

## Repertorio de antaño

# HERIDAS DEL URETERO EN EL CURSO DE LAS OPERACIONES ABDOMINALES

## Uretero-cisto-neostomía y anastomosis uretero-uretral

Tomado de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen I octubre de 1909 a octubre de 1910

Por los doctores Juan E. Manrique, ex profesor de Clínica Quirúrgica, Miembro de la Academia, Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, ex - Cirujano del Hospital de San Juan de Dios, etc., y José M. Montoya, Cirujano del Hospital de la Misericordia, Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, etc. \*

*Entre los accidentes que pueden complicar las grandes intervenciones quirúrgicas en la cavidad abdominal, uno de los más incómodos y no menos frecuente, en la herida del aparato urinario en un punto cualquiera de su trayecto desde los bacinetes renales hasta la vejiga. Estas heridas complican especialmente las histerectomías abdominales para cáncer, las histerectomías para tumores intraligamentarios, y la misma operación para tumores fibrosos muy voluminosos ó rodeados de adherencias muy resistentes. Los fibromas del segmento inferior del útero son de los que más exponen á esta complicación.*

*La frecuencia de las heridas operatorias del aparato urinario es mucho más grande de lo que se cree habitualmente, pero es difícil de establecer de una manera rigurosa, porque no todos los cirujanos son tan complacientes para publicar las veces que hayan tropezado con este accidente. El uretero es más frecuentemente herido que la vejiga, y los dos tercios inferiores de su trayecto están mucho más expuestos que el tercio superior. Para estimar la frecuencia de las heridas del uretero citaremos algunas estadísticas.*

*Spencer Wels, en su artículo sobre la primera histerectomía abdominal para útero gravido canceroso (Med. Chirg. Trans – año de 1881), dice que en las 94 histerectomías abdominales publicadas hasta entonces, se había herido un solo uretero en seis*

*casos y ambos en dos casos. Fred. Byron Robinson estima “ que sobre 100 histerectomías abdominales ó vaginales uno ó ambos ureteros son ligados ó cortados en tres casos por lo menos ” (Chicago Med. Reformer; pág. 200, 1893).*

*Lawford Knaggs (The Lancet – 1899 – Pág. 1417), en un artículo muy completo sobre las heridas del uretero, alcanzó á reunir 33 heridas completas ó incompletas, como consecuencia accidental de una intervención quirúrgica; de estos casos uno pertenece a la vía de Kraske.*

*Mauber (Thèse de Paris – 1902) alcanzó á reunir sesenta y un casos pertenecientes á todas las clases de traumatismo operatorio : desgarradura, ligadura, sección y resección del canal.*

*Para conjurar las consecuencias de estas heridas, se recurrió primero á la nefrectomía, sacrificando riñones sanos, con gran perjuicio del enfermo que llegaba á sobrevivir á tan enorme traumatismo.*

*Naturalmente que, cuando por el aumento simple creciente de las intervenciones abdominales, se vio crecer también el número de heridas quirúrgicas accidentales del uretero, se contrajo la atención de los cirujanos á evitar á sus enfermos la alternativa de la nefrectomía, inventando otros procederes, basados todos ellos en numerosos experimentos sobre los animales. Merecen mención especial á este respecto*

\* Tomado del número 275 de la Revista Médica de Bogotá



los experimentos de Tuffier, Boari y Pozzi en Francia ; los de Poggi, de Bolonia : los de Van Hook, Byron Robinson, Bovée y Kelly, en América.

De estas investigaciones han nacido numerosos métodos y procedimientos para tratar las heridas accidentales del uretero, todos los cuales tienen sus indicaciones especiales y deber ser perfectamente conocidos por el cirujano que va á correr los riesgos de tropezar con esta clase de accidentes, sin recurrir á la fúnebre nefrectomía.

Estas operaciones pueden agruparse en dos clases distintas: 1.a, las que se proponen restablecer la continuidad del uretero ; y 2.a, siendo esto imposible, las que anastomosan la extremidad del fragmento renal del uretero, á la vejiga, á la pared abdominal ó al intestino.

