

CORRECCION DE FISTULA URETEROVAGINAL POST-HISTERECTOMIA REPORTE DE UN CASO

Dr. CICERON CISNEROS, Dr. ABEL MELENDEZ, Dr. HECTOR JARRIN y
Dr. PABLO DUMET

Departamento de Ginecología, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Quito.

RESUMEN

Una mujer de 44 años fue admitida en el Departamento de Ginecología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, presentando cuadro de Leiomioma abortivo pediculado. La paciente fue sometida a una histerectomía abdominal extrafacial total.

Después de 22 días de la cirugía presentó una fístula uretero-vaginal derecha, la cual fue reparada más tarde por la técnica de Boary-Ockerbland, 8 semanas después de extirpado el útero; se obtuvo excelentes resultados. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) 11: 49, 1986*).

La vejiga y los uréteres representan, de los tejidos aledaños a los genitales, los más delicados con los que un cirujano puede enfrentarse; si las lesiones se descubren, son reparadas con rapidez y se proporciona un drenaje vesical adecuado después de la cirugía, la vejiga y los uréteres se regenerarán casi por completo a pesar del trauma de la intervención (1).

La fístula ureterovaginal de origen quirúrgico suele ser una complicación consecutiva a una histerectomía y especialmente luego de operaciones radicales por carcinoma cervical. Una cuidadosa atención a la técnica quirúrgica, sea cual sea la vía y la razón que obligue a extirpar el útero, reducirá al mínimo el riesgo de lesión ureteral (1, 2). Incluso los más expertos cirujanos ginecológicos, de cuando en cuando inadvertidamente lesionan las vías urinarias y es así, que la histerectomía radical de Wertheim se acompaña de un 5 a 10% de complicaciones de fístula urinaria (3, 6).

Para prevenir este accidente quirúrgico el paso inicial en todas las intervenciones pélvicas debe ser la identificación de los uréteres, prime-

ro por encima del nivel de la enfermedad pélvica y después a lo largo de su curso. Esto requiere sólo unos pocos segundos en cada lado, y la exposición de rutina de los uréteres en todas las intervenciones sencillas para que la identificación ureteral sea simple cuando existen problemas más difíciles y cambiantes (1).

Las fístulas aparecen con más frecuencia durante los primeros 10 días de postoperatorio, muchas dentro de las primeras 24 o 48 horas y pueden o no ir precedidas de una serie de síntomas más o menos manifiestos, como dolor lumbar y signos de pielitis o hidronefrosis. En ocasiones la ligadura de un uréter puede ser silenciosa y, con escasa sintomatología, conducir a la anulación de un riñón, si bien esta eventualidad no es muy frecuente (5).

En un buen número de pacientes la fístula puede desarrollarse 10 o 30 días después de la histerectomía y puede ser resultado de demuscularización, devascularización, hematoma con infección, necrosis o quizá por una sutura mal colocada que ha erosionado gradualmente la pared ureteral. La formación de una fístula

"tardía", que aparece 30 días o 25 años tras la intervención, se debe siempre a una radioterapia previa, con o sin tratamiento operatorio subsecuente (1).

Si el diagnóstico de la lesión ureteral se realiza en las primeras 48 horas, es conveniente la reparación quirúrgica inmediata. Si el diagnóstico es más tardío, es aconsejable posponer la reparación del uréter 8-12 semanas, vigilando la función renal. Si fuera necesario se recurrirá a la nefrostomía de descarga (7).

Puede comprobarse el diagnóstico valiéndose de un colorante de contraste, azul de metileno, en la vejiga, para después examinar la orina que se junta en la vagina. Si la orina es límpida, hay fístula ureterovaginal; el cirujano debe recordar que si la solución es azul ello no descarta que coexistan fístulas ureterovaginal y vesicovaginal. La posibilidad de que haya fístula ureterovaginal se comprueba ulteriormente por urografía excretoria y cateterismo retrógrado de los uréteres (8).

Este reporte describe una paciente a la que se le realizó histerectomía total abdominal extrafacial, por presentar "Leiomioma abortivo pediculado", presentándose a los 22 días del postoperatorio fístula ureterovaginal derecha, la misma que fue reparada quirúrgicamente mediante la técnica de "Boari-Ockerblad" a las 8 semanas de la extirpación del útero.

