

URETERONEOCISTOANASTOMOSIS

OBSERVACIONES EN 16 PACIENTES

Dr. MILTON PAZ y MIÑO

Servicio de Urología del Dpto. Médico del Seguro Social - Quito

La ureteroneocistoanastomosis, (re-implantación ureteral en la vejiga) constituye una de las técnicas de elección para el tratamiento quirúrgico de varias entidades patológicas frecuentes en la práctica urológica, tales como la fístula uretero-vaginal, la estenosis uretral terminal, el reflujo vésico-uretral y la litiasis ureteral.

El propósito del presente trabajo es el de presentar los detalles de técnica, evolución y resultados generales observados en 16 casos de ureteroneocistoanastomosis llevados a cabo como medida terapéutica planeada o como una necesidad quirúrgica de emergencia.

Se analizan especialmente los aspectos relacionados con los procedimientos técnicos y la evolución de tales casos, aspectos que frecuentemente se pasan por alto en los textos y descripciones de trabajos originales.

MATERIALES Y METODOS

Se coleccionaron todos los casos de reimplantación ureteral en la vejiga

que se hicieron en adultos durante 4 años.

Las causas que motivaron este tipo de intervención fueron las siguientes:

Fístulas urétero-vaginales por Histerectomía	8
Estenosis Urétero-vesical por previa reimplantación	1
Estenosis Urétero-vesical por previa cirugía pélvica	2
Reflujo vésico-ureteral por previa tuberculosis	1
Reflujo vésico-ureteral aparentemente congénito	1
Litiasis ureteral impactada por previa prostatectomía	1
Litiasis ureteral impactada y paso litiásico repetido	1
Litiasis ureteral impactada y daño ureteral iatrogénico	1
Total	16

De estas 16 reimplantaciones 12 fueron planeadas y en 4, el procedimiento fue improvisado como una emergencia quirúrgica.

Se realizaron en 3 hombres y 13 mujeres.

Siete se hicieron en el lado derecho y 9 en el izquierdo.

La edad promedio fue de 40 años, la máxima de 60 y la mínima de 26 años.

En un buen porcentaje de los casos no pudimos ceñirnos a una técnica pura descrita, aún cuando seguimos los preceptos de Politano¹ y Paquin² en 11 casos; los del tubo vesical de Thompson y Lapidés³ en 3 casos, y los de Gregoir⁴ en 2 casos.

Se utilizó en todos los casos la incisión de Gibson⁵ con abordaje extraperitoneal.

Se usó férula urétero-vesical en 12 casos valiéndonos de un catéter Nelaton Nº 8 Fr. multiperforado, por 7 días.

En 4 casos se dejó drenaje vesical suprapúbico con una sonda Foley Nº 20 Fr., por 10 días.

En todos los casos se dejó un drenaje vesical transuretral por medio de una sonda Foley Nº 20 Fr. un promedio de 17 días.

También se dejó un drenaje extraurinario de las áreas adyacentes con Penrose, en todos los casos, por unos 10 días.

Los materiales que se usaron en las suturas fueron Catgut crómico 3 o 4 ceros para las anastomosis ureterovesical y catgut crómico cero para la sutura vesical. Para los músculos y facias, catgut crómico cero Nº 1.

RESULTADOS

Aún cuando la serie de casos es pequeña para que los resultados tengan una verdadera significación estadística, sin embargo queremos destacar los detalles de la intervención quirúrgica y la evolución que hemos observado en nuestro medio, con las causas señaladas y con las técnicas, procedimientos y materiales utilizados.

De los 16 casos en que se realizó la ureteroneocistoanastomosis, en 13 conseguimos una curación completa, con restitución radiológica del riñón correspondiente, 7 de los cuales estaban afuncionales previamente.

En un caso, a pesar de que no existía ni estenosis ni reflujo y la paciente permaneció asintomática y sin infección durante 1 año de control, el riñón no volvió a demostrar excreción urográfica.

En un caso tuvimos una estenosis secundaria del área de la anastomosis y tuvimos que hacer una nefrectomía secundaria.

Tuvimos un caso de muerte postoperatoria por paro cardíaco por causas ajenas al procedimiento quirúrgico.

En 4 casos hubo una infección evidente de la herida.

En 3 casos hubo una fístula urinaria cutánea transitoria de unas 3 semanas de duración.

Infección urinaria persistente por más de 6 meses postoperatorios, se observó en 5 casos.

Todos los casos evolucionaron favorablemente luego del tratamiento respectivo.

DISCUSION

Aún cuando las diferentes técnicas que se utilizan para la ureteroneocistoanastomosis, están perfectamente establecidas en la literatura urológica, sin embargo hemos visto en el desarrollo de este trabajo que no siempre podemos ceñirnos a las reglas escritas, y tenemos que amoldar nuestra actitud quirúrgica a cada caso en particular, usando la técnica más adecuada a la circunstancia o modificarla en su ejecución.

Así por ejemplo, vimos que en la mayoría de los casos había una considerable área de fibrosis en la unión urétero-vesical y la reimplantación no podía hacerse solo transvesicalmente como lo practica Politano¹, siendo más fácil en un buen número de casos la elaboración del túnel submucoso para el paso del uréter transvesical, a fin de prevenir el reflujo vésico-ureteral desde el exterior de la vejiga.