La primera clase comprende cuatro procedimientos, cada uno de los cuales corresponde á indicaciones especiales de que hablaremos más adelante. Esta clase se designa anastomosis uretero-uretral, la cual puede hacerse : a) transversal, punta con punta ; b) oblicua, punta con punta ; c) punta en punta ó por invaginación de la punta superior en la inferior (Poggi) ; y d) lateral, ó por implantación de la punta superior en una abertura longitudinal del segmento inferior (Van Hook).

Schopf, según Morris ( Brit. Med. Journ., Abril, 1898), fue el primero que practicó la anastomosis uretero-uretral sobre el vivo en 1886. Habiendo dividido accidentalmente el uretero, cerca del estrecho superior, durante una ovariectomía, restableció la continuidad del canal por medio de ocho puntos de sutura con seda fina pasados al través de las capas celular y muscular únicamente, de manera de hacer la unión transversal, punta con punta. La enferma curó de la operación, pero habiendo muerto siete semanas más tarde, de tuberculosis, se halló en la autopsia que existía una estrechez cicatrizal al nivel del sitio de la sutura.

Este procedimiento ha sido empleado también por Cushing, de Boston ; Pawlik, Tuffier, Hochenegg y Frihs.

En 1887, Alfonso Poggi, basándose en sus experimentos sobre los perros, propuso el método de la invaginación de la punta superior en la inferior. Este método ha sido empleado una vez, que nosotros sepamos, con éxito en una mujer cuyo uretero estaba muy dilatado por la compresión ejercida por un gran fibroma.

Nuevas investigaciones emprendidas por Tuffier y Budinger, en los animales, han contribuido á hacer abandonar los dos métodos anteriores, porque predisponen, ó mejor dicho, determinan á la larga estrechamientos circulares del canal con todas sus desastrosas consecuencias.

Van Hook, de Chicago, publicó, en Marzo de 1893, una descripción de sus experimentos sobre los perros, los cuales le permitieron apreciar la superioridad de la implantación lateral de la punta superior en una abertura hecha á lo largo de la punta inferior (Journal of Amer Med. Assoc. – 1893). Este procedimiento es hoy el aceptado y practicado generalmente, y por eso debemos indicarlo con algunos detalles, tomados de la misma descripción del autor.

Descubierta la sección del uretero, se procede de la manera siguiente:

- 1.º Se aplica una ligadura que cierre el segmento inferior á un centímetro de su extremidad libre. Con unas tijeras cortantes y puntiagudas, se practica una incisión longitudinal en la pared de este segmento del canal, principiando medio centímetro debajo de la ligadura. Esta incisión debe ser igual al doble del diámetro del canal.
- 2.º Se incisa longitudinalmente en una extensión de un centímetro la extremidad libre del segmento superior. Esta incisión asegura la permeabilidad del canal;
- 3.º Sobre una misma hebra de cat-gut esterilizado número 0 se ensartan dos agujas rectas, finas, como las de costurera. Estas agujas se pasan de adentro para afuera en la extremidad libre del segmento superior en la cara opuesta á la



*incisión longitudinal, á un poco menos de un centímetro del borde libre y sobre el mismo plano á una distancia de seis milímetros entre una y otra aguja;*

- 4.0** *Se pasan ahora las agujas al través de la incisión del segmento inferior, haciéndolas penetrar paralelamente á más de un centímetro del ángulo inferior de la incisión ;*
- 5.0** *Tirando sobre los dos hilos se hace penetrar la extremidad superior en la inferior, y logrado esto se amarran los hilos firmemente;*
- 6.0** *El punto de unión se envuelve ahora cuidadosamente con peritoneo ó con epiplón ; lo primero es mucho mejor, porque no expone á la formación de bridas. Esta maniobra es muy importante y requiere grande expedición.*

*La luz del uretero puede triplicarse por dilatación, sin que sufra la integridad de la pared, lo cual permite (Emmet) dilatar el segmento inferior cuando el superior está dilatado á consecuencia de la compresión ejercida por un tumor. En este caso puede ser necesario emplear dos y hasta tres hilos, según los mismos principios, lo cual constituye el procedimiento de Emmet (Americ.Journ.of Obst.- 1895).*

*Kelly, Emmet y Doherty han sido en América los protagonistas de este método que, como lo dijimos al principio, es el procedimiento más generalmente aceptado en el Viejo Continente.*