CASO REPORTADO

Se trata de una paciente de 44 años de edad, gran múltipara, que ingresa al Servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" el 17 de septiembre de 1985 por presentar episodio de 6 días de duración de sangrado genital negrusco de mal olor con expulsión de pequeños coágulos y dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipogastrio irradiado a genitales externos. El tacto vaginal reportó genitales externos de múltipara, vagina amplia e hipotónica, presencia de cisto-rectocele grado II, útero aumentado de tamaño de más o menos 11 cms. en AV, de bordes regulares y móvil, cervix posterior de consistencia dura en el cual

se palpa masa tumoral de más o menos 5 cms. de diámetro que protruye por el orificio cervical externo, anexos uterinos no palpables y fondos de saco libres. El examen con espejo vaginal confirmó la presencia de la tumoración a través del orificio cervical, de coloración violácea y con pequeñas zonas de necrosis. Los exámenes de laboratorio tanto de sangre como de orina no indicaron datos patológicos.

Bajo la presunción diagnóstica de "Leiomioma abortivo necrosado", la paciente es sometida a histerectomía total abdominal extrafacial, el 18 de septiembre de 1985. El transoperatorio transcurre sin complicaciones. Durante el postoperatorio recibió antibioticoterapia a base de ampicilina y cloranfenicol; la diuresis espontánea fue adecuada y es dada de alta al sexto día de la cirugía en buenas condiciones generales. El reporte histopatológico indicó "Leiomioma uterino pediculado que protruye por cervix y cervicitis atrófica folicular".

A los 22 días de postoperatorio, la paciente presentó pérdida involuntaria de orina por canal vaginal, razón por lo cual es reingresada al Servicio el 17 de septiembre de 1985 para el estudio pertinente. Se le realiza la prueba de "las tres gasas", que es un procedimiento de rutina en el Servicio para el diagnóstico diferencial de los sitios de trayecto fistuloso, relleno vesical con azul de metileno y examen de las gasas vaginales. (Figura 1).

Se estableció gasas sin colorante presumiéndose que se trataba de una fístula ureterovaginal. Posteriormente, se solicita urograma excretor ratificándose la presencia de fístula a nivel de tercio inferior de uréter derecho, dilatación ureteral derecha y de cálices menores. Un examen de orina de control reveló la presencia de nitritos, bacterias y piocitos y el urocultivo fue positivo para *E. Coli* sobre 200.000 colonias, sensible al ácido nalidíxico, por lo cual recibió esta terapia.

El 18 de noviembre de 1985 se procede a realizar la reimplantación ureteral derecha mediante la técnica de Boari-Ockerblad, procedimiento que transcurre sin complicaciones. La evolución postoperatoria fue favorable. La Rx.

