteropielocalicianas debe ir a la *nefrectomía*. La coexistencia de *fístulas entéricas asociadas*, también puede justificar en ciertas circunstancias la extirpación renal.

No es nuestro propósito hacer una descripción de las distintas técnicas conocidas y ampliamente expuestas en la literatura especializada, sólo daremos las directrices generales y los resultados obtenidos con la *implantación uréterovesical*, que consideramos la operación de elección.

Abordaje *intraperitoneal* de *preferencia*, el *extraperitoneal* se justificaba en la era preantibiótica o en algún caso que por razones especiales no se quiera entrar a la cavidad pelviana.

Hoy prácticamente está abandonado.

Sección uréter inmediatamente encima de la lesión. El cabo distal se liga o no según el estado de los tejidos. Preparar el cabo proximal. Descubrir y *movilizar* la vejiga, ya que es esta víscera la que debe ir al encuentro del uréter, que debe quedar *sin tensión* (Witzel, citado por Martius). Es un principio fundamental. Emplear catéter ureteral o no. En ninguno de nuestros casos lo empleamos. Introducir el uréter 1 a 1 ½ cm. por pequeña abertura vesical, ubicada próxima a la base, hoy día se le da poco valor a ese hecho, desde que se hace el anclaje vesical, y fijarlo a la vejiga con el mínimo de puntos no perforantes de catgut cromado 000. Se puede prescindir de este tiempo (Stoeckel). Realizar una especie de manchón de vejiga rodeando el canal ureteral ajustándolo, sin comprimirlo, con puntos separados, catgut crómico 00.

*Fijación* de la vejiga a la pared pélvica, para evitar su retracción y asegurar laxitud al uréter, durante los cambios de volumen vesical.

Peritonización. Cierre sin drenaje en general, aunque puede estar justificado. Gruesa sonda vesical a permanencia.

*Antibióticos.*— El *reflujo vesicoureteral* es el inconveniente de esta operación. Cuando haya imposibilidad de realizar esta intervención, puede recurrirse a algunos de los procedimientos que hemos citado en el capítulo A. En último término que da la implantación en el sigmoide que cada vez tiene menos adeptos.

## RESULTADOS

La mayor parte del material clínico estudiado desde el año 1931, corresponde a las Salas 7 y 8 de Ginecología, “Servicio del Prof. Luis P. Bottaro”, que dirige el Dr. Ernesto Tarigo, actualmente.

*Fístulas uréterovaginales* (ver historias).

A) Cuatro tratadas con *cateterismo a permanencia*. Todas curadas. Controladas de uno a quince años.

B) Año 1933. *Tres implantaciones uréterovaginales*. Dos controladas sin particularidades hasta un año después, Una, después de parto de hombros, llega nueve meses más tarde a la Sala. Fracasa la intervención. Queda fístula uréterocutánea abdominal. Meses después pionefrosis. Nefrostomía. Muere a los seis días.

## FISTULAS COMPLEJAS

Tratadas por *nefrectomía*: año 1945, 1 fístula uréterorrectocutánea abdominal; año 1951, 1 fístula uréteroenterocutánea. Ambas bien hasta la fecha.

## CONCLUSIONES

1) Las fístulas ureterales constituyen una grave y enojosa complicación de la cirugía ginecológica.

2) Su mejor *profilaxis*, estudiar minuciosamente, previo el acto quirúrgico, todos los casos que clínicamente nos hagan sospechar dificultades operatorias en relación con el tracto *urinario inferior*.

3) El *urograma previo* es indispensable.

4) La radiografía con *catéter ureteral contrastado* es complemento importante del urograma.

5) *El catéter ureteral mantenido durante el acto quirúrgico es un auxiliar muy útil.*

6) *Es fundamental restablecer la función uréterorrenovesical lo más pronto posible.*

7) *Las fístulas uréterovaginales libradas a su evolución espontánea, marchan hacia la destrucción renal, en la inmensa mayoría de los casos.*

8) *Es importante el control urológico durante período prolongado.*

## HISTORIAS CLINICAS

### FISTULAS URETEROVAGINALES

#### A) TRATADAS CON CATETERISMO URETERAL.

- 1) **Historia 1.007.**—Fibroma uterino, quiste ligamentoso ancho izquierdo supurado. Histerectomía total. Año 1931: Extirpación quiste. Apendicectomía. Fístula izquierda aparece a los cinco días. Quince años después uréter franqueable. Indigo carmín, sin particularidades.
- 2) **Historia 8.723.**—Año 1939: Fibroma uterino. Metritis cervical crónica. Histerectomía total. Salpingografía bilateral. Apendicectomía. Fístula derecha. A los cuarenta y cuatro días uréter funciona correctamente.
- 3) **Historia 18.861.**—Fibroma uterino. Histerectomía total. Anexectomía bilateral. Apendicectomía. Año 1951: Fístula al octavo día. Curación controlada.
- 4) **Historia 17.399.**—Miomatosis uterina. Histerectomía total. Anexectomía bilateral. Apendicectomía. Fístula uréterovaginal izquierda. Cateterismo repetido y a permanencia. Curación.