*En fin, en 1895 Bovée practicó oblicuamente la sutura de las dos puntas cortadas, después de reseca cierta extensión en ambos segmentos, cuyas extremidades habían sufrido fuertes atriciones por linchamientos y ligaduras, en el curso de la extirpación de un ovario-salpingitis supurada. Las reglas que presiden á la ejecución de este procedimiento son las mismas que rigen en la sutura intestinal. Este procedimiento ha sido practicado con éxito una vez por el autor y nos parece muy indicado cuando el uretero está muy dilatado y cuando el uretero está muy dilatado y cuando la pérdida de substancia es tal, que no es posible practicar el Van Hook sin dejar demasiado tersa la sutura.*

*Todos estos procedimientos son aplicables á las heridas altas del uretero, es decir, á las que ocupan los dos tercios superiores del canal y en los cuales no es posible la anastomosis con la vejiga.*

*Lo que hemos dicho hasta aquí se aplica á las secciones completas, á las desgarraduras y resecciones accidentales, pero el uretero puede estar incompletamente seccionado, y en este caso se presentan al cirujano tres alternativas, según que la herida sea transversal ó longitudinal y según la extensión de ésta. La herida longitudinal se sutura á la Lembert con cat-gut fino y aguja redonda. Las heridas transversales incompletas pueden tratarse por la sutura cuando el calibre del uretero es grande, siguiendo el ejemplo de Morris y Pawlik (British Med. Journ. Ab. 2.1898), cuyas dos enfermas, es preciso decirlo, sucumbieron en las cincuenta horas siguientes á la operación, ó el de Knagg (The Lancet. 1899) cuya enferma quedó con una fístula que sanó espontáneamente siete meses después de la intervención. En nuestro concepto, cuando una gran parte del calibre del canal está cortado, es mejor completar la sección y suturar á la Van Hook cuando no está dilatado el uretero, ó á la Bovée si hay dilatación. Para tratar estos casos, Van Hook da el siguiente ingenioso procedimiento, encaminado especialmente á evitar el estrechamiento. Con unas tijeras finas se practican dos incisiones longitudinales en la mitad de la herida accidental, una sobre cada labio de la sección. La longitud combinada de estas incisiones debe ser igual al doble del calibre del uretero. Se redondean los ángulos salientes de los colgajos que resultan y se suturan transversalmente con el objeto de triplicar la luz del canal en lugar de estrecharla. Por este método la retracción cicatricial no puede llegar á oponer obstáculo al libre curso de la orina.*

*En todos los casos es absolutamente necesario completar estas suturas envolviéndolas en un colgajo de peritoneo, de madera de defender la gran cavidad contra cualquiera trasudación de orina, y ofreciendo á las superficies afrontadas material adhesivo suficiente para asegurar la unión antes de que se reabsorva el cat-gut.*



*Cuando la sección del uretero reside en el segmento inferior de este canal, lo cual acontece con más frecuencia en las operaciones para extraer tumores especialmente desarrollados á expensas del segmento inferior del útero, y en las histerec-tomías abdominales para cánceres, puede suceder uno de estos cuatro casos : 1.o, que no sea posible encontrar la punta vesical del uretero herido, ó que ésta sea tan corta que no permita la anastomosis uretra-uretral; 2.o, que el uretero se halle degenerado en su segmento inferior por la propagación del cáncer, ó de tal manera comprimido, que no se le pueda abandonar sin condenar el paciente á todas las consecuencias de su obliteración por el curso progresivo de la compresión ; 3.o, que la operación haya sido tan laboriosa y prolongada, que de acortarla resulte la salvación de la vida del enfermo ; y 4.o, en fin, que se haya resecado una extensión tal del canal, que sea imposible afrontar sus extremidades.*

*En todos estos casos es preciso escoger el procedimiento que mejor convenga, del método del injerto de la extremidad renal del uretero á la vejiga, á la pared abdominal ó al intestino.*

*No siendo nuestro propósito ocuparnos en este artículo del tratamiento de las fístulas uretrales en general, sino únicamente del tratamiento de las heridas accidentales del uretero en el curso de las intervenciones quirúrgicas por la vía abdominal, nos abstendremos de mencionar en nuestro relato todas las vías por las cuales se ha intentado realizar la implantación del uretero en la vejiga para curar las fístulas, y nos limitamos á referir al lector, á quien interese este tema, al completo artículo de Boari, publicado en *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, de 1899, página 1058.*

