

Complicaciones Traumáticas Operatorias del Tracto Urinario en Ginecología y Obstetricia

Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Dr. Jesús A. Vázquez Cueva**
Dr. Raúl Chirinos****

Las complicaciones traumáticas del segmento pélvico del tracto urinario son lesiones frecuentes en Obstetricia y Ginecología; debido a la relación íntima de la arteria uterina, el cérvix, la porción superior de la vagina con el extremo distal del uréter y la vejiga.

En las operaciones radicales, evisceración pélvica, pan-histerectomías y linfadenectomías, y aún en condiciones benignas de la patología pélvica, no son raras estas lesiones operatorias; cuando condiciones especiales producen alteraciones de la posición y trayecto de estos órganos, a consecuencia de inflamaciones, tumores, anomalías y lesiones neoplásicas.

"En las buenas clínicas, es muy raro observar lesiones operatorias de los uréteres a consecuencia de intervenciones quirúrgicas sobre la pelvis". Este concepto expresado por Te Linde en 1948, debe ser revisado, dados los recientes trabajos de Edward Solomon y Emanuel Levin en 1959; quienes en estudios realizados en 200 pacientes, en el Medical Center y Maimonides Hospital de Rrooklyn, N. Y., en las cuales se practicó histerectomías por causas no neoplásicas, pudieron observar bajo control pielográfico practicado antes y después de la intervención, lo frecuente que son las lesiones asintomáticas del uréter, pélvico, con la consiguiente repercusión sobre el tracto urinario.

Durante el acto operatorio, el uréter o la vejiga pueden ser lesionadas por ligadura, por sección o por pinzamiento. Resulta difícil determinar con exactitud la frecuencia de la lesión accidental del uréter, pues, muchas veces origina la supresión asintomática en la función renal, sin que el enfermo o el cirujano se percaten del hecho.

Por lo general, la lesión del uréter o de la vejiga, se produce durante la histerectomía abdominal o vaginal, en el curso de la reparación del cóstocelo, y aún puede ser el resultado de otras intervenciones sobre la pelvis, durante la extirpación de una neoplasia ovárica adherida o de un absceso tubo-ovárico.

La histerectomía radical de Werthein, por carcinoma cervical es la que

* Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D' Anfoní. ** Del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente D'Antoni. *** Del Departamento Quirúrgico del Hospital Vicente D'Antoni.

más lesiones ha producido; el mismo Werthein la registraba en proporciones radicales de evisceración pélvica, por el método de Bruswich, ha observado una incidencia de 8 a 30%.

El grupo de pacientes de Solomón y Levin, un total de 200; 171 casos fueron histerectomías abdominales, 19 de histerectomías vaginales, 8 de histerectomías abdominales sub-totales, 1 colporrafia anterior por cistocele y 1 histerectomía seguida de plastía pélvica. (5) Urogramas por eliminación practicadas en estas operadas, revelaron 49 lesiones asintomáticas descubiertas únicamente por la investigación radiológica post-operatoria.

En estudio más reciente de M. K. TCasu Mallik, quien investigó el estado del uréter durante el período inmediato a la histerectomía de Wehthein, en 22 pacientes operados en la England and the Royal Marsden Cáncer Hospital de Londres, a los cuales se les practicó pielogramas pre-operatorios y post-operatorios con intervalos de 6 días a 48 meses; se pudo constatar, en toda la serie de casos, la hidronefrosis e hidro-uréter en las histerectomizadas. En uno de los casos el hidroureter fue unilateral y apareció en la cuarta semana de la operación, presentando al año gran mejoría.

Varias hipótesis han tratado de explicar los cambios radiológicos en el uréter, una de las cuales es el edema de la pared de los uréteres originados por el traumatismo y desprendimiento ureteral en el curso de la intervención.

En la actualidad la mayoría de los autores hace resaltar el aumento de las fístulas ginecológicas a expensas de las obstétricas, debido esto, al progreso de la técnica de conducción del parto y al uso de una cirugía más agresiva.

De una manera general, las lesiones obstétricas del tracto urinario, son por lo común abordadas por vía vaginal, mientras que la mayoría de las lesiones traumáticas ginecológicas, se tratan por vía abdominal, no así, las fístulas producidas por desintegración del tejido neoplásico o por acción del radium que difícilmente pueden ser obturadas por ninguno de los métodos.

Material del Estudio

El material de estudio lo constituye, la revisión de una serie de 486 operaciones ginecológicas y obstétricas, efectuadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D'Antoni desde enero de 1957 a septiembre de 1960. Se escogieron aquellas operaciones que producen o son capaces de producir lesiones del tracto urinario, se excluyen intencionalmente, las operaciones de suspensión uterina, implantación de trompas, operaciones sobre el cérvix y legrados uterinos.

