

ANURIA POST-OPERATORIA COMPLICANDO
UNA INTERVENCIÓN PELVIANA, PRODUCIDA POR
ACODAMIENTOS BILATERALES DE LOS URETERES
EN UN CASO DE DOLICO-URETER-BILATERAL

Relato del Prof. Agr. Juan Soto Blanco

Sólo me anima al traer este caso al seno de la Sociedad de Cirugía el poner de manifiesto cómo puede deducirse, por el estudio urétero-gráfico, un diagnóstico equivocado de lesión bilateral de los uréteres, ligadura del lado derecho y sección del izquierdo, y no haber comprobado después de practicada una reintervención ni una ni otra lesión. Anatómicamente no había ligadura del uréter derecho, ni sección del izquierdo.

Fig 1) La placa radiográfica sacada y que adjunto en la presente comunicación muestra lo siguiente: Radiografía de la cavidad abdomino-pelviiana con un cateterismo bilateral de ambos uréteres e inyección de una solución opaca de contraste, yoduro de sodio, que se detiene en el uréter derecho a siete centímetros de la vejiga formando un fondo de saco, con uréter amputado y distendido en sentido concéntrico. Del lado izquierdo la solución de contraste, se detiene a nivel del cruce de la línea innominada por el uréter al tiempo que se observa, que el yoduro se derrama en el tejido celular sub-peritoneal del espacio pelvirectal superior. Muestra asimismo la placa radiográfica imágenes de distensión gaseosa del colon en su totalidad y del intestino delgado; puede verse asimismo la línea de "agrafes" cerrando la incisión del Phannestiel realizado.

Este estudio realizado a las 36 horas de la operación estando la enferma con una anuria total permitió comprobar la complicación ureteral bilateral, como también deducir la ligadura del lado derecho y la sección del lado izquierdo.

La reintervención practicada a continuidad mostró: Abierto el vientre por la misma incisión de Phannestiel previa anestesia general por éter y CO² y en posición de Trendelenburg, asas in-

testinales distendidas que se echan hacia arriba con compresas; cavidad pelviana sin líquido completamente vacía, vejiga adelante, recto atrás, puntos separados de peritonización haciendo un

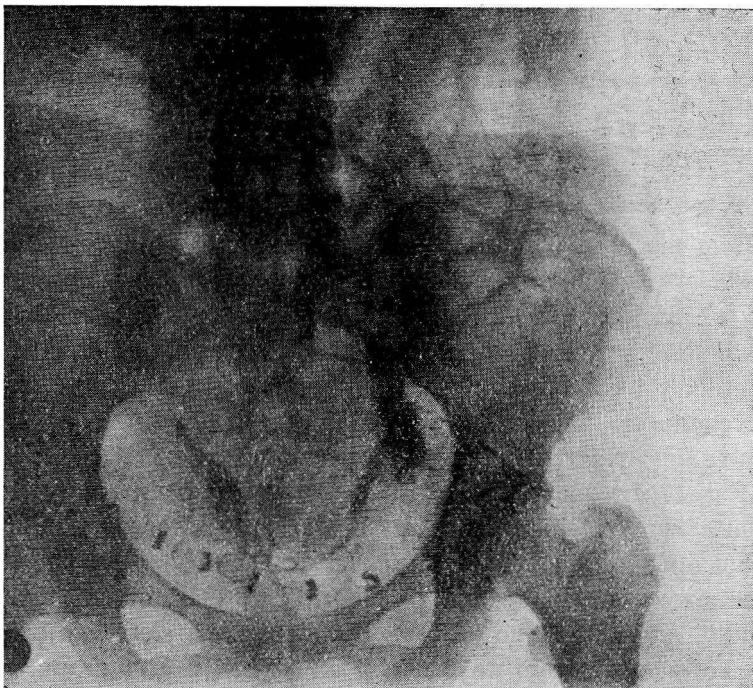


Fig. 1.

cierre perfecto del peritoneo pelviano. Se palpan los catéteres ureterales y se sueltan los puntos de peritonización pudiendo comprobar que los uréteres hacen unos bucles de dos centímetros de largo en forma de serpiente, y que los puntos de peritonización fijando estos bucles, cerraban completamente la luz ureteral.