*Siempre que se pueda, la implantación del uretero en la vejiga será el procedimiento de elección, y en el caso que nos ocupa, esta implantación será intraperitoneal y constituye lo que Bazy ha llamado uretero-cisto-neostomía.*

*Esta operación es relativamente fácil, aun cuando su resultado definitivo depende de la minuciosa observancia de muchos detalles pequeños en apariencia, pero á cual más importantes para asegurar la solidez y la permeabilidad presente y futura del nuevo abocamiento.*

*Las reglas generales del procedimiento son las mismas que las del proceder de Van Hook para la implantación lateral uretero-uretral de que ya hemos hablado y que es inútil repetir aquí en todo lo que se refiere al tratamiento de la punta del segmento superior ; cuando al tratamiento de la vejiga, éste será expuesto con todos sus detalles en la observación clínica con que completamos este artículo, y sólo insistiremos, por ahora, en la necesidad de terminar la operación, con la fijación alta del órgano (vesico-pexia) á la pared abdominal, con el objeto de prevenir las tracciones que pudieran ejercer las contracciones vesicales sobre la sutura, en el momento de expulsar la orina.*

*Knaggs, en su magistral artículo publicado en *La Lanceta* (Mayo 1899), alcanzó á reunir siete casos de uretero-cistoneostomía, practicados en el curso de operaciones abdominales. En seis de estos casos no hubo fístula consecutiva; en el séptimo, en que se empleó el método de Paoli y Busachim, la sutura cedió, produciendo una fístula transitoria. Las estadísticas traen pocos datos sobre los resultados lejanos de esta operación, pues es el caso de pensar que la estrechez del orificio de implantación y la infección de la vejiga son factores suficientes para producir una hidronefrosis ó una pionefrosis consecutivas.*

*Cuando la fijación directa en la vejiga no sea posible, ya por excesiva cortedad de la punta renal del uretero, ó porque la vejiga esté degenerada ó infectada, como acontece en muchos casos de cáncer del útero, entonces tiene el cirujano que escoger entre la fijación del canal en la pared abdominal ó la anastomosis con el intestino grueso (Chaput).*

*Por nuestra parte aconsejamos la creación de la fístula uretero-abdominal por considerarla menos*



*expuesta á la infección ascendente que la fistula uretero-intestinal. Además, si más tarde un cambio favorable permitiese intentar la cura radical de esta implantación anormal, será mucho más fácil el acto operatorio sobre un uretero implantado en la pared abdominal que sobre el tubo digestivo, como lo prueba el caso personal que insertamos en este artículo. Cualquiera de estas implantaciones es preferible á la nefrectomía primitiva ; operación desastrosa, á la cual no sería permitido recurrir sino tardíamente, cuando los accidentes de infección renal forzaren la mano del cirujano y un examen minucioso permitiere asegurar que el riñón opuesto está no solamente sano, sino que ha adquirido la función compensadora. A este respecto creemos útil recordar, en resumen, un desgraciado caso citado por Morris (Brit : Med. Journ, 1898-873). Una mujer, á quien un distinguido ginecólogo practicó la histerectomía vaginal, curó con una fistula uretero-vaginal. La enferma fue enviada á un eminente cirujano general para que le curara esta fistula. Se hicieron los más cuidadosos esfuerzos para saber cuál uretero había sido herido y estaba adherido á la cicatriz vaginal ; mas no habiendo seguridad absoluta, se descubrió el uretero del lado sospechado por una incisión lumbar y se le aplicó una ligadura temporal. Durante este experimento, que naturalmente se hizo bajo el cloroformo, ni una gota de orina se escapó por la fistula, entretanto que una sonda vesical extrajo cierta cantidad de este líquido. Se concluyó que el uretero temporalmente ligado era el que comunicaba con la fistula y se procedió a extirpar el riñón correspondiente. Calcúlese el pesar del cirujano y la desesperación de la enferma cuando al día siguiente, después de haber perdido un riñón sano, se descubrió que la operación no la había curado de su fistula.*