CUADRO 1

Operaciones ginecológicas y obstétricas practicadas durante los años 1957 a 1960

Histerectomías abdominales totales	107
Pan-Histerectomías tipo Werthein	14
Colporragias	34
Ovariectomías	40
Salpinguectomías	81
Cesáreas segmentarias	85
Cesáreas clásicas	24
Histerectomías vaginales	20
Oforosalpinguectomías	46
Miomectomías	27
Linfadenoshisterectomías	7
T O T A L	486

Se presenta el estudio y tratamiento de 6 casos de fístulas del tracto urinario ocurridas durante ese período, todas las cuales, fueron tratadas con éxito, usando variados procedimientos; implantación de uréteres, plásticas por vía vaginal, métodos de derivación, como la vejiga ileal (íleo vejiga de Bricker), siendo esta operación la primera practicada en Honduras que tengamos conocimiento.

Las indicaciones operatorias de estas pacientes, han variado desde simples histerectomías por gran fibroma de la pelvis, pan-histerectomías con yacimiento pélvico, lintadenohisterectomías, 1 caso de operación perinal por cistócele durante la cual se lesionó el uréter derecho por posible anomalía de implantación y otro caso de fístula vésico-uterina después de cesárea segmentaria de repetición.

Todas las pacientes fueron sometidas a exámenes de rutina, comprendiendo, pielogramas descendentes, examen cistoscópico, examen de vagina con material colorante y cateterismo "ureteral, todo ello, con fines de establecer un buen diagnóstico de localización.

En la mayoría de las enfermas, la sintomatología apareció entre el tercer y décimo día después de la operación, manifestándose por dolor reno-ureteral, evacuación involuntaria de orina y fiebre.

En ninguna de las pacientes apareció oliguria ni anuria; en todas se trató de operar lo más pronto posible, como lo permitiera el estado general, a fin de evitar lesiones del parénquima consecutivas a la uronefrosis y a la infección del tracto urinario.

En el Cuadro N° 1 se puede apreciar el material estudiado; la predominancia de los diferentes tipos de histerectomías, operación durante la cual se lesiona más frecuentemente el tracto urinario; quedan en segundo término las intervenciones sobre anexos y las cesáreas corporal y segmentaria, colporrafias y miomectomías. Se obtuvo de este material, 6 casos de fístulas del tracto urinario, Cuadro N° 2, ocurridas durante una linfademohisterectomía por C. A., grado II, durante 2 operaciones de Werthein y una histerectomía por gran fibroma pélvica.

CUADRO N° 2

Seis casos de traumatismos operatorios del tracto urinario, observados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente D'Antonio, durante los años 1957 a 1960

Ficha N°	Nombre	Edad	Operación
19.952	G. M.....	40	Histerectomía Werthein
23.460	R. M.....	39	Linfadenohisterectomía
24.759	J. B.....	30	Cesárea segmentaria
21.138	M. de R.....	48	Histerectomía total (fibroma)
20.976	E. B.....	38	Histerectomía Werthein
27.268.....	B. M.....	35	Colporrafia

Llaman la atención, un caso de fístula vésico-uterina después de cesárea segmentaria, de repetición con feto muy grande, la cual se desgarró la vejiga en el momento de la extracción y un caso insólito de lesión ureteral durante una colpectomía anterior, en la cura de un cistócele.

En el Cuadro N° 3 se aprecian los diferentes procedimientos usados en la reparación de estas lesiones traumáticas operatorias: 3 casos de reimplantación de uréter a la vejiga, 1 reparación de fístula vésico-vaginal donde se empleó la vía vaginal, 1 caso de reparación de fístula vésico-uterina por vía abdominal y otro caso en el cual se empleó un método de derivación, íleo-vejiga de Bricker, en vista de que otros procedimientos operatorios habían fracasado (véase observación N° 5).

CUADRO N° 3

Diversos procedimientos usados en la reparación de seis casos de fístulas del tracto urinario post-operatorias, durante los años 1957 a 1960

Urétero-neocistostomías	3
Reparaciones vía vaginal.....	1
Reparaciones por vía abdominal	1
íleo vejiga de Bricker	1
OPERACIONES — TOTAL	6

Si tomamos en consideración la incidencia de lesiones del tracto urinario observados en nuestro estudio, comprendiendo el número total de operaciones practicadas, resulta un porcentaje de 1.23%. No así, si se consideran sólo las histerectomías que arrojan un índice mayor, 4.1%; todo lo cual, no es grande, si se toma en cuenta la incidencia reportada por Werthein, 10% y Pheffer y Meigs, 8 al 30%, en operaciones radicales de cáncer uterino.