Del lado izquierdo, las maniobras hechas durante el cateterismo con el ánimo de pasar el obstáculo, habían hecho una fisura del uréter izquierdo en uno de esos bucles, la que había permitido que el yoduro de sodio se derramara en el tejido celular subperitoneal.

Sueltos los puntos de la peritonización y llevando las sondas ureterales por arriba de la zona sinuosa comienza a salir orina por ambos catéteres.

Se coloca un drenaje, tubo de goma, en el fondo de saco de Douglas, y otro drenaje tubo de goma y mecha de gasa en el espacio de Retzius del lado izquierdo, dejando los catéteres en permanencia durante seis días.

Post-operatorio sin accidentes; a las 24 horas se retira el drenaje del peritoneo; a los cinco días el drenaje del espacio de Retzius y a los seis días los catéteres ureterales.

Enferma en la actualidad completamente bien; hace ya tres años de su accidente, y no ha tenido ningún trastorno urinario.

Es interesante la historia clínica de esta paciente y la manera como fué conducida la operación. Era muy importante el antecedente de que durante el acto operatorio no se había visto en ningún momento ninguno de los uréteres, de forma que me encontraba frente a un hecho discordante: la placa radiográfica mostrando la complicación ureteral y el acto operatorio realizado conscientemente de no haber comprometido la integridad de los uréteres.

La reintervención me puso frente a los hechos tal como habían sucedido, mostrando cómo una tracción peritoneal (hecha con puntos sueltos) al hacer la peritonización, habían plegado las sinuosidades ureterales haciendo el cierre de su luz. El uréter envuelto en la vaina celular unida al peritoneo, acompañó a éste en el desplazamiento producido por la sutura.

HISTORIA CLINICA

17, IV-1940. M. R. de R. Casada, edad 40 años, procedente de Montevideo, ingresa al Servicio de la Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. Domingo Prat por metro-menorragias a repetición desde hace un año. La última menstruación comenzó el 29 de marzo y se prolongó hasta el 13 de abril, sangre roja, con coágulos.

Antecedentes familiares: sin particularidades.

Antecedentes personales: menarca a los 12 años tipo —2—6. Casada hace 18 años, un aborto de 2 meses durante el post-operatorio de una intervención por Hidatídico del pulmón izq. hace de esto doce años.

Examen clínico. — Estado general regular, tinte anémico, conjuntivas y mucosas decoloradas, pulso regular 80, bien golpeado. Aparato circulatorio sin particularidades. Aparato respiratorio sibilancias y estertores gruesos en base del pulmón derecho, resto sin particularidades. Abdomen globuloso, se moviliza bien con los movimientos respiratorios. Región hipogástrica y fosa ilíaca derecha ocupada por una tumefacción del tamaño de una cabeza de adulto, de consistencia dura, lisa, dolorosa, hacia la fosa ilíaca izquierda sobre la que avanza. Examen genital. Vulva sin particularidades, cuello ute-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

rino, sano, bien epitelizado, discreta secreción, de cervicitis, cuello uterino y vagina desplazado a la izquierda, fondo de saco de Douglas ocupado por una tumefacción abollonada, dolorosa. A la palpación bimanual se comprueba una gran tumefacción que forma campo con el útero y que ocupa el hipogastrio en la mitad inferior de la distancia pubo-umbilical, de carácter dura, no dolorosa, lisa, redondeada convexa hacia arriba; fondo de saco derecho ocupado totalmente, doloroso, se palpa una gruesa arteria en el fondo de saco derecho que están agrandado, y empujado hacia la vulva. Esta tumefacción derecha forma cuerpo en la pared pelviana del lado derecho. Fondo de saco izquierdo ocupado en parte, la tumefacción izquierda separada por un surco del útero, es de naturaleza blanda, parece quística. Histerometría de 12 centímetros. Se hace diagnóstico de fibroma uterino incluido en el ligamento ancho del lado derecho y quiste de ovario izquierdo.