*Caso personal – La señorita I.V., natural de Bogotá, treinta y ocho años de edad, costurera de profesión, entró al Campito el 24 de Julio de 1902 para hacerse operar un voluminoso fibroma uterino, que le producía mucha molestia mecánica para trabajar, y menstruaciones dolorosas, muy abundantes y de larga duración. Constipación obstinada y un notable enflaquecimiento.*

*El 26 de Julio fue operada por los Doctores Montoya y Manrique, quienes practicaron una histerectomía abdominal total para poder extraer un fibroma del tamaño de una cabeza de adulto. La operación fue de las más laboriosas que pueden practicarse, pues la primera dificultad se presentó en la incisión del peritoneo, por hallarse adherida íntimamente toda la cara anterior del tumor al peritoneo parietal. Vencida esta primera dificultad se encontraron adherencias laterales tanto á la S iliaca como al ciego, las cuales dieron no poco trabajo.*

*El fondo de saco de Douglas también ofrecía débiles adherencias, las cuales cedieron fácilmente á la presión de la mano. Basculado el tumor sobre el pubis al cabo de una hora de trabajo, se atacó la inserción vaginal posterior por el procedimiento de Doyen. Terminada la enucleación, y al proceder á la hemostasis, se descubrió que el uretero derecho había sido seccionado; inmediatamente se aplicó sobre cada una de las extremidades una pinza de reparo mientras se hacía la hemostasis definitiva. Al intentar la anastomosis uretero-uretral, nos apercibimos que nuestras agujas y nuestro cat-gut no eran adecuados para esta sutura ; el cat-gut por ser mas grueso, y las agujas por ser planas y curvas. Además, la operación se aproximaba á la segunda hora de duración, y el aspecto de la enferma nos hacía temer el colapsus ; la economía de tiempo nos pareció la salvación de la vida ; por este motivo, después de peritonizar toda la herida pelviana, de ligar la extremidad vesical del uretero y colocarla por debajo del peritoneo, resolvimos fijar la extremidad del fragmento renal del uretero al ángulo inferior de la herida abdominal. Se dejó una sonda uretral y otra vesical, la primera con el objeto de evitar en lo posible el contacto de la orina con la herida abdominal. Estas sondas funcionaron regularmente hasta el quinto día, en que fueron quitadas, y desde entonces las micciones fueron voluntarias. El curso de la convalecencia fue de los más favorables, pues aun cuando el puso tuvo una frecuencia de 110 á 120 pulsaciones, esto no era alarmante, porque la enferma siempre ha tenido un pulso frecuente, y su aspecto general era floreciente. Al noveno día se*



*quitaron las suturas de la herida abdominal, la que había curado per primam, á pesar de no haberse podido evitar la impregnación de la orina en las gasas y algodones.*

*La enferma continuó mejorando progresivamente en su estado general, aun cuando sumamente incomodada por la permanente inundación de su fístula uretral.*

*El 13 de Septiembre de 1902, cuarenta y siete días después de la primera operación, se procedió á practicar la uretero-cisto-neostomía, de la manera siguiente : cloroformizada la enferma y colocada en el plano inclinado á 45°, se hizo una incisión de ocho centímetros de longitud, sobre la cicatriz abdominal, principiando inmediatamente encima del pubis, y teniendo cuidado de pasar á la izquierda de la incisión cutánea del uretero derecho. Esta incisión abrió la cavidad peritoneal y el espacio celular de Retzius. Inmediatamente apareció la vejiga y se pudo demostrar la desaparición de toda huella del hilván peritoneal y la absoluta tersura del fondo de saco vaginorrectal. Se procedió á aislar el uretero derecho de la cara posterior de la pared abdominal, con la cual había contraído conexiones íntimas en una extensión de cinco centímetros, conservándole su envoltura celuloserosa, de manera de asegurar la nutrición del canal y de favorecer su adhesión al nuevo orificio. Esta maniobra fue larga, no por dificultad en hallar el uretero, sino por el especial cuidado que se tuvo en conservarlo envuelto en la mayor cantidad posible de tejidos. Una vez aislado, se le cortó contra la superficie posterior de la pared abdominal, de manera de quitarle la porción intraparietal que estaba estrecha y probablemente infectada. Con unas tijeras finas se hizo una incisión longitudinal de tres centímetros sobre la cara posterior del canal ; se insertaron dos agujas redondas, rectas y finas, montadas sobre el mismo hilo cat-gut en la cara interior del uretero, á un centímetro arriba del ángulo de división de la cara posterior, y en el mismo plano una y otra aguja, de manera de formarle al uretero como las dos antenas de un insecto, destinadas á dirigirlo*