#### B) IMPLANTACION URETEROVAGINAL.

- 1) **Historia 3.626.**—Sarcoma uterino. Histerectomía total. Anexectomía bilateral. Año 1934: Fístula uréterovaginal derecha a los dos días. Año 1935: Implantación uréterovasinal extraperitoneal. Un año después en buenas condiciones.
- 2) **Historia 4.513.**—Fibroma uterino. Absceso tuboovárico izquierdo. Año 1933: Histerectomía total. Fístula uréterovaginal derecha a los diez días. Mayo II: I. U. V. extraperitoneal. Un año después uréteral franqueable.
- 3) **Historia 4.719.**—Año 1933: Multipara VIIª. Parto; presentación hombros: hace nueve meses en el Interior. Desde entonces fístula uréterovaginal derecha. I. U. V. extraperitoneal. Fracasa. Queda fístula uréterocutánea abdominal. XII-1933: Pionefrosis. Nefrostomía. Fallece a los seis días.

### C) TRATADAS POR NEFRECTOMÍA.

- 1) **Historia 10.868.**—Anexitis supurada. Drenaje por colpotomía y espacio Bogros. XI-1944: Fistulización a nivel cicatriz abdominal. IV-1945: Resección trayecto fistuloso y anexectomía izquierda. Histológicamente: lesión tuberculosa. Se produce fístula uréterorrectocutánea abdominal (en cicatriz operatoria) izquierda. Retoscopía: orificio pequeño en pared posterior e izquierdo, a 12 cms., que da salida a orina. XI-1945: Nefrectomía. V-1957: Mionia ístmico reblandecido. Histerectomía subtotal. Excelente estado general.
- 2) **Historia 652.**—25-IX-1951: S. U. Quiste ovario izquierdo hemorrágico, incluido en ligamento ancho izquierdo y espacio subperitoneal prerrectal, extendiéndose hasta hemipelvis derecha. Anteriormente histerectomía subtotal por otro cirujano. Resección quiste. Evacuación, 2 ½ litros. Líquido hemático. Drenaje con cigarette. Fístula uréterocutánea que aparece a los seis días. Después también contenido intestinal. Catéter se detiene a 8 cms. en el uréter derecho. El izquierdo, sin particularidades. Fístula uréteroenterocutánea. 12-XI-1951: Nefrectomía derecha. Curación en tres semanas.
- 3) **Historia 12.183.**—Parametritis supurada postaborto abierta en la vejiga por encima del meato ureteral izquierdo. Curación espontánea.
- 4) **Historia 12.544.**—Fístula vésicocutánea abdominal. Operada de embarazo ectópico en otro hospital. Le hacemos resección del trayecto fistuloso. Cierre en planos. Curación.

### BIBLIOGRAFIA

- AIUMADA, J. C.—“El cáncer ginecológico”, tomo I.
- ALBERTELLI, J. y MADRID PAEZ, S.—Sección quirúrgica accidental del uréter. “Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, N° 446; 1952.
- ALBERTELLI, J.—“Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, N° 452; 1952.
- BAZTERRICA, E.; FERRACINI y otros.—Uréterocistoneostomía. “Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, N° 463; 1953.
- CLLA, I.—“Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, N° 450; 1952.
- BOTTARO, L. D.—Represión de las afecciones ginecológicas en el aparato urinario. “VI Congr. Arg. de Obst. y Ginec.”, 1946.
- BROCC, P. et ROBERT, H. C.—“Gynecologie Chirurgicale”, 1956.
- CONILL MONTOBBIO, V.—“Tratado de ginecología y de técnica terapéutica ginecológica”. Barcelona, 1946.
- DI GUGLIELMO y MAZZA, H. L.—Lesión quirúrgica accidental del uréter. “Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, N° 448; 1952.
- DI PAOLA, G. y TYMJANKER, J.—Uréterocistoneostomía. “Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, N° 490; 1955.
- EVERETT, S.—“Gynecological and Obstetrical Urology”, 1944.
- EVERETT, S. and MALTINGLY, R. F.—“Am. J. Obst. y Gynee.”, 71: 502-514; marzo 1956.

- HALBAN, J.—“Técnica quirúrgica ginecológica”, 1951.
- JAKOB, A.—“Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, 463: 405; 1953.
- JAMANDREU, C.—Miomatosis uterina cervical. Cátedra Prof. Juan J. Crostogini. “Anales de Ginecotocología”, tomo II: 55; 1954.
- LOWESLEY, O. S. y KIRWIN, Th. J.—“Clínica Urológica”, 1945.
- MARTIUS, H.—“Operaciones ginecológicas”, 1957.
- MARTIUS, H.—“Tratado de ginecología”, 1955.
- MEIGS, J. V.—“Surgical Treatment of Cancer of the Cervix”, 1954.
- MOUQUOT, P.; RUDLER, J. C. et PALMER, R.—“Traité Technique Chirurgicale”, IV; 1956.
- OPITZ, E.—“Tratado de ginecología”, 1927.
- PEHAM; VEIT-STOECKEL.—“Handbuch der Gynäkologie”, 2º T., 2ª parte, 1931.
- POU ORFILA, J.—Las fistulas ureterales en ginecología. “Jorn. Riop. de Obst. y Ginec.”. Montevideo, 1941.
- STOECKEL, W.—“Tratado de ginecología”, 1949.
- SALABER, J. A. y GUIXA, H. L.—Incontinencia de orina por solución de continuidad urogenital. “Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires”, Nº 463; 1953.
- 1º LINDE, R. W.—“Operative Gynecology”, 1952. Ulltisch, Kurt. Ansa ileal excluida reemplazando uréter. “Surg. Gyn. Obst.”, 105, 2: 177; 1957.