Urea: 0 g. 40. Reacción Wasserman, negativa. No hay hemoglobina espectroscópica.

18 Abril 1940:

Glóbulos rojos	3.790.000
Glóbulos blancos	14.400
Neutrófilos	82 %
Monocitos	6 %
Linfocitos	12 %
Hemoglobina	0,45
Valor globular	0,60
Tiempo sangría	2'30
Tiempo coagulación	7'

Dos transfusiones sanguíneas: 200 c.c.

20 Mayo 1940.

Glóbulos rojos	4.710.000
Valor globular	0.62
Hemoglobina	0.59

26 de mayo de 1940:

Operación: Drs. Juan Soto Blanco, Diego Lamas, Pte. Pereyra.

Anestesia general: éter CO².

Incisión Phannestriel. Abierto el vientre se comprueba tumor quístico del parametrio izquierdo del tamaño de una cabeza de adulto, útero fibromatoso tamaño huevo de avestruz. Anexitis derecha supurada, cerrando la pelvis por el lado derecho.

Dado que no se puede entrar a la pelvis, por ninguno de los lados, se punciona el quiste izquierdo se evacúan con aspirador extrayente 1500 c.c. líquido citrino, está implantado en la base del ligamento ancho; se abandona por unos minutos la membrana cerrando la abertura de aspiración. Se practica una histerectomía subtotal. Se extirpa después la membrana del quiste y tabicando bien la pelvia, se punciona, y aspira la colección supurada del anexo derecho, se hace la anexectomía derecha sin derrame del contenido purulento.

Se peritoniza con puntos separados uniendo el peritoneo vesical al peri-

toneo rectal, no se hace gran tracción. Vienen bien las dos hojas peritoneales.

En resumen se hace un vaciamiento total pelviano. Sondaje vesical post operatorio. Orina clara en poca cantidad, 30 c.c.

A las 24 horas, anuria, cateterismo vesical no da orina. Dolor lumbar bilateral, distensión abdominal, hipo, erutos, no tiene vómitos, no expulsó gases, lengua seca, sensación de tenesmo vesical.

A las 30 horas cólicos nefríticos típicos, gran dolor lumbar bilateral, urea en la sangre 0 g.60.

Cateterismo ureteral que nos muestra los detalles previa radiografía con trastada enunciados anteriormente. En esas condiciones, se procede a la reintervención, el día 27 de mayo de 1940 a las 36 horas de operada.

Conclusiones

1º Atribuyo el acodamiento bilateral a la desproporcional longitud de ambos uréteres, debido a las sinuosidades en forma de alamares, que fueron fijadas por los puntos de peritonización.

2º Esta intervención fué hecha con un programa previo, de menor cuantía del que se comprobó en el acto operatorio, por eso no se catotenizó los uréteres previamente.

En estos casos está indicado operar con catéteres ureterales colocados previamente al acto operatorio.

3º Si así lo hubiéramos realizado se hubiera podido hacer la peritonización de otra manera sin acodadura de los uréteres que hubieran permanecido en la rectitud.

4º Sería muy conveniente hacer la investigación post operatoria del estado del aparato urinario después de los vaciamentos pelvianos.

5º En caso de operar sin cateterismo ureteral, en este tipo de intervenciones es desaconsejable la peritonización por unión de ambas hojas peritoneales; sería preferible colocar un Mikulitz, siempre que no se esté seguro de la situación topográfica y estado de los uréteres, sobre todo en casos como el relatado en que la propia lesión pelviana puede que no haya sido ajena a esta malformación.

Dr. Soto Blanco. — Contestando a las preguntas formuladas diré que: Efectivamente a las 12 horas de operada, la enferma tenía un cuadro típico de cólico nefrítico bilateral, con tenesmo vesical, dolores lumbares, aumento de volumen de ambos riñones, lo que hizo pensar en la complicación urrteral.

En cuanto a la perforación del uréter izquierdo hecha con el cateter, nadie más que yo tiene la culpa, puesto que bajo mi insistencia de que tratara de pasar el obstáculo al no creer en la posible lesión fué que se produjo la complicación.