*hacia la abertura vesical. Hecho esto, se arreglaron convenientemente las agujas y el uretero sobre una compresa fijada con una pinza. Fijada ahora la vejiga por medio de dos tenáculos y previamente evacuada, para evitar la posibilidad de la caída de orines en el peritoneo, se le hizo una incisión anteroposterior de dos centímetros y medio con un bisturí puntiagudo ; por el ángulo anterior de esta incisión á uno y otro lado de éste se pasaron las agujas que pendían de la ansa de cat-gut uretral, á dos centímetros más allá del borde de la incisión vesical y á dos centímetros también una aguja de otra, de manera de introducir el uretero en la vejiga y de fijarlo al amarrar los dos cabos de la ansa, que llamamos tracción. Una sonda uretral, introducida por la vejiga, se introdujo en el uretero á una profundidad de unos cinco centímetros. Se practicó la sutura de los bordes de la incisión uretral á los de la incisión vesical, empleando el cat-gut en puntadas separadas y que atravesaban las tres tunicas de los respectivos órganos. Luégo se atrajo un colgajo de peritoneo y fascia subperitonealis, el mismo que había formado espesa vaina al uretero en su inserción, abdominal, y se le fijó por cinco puntada alrededor de la anastomosis uretero-vesical. Se fijó el fondo de la vejiga á la cara posterior de la pared abdominal y se cerró la herida parietal, dejando una mecha de gasa yodoformada en el ángulo inferior. Se curó como de costumbre y se dejó, además de la sonda uretral, una vesical de Peltzer.*

*Las consecuencias operatorias fueron completamente felices ; al quinto día se quitaron las sondas, y al noveno las suturas, y desde entonces la enferma ha permanecido en perfecto estado de salud (1910).*

*Para completar este estudio, nos parece útil resumir algunos casos análogos al nuestro, recogidos aquí y allá en la literatura médica.*

*Caso de Schovartz (de París) – Durante una histerectomía abdominal total para un gran fibroma del útero, desarrollado hacia atrás y que enviaba*



una prolongación al cuello, cortó el uretero derecho en el momento de terminar la desinserción vaginal derecha por el procedimiento americano. No pudo encontrar la punta vesical, colocó sobre la punta renal una pinza. Terminó la histerectomía, y viendo que ésta sólo había durado treinta y cinco minutos, y que el estado general de la enferma era excelente, procedió incontinenti á practicar la uretero-cistoneostomía. Quitó la sonda uretral el sexto día y la vesical el octavo. Drenaje vaginal. Curación sin incidente. Schovartz cita un caso idéntico de Pozszi (*Prese Médicale*).

Delagénière, con motivo del caso anterior, se expresa así: “ En el curso de una histerectomía abdominal, he seccionado un uretero. No he juzgado la complicación grave ; inmediatamente he reimplantado el uretero en la vejiga y mi enferma ha curado.” (*Loco.cit.*)

Caso de Routier – Este autor presentó á la Sociedad de Cirugía los riñones, los ureteros y la vejiga de una mujer á quien él había practicado dos años antes una uretero-cisto-neostomía. Del lado operado el riñón estaba quístico y el uretero obliterado al nivel del punto sobre el cual se había intervenido. Es preciso agregar que la enferma tuvo un embarazo después de la operación, y sufrió la basiotripsia en su parto. A consecuencia de esta intervención había aparecido una fístula urinaria vaginal, que había curado espontáneamente. Es, pues, probable que la obliteración uretral haya sido consecutivo á la basiotripsia (*Presse Médicale* – 19 Noviembre, 1898).

Calderini en 1899 alcanzó á reunir treinta y ocho casos de uretero-cistoneostomía publicados hasta entonces. En el caso que motiva el artículo de Calderini, él se sirvió del botín de Boari ; siete días después de la operación hubo ligera trasudación de orina por la herida, y fue preciso, dos meses más tarde, practicar la dilatación forzada de la uretra para extraer el botín que determinaba disuria (*Annali di ostetricia é ginecologia di Milano* – 1899, número 4, página 315).