CASO N° L—Expediente 20.976: EB., 38 años de edad; raza negra; soltera. Ingresa al Hospital el 19 de agosto de 1958.

Refiere que hace una semana notó que la orina le sale por la vagina, humedeciéndole sus partes pudendas y ropas. Hace 18 días se le practicó una histerectomía por vía abdominal. Exámenes complementarios dentro de límites normales, excepto por el examen de orina, que muestra cilindros granulosos, eritrocitos y pus en abundancia, albúmina positiva xxxx. Cistoscopia practicada demuestra no permeabilidad del orificio ureteral derecho, más cistitis crónica; pielograma descendente demuestra estasis en el uréter derecho. Conclusión: fístula urétero-vaginal derecha. Procedimiento: reimplantación plástica uréter derecho a la vejiga por vía retroperitoneal. Cistoscopia, pielogramas descendentes demuestran buen funcionamiento excretorio en ambos lados. Enferma es dada de alta en buenas condiciones después de 32 días de permanencia en el hospital.

CASO No 2.—Expediente 19.952: G. M., 40 años de edad; mestiza; soltera. Ingresa al hospital el 16 de mayo de 1958.

Quejándose de que la orina le sale involuntariamente. Hace un mes se le practicó pan-histerectomía tipo Werthein, por CA grado III del cérvix. Examen físico vaginal demuestra orificio en pared anterior de la vagina, por donde se escapa la orina, lo mismo que el colorante. Cistoscopia y pielograma descendentes demuestran la existencia de una fístula urétero-vaginal izquierda. Procedimiento: reimplantación plástica de uréter izquierdo a la vejiga. Cistoscopia y pielograma descendentes post-operatorios demuestran buen funcionamiento excretorio en el lado izquierdo. Enferma es dada de alta, después de 55 días de permanencia en el hospital, salió en buenas condiciones.

CASO No 3.—Expediente 21.138: M. R., 48 años de edad; mestiza; casada. Ingresa al hospital el 2 de septiembre de 1959.

Quejándose de que hace 10 días notó la salida involuntaria de orina por la vagina. Hace dos meses se le practicó histerectomía total por gran fibroma uterino. Examen físico vaginal comprueba resumamiento de orina por la vagina. Cistoscopia y pielograma demuestran la existencia de una fístula urétero-vaginal derecha. Se hizo una reimplantación plástica del uréter derecho a la vejiga. Fue dada de alta en buenas condiciones con buen funcionamiento excretorio lado derecho. Algunos días después fue readmitida con las mismas quejas, comprobándose esta vez que existía otra fístula urétero-vaginal izquierda; procediéndose a hacer su reimplantación en la vejiga. Después de un post-operatorio tormentoso en el cual la enferma desarrolló un absceso perinefrítico izquierdo, la paciente fue dada de alta del hospital en buenas condiciones; comprobándose en exámenes sucesivos por medio de cistoscopia y pielogramas descendentes, un buen funcionamiento excretorio.

CASO No 4.—Expediente 24.759: J. B., 30 años de edad; raza negra; soltera. Ingresa al hospital el 29 de septiembre de 1960.

Relata la enferma que hace 13 días fue intervenida (cesárea abdominal). Cuatro días después de la operación la enferma nota que la orina se le sale por la vagina de manera involuntaria. Examen físico vaginal es normal, excepto que se observa la salida de orina y de materia colorante por el orificio uterino. Cistoscopia demuestra la presencia de fístula vésico-uterna. Se hizo histerectomía, lo mismo que curación de fístula por vía abdominal, notando que a los pocos días aún había escurrimiento de orina por la vagina. Nueva intervención abdominal demuestra la existencia de fístula vésico-vaginal, más extensa sobre la cúpula vaginal. Se hace nueva intervención de la fístula, saliendo la enferma del hospital en buenas condiciones después de dos meses de permanencia en éste.

CASO No 5, -Expediente 23.460: R. M., 39 años de edad; mestiza; soltera. Ingresa al hospital el 4 de octubre de 1960.

Refiere que hace cuatro meses sufre de dolor en el vientre y molestias vaginales consistentes en micciones ¡recuentes; el dolor es más frecuente durante la micción; ha perdido peso. Examen físico vaginal demuestra la existencia de CA del cérvix, grado II; por lo cual se le practica linfadenohisterectomía; a los días la enferma nota la salida involuntaria de orina por la vagina. La enferma es dada de alta aparentemente curada de su CA, pero con las mismas molestias urinarias.