Como la disección avanzaba hasta la proximidad del suelo pelviano, hacia los vasos ilíacos, y no se disponía de uréter redundante para efectuar el puño ureteral intravesical descrito por Paquin², prescindimos de él en todos los casos y no observamos en la evolución post-operatoria ni una sola ocurrencia de reflujo vésico-ureteral.

Cuando se construyeron tubos vesicales sí fue posible seguir las técnicas descritas³ y lo mismo en dos casos de estenosis en que se pudo realizar el ensanchamiento y tunelización descrito por Gregoir⁴. Con las imprecisas referencias de la literatura usamos una

férula urétero-vesical, en la mayoría de los casos, pero en aquellos que no lo hicimos la evolución no fue marcadamente diferente; sin embargo, hacemos notar que en aquellos casos que no se dejó férula fue porque se tuvo la certeza de que no había tensión, ni inflamación, un amplio uréter, grueso y con buena vascularización.

Los materiales utilizados fueron los que existen disponibles en nuestro medio siendo siempre las suturas reabsorbibles, como condición indispensable, por la potencialidad del tránsito de orina en las áreas de sutura.

Podemos decir que no se observó a este respecto efectos indeseables de estos materiales.

Al revisar las causas que motivaron la indicación de este tipo de intervención, vemos que en nuestro medio, el mayor porcentaje se debió a intervenciones ginecológicas y particularmente histerectomías totales no ampliadas, con fístulas urétero-vaginales.

En cambio la tuberculosis renal que en nuestro medio es frecuente aparece con un índice mucho más bajo en nuestra serie como causa de estenosis o reflujo que justifique la reanastomosis.

En las fístulas urétero-vaginales encontramos que los tejidos periureterovesicales estaban mucho más manejables cuando habían elapsado más de 8 semanas desde su producción. El caso en que una de estas anastomosis fracasó, se debió probablemente a que se realizó la anastomosis de emergencia en la ligadura y sección ureteral con cuadro séptico general y colección pu-

purulenta local en una paciente histerec-tomizada.

Durante estos procedimientos pudimos comprobar que siempre se puede realizar una reimplantación con las técnicas de antirreflujo y, considerando todos los estudios realizados al respecto, creímos justificable el seguir estos preceptos en todos los casos.

Si consideramos que el éxito obtenido en esta serie asciende a un 81.2% y pensando que realmente, de los 16 casos, hubo un solo verdadero fracaso podemos pensar que estos procedimientos con los materiales utilizados y las técnicas adecuadas a cada caso son beneficiosos y recomendables como soluciones para los problemas enunciados.

CONCLUSIONES

1) Los resultados de los procedimientos quirúrgicos utilizados para la urétero-neocistoanastomosis en 16 casos son buenos y recomendables.

2) En muchos de estos casos no se puede seguir una de las técnicas descritas para su realización y hubo que hacer modificarla, adaptándose a cada caso en particular.

3) La férula urétero-vesical es beneficiosa pero no siempre indispensable.

4) La derivación vesical suprapúbica se hace necesaria en ocasiones.

5) El drenaje de los tejidos adyacentes a la anastomosis es mandatorio y debe ser suficientemente prolongado para asegurar que no quede colección urinaria o purulenta en las áreas declives.

6) El drenaje vesical transuretral, que obviamente es indispensable debe continuar hasta que no hayan dudas de la cicatrización interna utilizando aún cistografía retrógrada para asegurarse de ello.

7) En lesiones del uréter terminal es mejor reimplantarlo que tratar de repararlo.

8) Como se desprende de la evolución, la hospitalización debe ser planeada para tres semanas.

9) Como la infección urinaria continúa por un considerable lapso en muchos de los casos, estos pacientes tienen que ser observados y tratados apropiadamente a continuación de la operación.

10) En fístulas urétero-vaginales es más conveniente esperar 8 semanas antes de corregirlas.

RESUMEN

Hemos presentado 16 casos de Ureteroneocistoanastomosis con las causas para ellas, la evolución, los resultados, los materiales y las técnicas seguidas. Podemos concluir que un 81.2% de los casos ha culminado con un éxito completo y podemos anotar verdaderamente un solo caso de fracaso del procedimiento.

SUMMARY

We have presented 16 cases of Ureteroneocystostomy with its causes, the evolution, the results, the materials and technics used. Is our conclusion that 81.2% of the cases succesfully treated

and that there was only one real failure of the procedure itself.

BIBLIOGRAFIA

1. FLOCKS, R. H. and CULP, D.: Surgical Urology: ureteral reflux, pag. 150, Year Book Publi., Chicago 1961.
2. CORDONIER, J. J.: Campbell's Urology: Atireflux operations pág. 2437, W. B. Saunders Co., Philadelphia 1963.
3. THOMPSON, I. M.: Ureteral implantation: Journal of Urology, 86: 232, 1961.
4. GREGOIR, M.: Urología. Albouker, París 1966.
5. DODSON, A. I.: Urological Surgery. pág. 368, C. V. Mosby Co. St. Louis 1956.