Knaggs cita tres perfectamente idénticos al nuestro, pues en los cuatro restantes, que figuran en el cuadro correspondiente á la operación de que nos ocupamos, se trata de fístulas ureterovaginales consecutivas á la histerectomía vaginal. Estos casos son el de Crug, el de Penrose y el de Baldy.

Es de notarse que después de la implantación no queda nada que prevenga la regurgitación de la orina á lo largo del uretero, pero no está probado que de ahí pueda surgir algún peligro, porque es muy posible que el poder peristáltico del canal pueda desarrollarse suficientemente para obviar la dificultad, y que la vejiga, al contraerse, cierre el orificio y prevenga la regurgitación. Para evitar estos inconvenientes, teóricos hasta ahora, Witzel ha inventado su procedimiento que consiste en hacer recorrer al canal un cierto trayecto oblicuo al través de las fibras musculares de la vejiga antes de fijarlo.

Delaunay, al hablar de los peligros que corren la vejiga y los ureteros en los casos de fibroma voluminosos, refiere el siguiente, que nosotros resumimos : extrayendo un fibroma desarrollado en la pared posterior del útero, que pesó siete kilogramos y que había rechazado el peritoneo pelviano, desgarró la vejiga y reseco el uretero en una longitud de siete centímetros, corrigió estas complicaciones con la sutura de la vejiga y el abocamiento directo del uretero en la vejiga. La enferma curó sin la menor alteración urinaria, y un año después de la intervención se le ha hallado en perfecto estado de salud.

## CONCLUSIONES

- 1.a En toda intervención por la vía abdominal debe prepararse material adecuado para reparar la heridas del uretero.
- 2.a El procedimiento de Van Hook para la anastomosis uretero ureteral ó adaptado á la uretero-cistoneostomía, como nosotros lo hemos hecho, es el que asegura mejores resultados para el presente y para el futuro del enfermo.



## COMENTARIO

Luis Alberto Blanco R. MD\*

*Este artículo tomado de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen 1 de octubre de 1909 a octubre de 1910 y escrito por los doctores Juan E. Manrique y José M. Montoya, ambos miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, es un importante documento que ha contribuido al desarrollo del tratamiento de las heridas del uréter durante las cirugías abdominales y pélvicas. Allí presentan un caso personal de lesión ureteral y hacen una revisión de la literatura médica sobre el tema.*

*Hoy, ciento cuatro años más tarde, el procedimiento descrito por los doctores Manrique y Montoya en el caso de una lesión de uréter cuando intervienen quirúrgicamente a una mujer para practicarle una histerectomía por una miomatosis gigante, tiene vigencia y lo que hicieron fue lo correcto. Ante una lesión ureteral grave, una paciente en mal estado y unos problemas técnicos de diferente naturaleza, uno de los procedimientos indicados es hacer una ureterostomía cutánea, operación relativamente sencilla y rápida. Posteriormente, cuando las circunstancias lo permiten, se reparan los daños de una forma definitiva.*

*Es también importante y de actualidad la idea de que las lesiones ureterales deben ser diagnosticadas en el mismo acto quirúrgico para así subsanar el daño. Si esto no sucede, las complicaciones son graves y van desde la formación de fistulas hasta la muerte del paciente. En toda intervención abdominal o pélvica se debe pensar constantemente en el uréter.*

*El criterio que ha cambiado es el que exponen así: “una técnica antireflujo no es necesaria”. En este momento se le atribuye al reflujo vesico ureteral un daño renal que puede llegar a ser grave, por lo cual, es indispensable usar dicha técnica en los reimplantes. A pesar de que los doctores Manrique y Montoya no creían en la necesidad del túnel submucoso para evitar el reflujo, en su revisión bibliográfica mencionan y le dan importancia al doctor Wizel cuando dicen: “ha inventado su procedimiento que consiste en hacer recorrer al canal un cierto trayecto oblicuo a través de las fibras musculares”*

*Es un artículo muy interesante porque, muchos de los conceptos allí expresados y confrontados con una revisión de la literatura de ese entonces tienen aún vigencia.*

---

\* Vicepresidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José. Profesor Titular de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