Segunda admisión: 25 de abril de 1959. La enferma se presenta a la oficina en pésimo estado general, mal nutrida y envejecida prematuramente, la acidosis hiperclorémica es marcada. Refiere que ha sido sometida a diferentes operaciones en otras partes sin obtener mejoría. El examen físico vaginal demuestra: estrechez vaginal cicatricial, ausencia absoluta de uretra, extensa fístula vésico-vaginal, eritema y maceración de vagina, vulva y muslos. Cistoscopia demuestra: vejiga retraída y crónicamente infectada, sangrante, orina abundante pus, albúmina positiva xxx. Urea sanguínea 64 mg.%. Bajo anestesia general, incisión media infraumbilical, se identifican ambos uréteres y se seccionan cerca de su desembocadura en la vejiga, se aísla asa intestinal ileal más o menos a 12 pulgadas de válvula ileocecal, se restablece continuidad intestinal por medio de anastomosis término-terminal. Luego se anastomosan ambos uréteres al asa intestinal previamente aislada —término lateral— y se procede a hacer ileostomía en fosa ilíaca derecha. Se hizo ileostomía plástica, método Waugh, y se conecta a bolsa plástica; las superficies cruentas fueron peritonizadas y la pared abdominal se cerró en planos. Pielograma descendente inmediato demuestra buena función excretoria a través de ambos uréteres en vejiga ileal y luego al exterior. La enferma sale después de dos meses y medio de permanencia, en el hospital, en buenas condiciones. Esta enferma ha sido vista periódica y regularmente en la clínica externa, -pielógramas descendentes satisfactorios, mostrando buen funcionamiento renal excretorio. Urea sanguínea 20 mg.%. Estado general: físico y emocional excelentes.

CASO N* 6.—Expediente 27.268: B. M., 38 años de edad; mestiza; soltera. Ingresa al hospital el 18 de julio de 1960.

Refiriendo que hace 2 años siente peso en la vulva cuando defeca o hace esfuerzos. También se queja de dolor en el vientre desde hace un año. Última menstruación, el 25 de junio de 1960. Ha tenido 10 partos¹ normales asistidos por comadronas.

Examen físico: útero de tamaño y forma normal. Marcado recto-cele y cisto-cele. El 25 de julio se le hizo colporrafia posterior y anterior. Durante su permanencia en la Sala de Recuperación y al despertarse, se quejaba, de dolor en el flanco derecho que se irradiaba hacia el pubis, dolor que se hizo más severo en los días subsiguientes. Se les hizo pielograma intra-utero venoso, comprobando falta completa de funcionamiento renal derecho. Se concluyó que la enferma tenía una urétero-hidronefrosis derecha y se exploró; comprobando obstrucción quirúrgica del uréter, cerca de su embocadura en la vejiga. Se seccionó y se hizo reimplantación vesical. La enferma tuvo magnífico post-operatorio y salió del hospital el 5 de septiembre de 1960.

CONCLUSIONES

- 1) Se presentan 6 casos de traumatismos del tracto urinario aparecidos en el curso de 486 operaciones obstétricas y ginecológicas, observadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D'Antoni, de enero 1957 a septiembre 1960.
- 2) Se rebate el falso concepto de lo poco frecuente que son estas lesiones, descubribles algunas veces solamente por métodos pielográficos, según estudios realizados por Solomon y Levin en el Medical Center y Maimonides, Hospital de Brooklyn, N. Y., en 1958.
- 3) Se exponen diversos sistemas empleados para la reparación de estas fístulas, en especial el método de la íleo-vejiga de Bricker.
- 4) Se compara la incidencia de fístulas con los observados por Meigs, Pheffer y Werthein.
- 5) Se proyecta la necesidad de un control estricto de la vejiga y uréter pélvico durante el acto operatorio en las operaciones traumatizantes del tracto urinario.
- 6) Se recomienda las investigaciones pielográficas post-operatorias como un método rutinario, para demostrar las lesiones traumáticas sub-clínicas del tracto urinario en esta clase de operaciones.

REFERENCIAS

- 1.— WERTHEIN, E. -- Zur Frage der Radikaleoperation Beim Utersusrebs. Arch. f. Gynak., 61:627, 1900.
- 2.—PHEFFER, R. I.—Uretral Injury in Pelvic Surgery. Missouri Med 53:370, 1956.
- 3.—SOLOMON, LEVIN.—A Pyelografic Study of Ureteric Injuries Sustained During Hystirectomy for Bening- Conditions. Sug. Gyn. and Obst. 41:45, N° 1. Vol. III, july 1960.
- 4.—GREENE, LITIN.— Diagnosis of Urinary Vaginal Fístulas. The Surgical Cliftics of North America. Vol. 39, N-° 4, p.' 1047:1052.
- 5.—BEIISON HINMAN.—Urinary Tract Injuries in Obstetrics and Gynecology. Sur. Gyn. and Obst. 90:467, 1955.