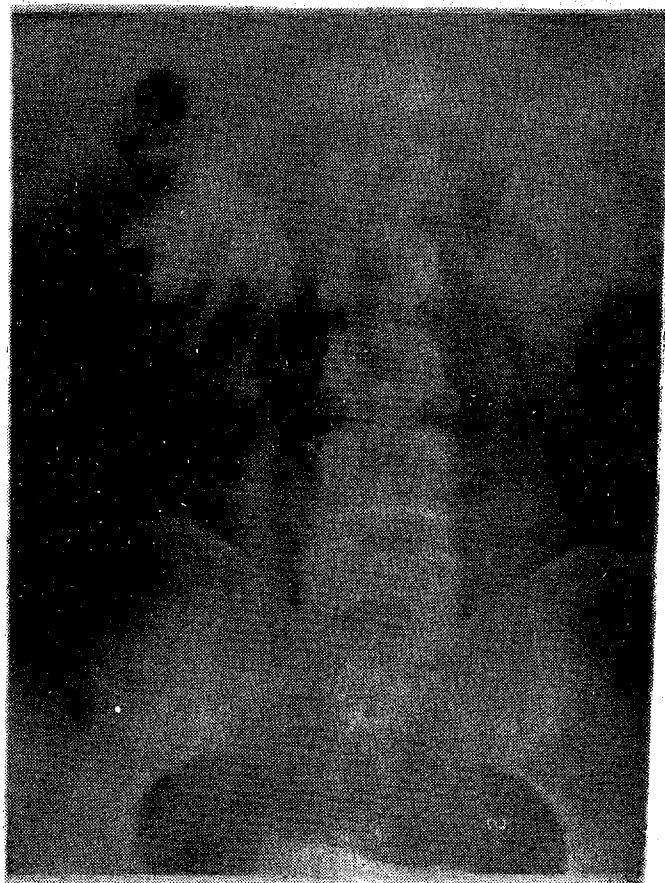


Fig. 1.— *Uréter Dilatado. Lado derecho*

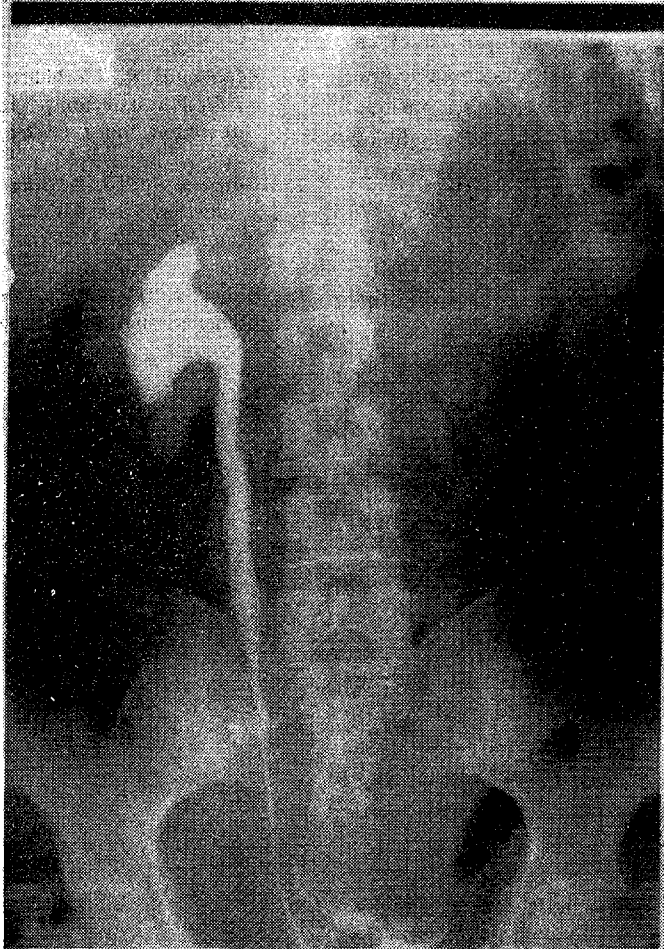
simple de abdomen a las 24 horas de la intervención demostró catéter en trayecto ureteral derecho, y la pielografía de control al octavo día de la cirugía reveló disminución importante de la hidronefrosis, catéter ureteral en posición adecuada, vejiga normal. (Figura 2 y 3).

La sonda vesical y el catéter ureteral fue-

ron retirados al décimo primer día de postoperatorio, habiéndose comprobado diuresis espontánea y es dada de alta el 3 de diciembre de 1985. Los controles realizados por consulta externa del hospital, no han revelado novedad alguna.



**Fig. 2.—Control Post Operatorio del
Catéter Ureteral**



**Fig. 3.—Control Post Operatorio de
Catéter Ureteral**

CONCLUSIONES

Aunque la lesión de las vías urinarias en la cirugía ginecológica no es muy frecuente, el cirujano que maneja la pelvis siempre estará en alerta sobre esta posibilidad. Sería deseable que el cirujano ginecólogo obtenga, de ser posible, una preparación adecuada para el manejo de los elementos de las vías urinarias; en caso contrario será conveniente el apoyo del médico urólogo para el manejo de estos casos.

El conocimiento, la experiencia, y el manejo correcto de los procedimientos permitirá un éxito completo.

La sonda vesical y el catéter ureteral deberán permanecer el tiempo suficiente para lograr el éxito requerido.

La técnica intrafacial de histerectomía seguirá siendo la mejor para eludir el uréter y la vejiga, y así, evitar las lesiones transoperatorias.

SUMMARY.—

A 44 year old woman was admitted at the Gynecological Department of the Isidro Ayora Gyneco—Obstetric Hospital, presenting an abortive and pediculated leiomioma. The patient was submitted to a total abdominal extrafacial hysterectomy.

After 22 days of surgery presented a right urethral vaginal fistula which was later surgically repaired by the Boary—Ockerblad technique, 8 weeks after the uterus extirpation; obtaining excellent results.

BIBLIOGRAFIA

1. Symmonds, R.: Incontinencia vesical y fístulas uretrales. *Clínicas Obst. y Gin.*, 2: 642, 1984.
2. Howkins, J. Stallworthy, J.: *Cirugía ginecológica de Bonney*. Ed. Jims, Barcelona, pp. 148—157, 1980.
3. Jones, H. Jones, G.: *Tratado de Ginecología de Novak*, Interamericana, México, pp. 366—369, 1984.

4. Gonzalez—Merlo, J.: *Ginecología*. Salvat Editores, S.A., Barcelona, pp. 289—291, 1983.
5. Tovell, H. Dank, L.: *Operaciones Ginecológicas*. Salvat Editores, S.A., Barcelona, pp. 121, 1981.
6. Symmonds, R.: Morbidity and complications of radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 94: 5, 1966.
7. Gonzalez—Merlo, J.: *Atlas de operaciones ginecológicas*. Salvat Editores, S.A., Barcelona, (Tomo I) pp. 239, 1984.
8. Ridley, J. Telinde, R.: *Cirugía ginecológica*. Interamericana, México, pp. 166—167, 1978.