

# Lesión yatrogénica de un uréter sin consecuencias anatómicas ni funcionales

Dr. Alejandro Zúñiga

## INTRODUCCIÓN

Doble objetivo me ha movido a presentar a vuestra consideración esta comunicación:

1) El hacer un breve recuerdo filosófico de la cirugía vaginal y en especial de las lesiones yatrogénicas más frecuentemente cometidas por tal cirugía o por tales procedimientos quirúrgicos.

2) Para que sirva de experiencia que al practicar intervenciones quirúrgicas repetidas veces y por muy numerosas que éstas nos parezcan, no deben de infundirnos demasiada confianza; y aún por sencillas que éstas sean, no debe descuidarse al ser practicadas el más estricto celo, y poner en ellas toda nuestra atención y nuestra habilidad, para evitar con ello, riesgos innecesarios de consecuencias ilimitadas y a veces desastrosas. A Dios gracias, en el presente-caso no tuvimos ni lesión anatómica, ni derivación excretoria fisiológica que lamentar.

## CIRUGÍA VAGINAL

El tema de cirugía vaginal, es apasionante (1) "es antiguo, es moderno y sabemos que no todo lo nuevo es lo mejor/, ni que todo lo antiguo debe de ser cambiado. De allí el interés de sentar bases y establecer criterios, con espíritu eclético y científico a fin de contribuir a fijar la posición de nuestra escuela ginecológica en relación con esta clase de cirugía de acuerdo con las metas avanzadas que ha alcanzado la medicina moderna".

La evolución de la cirugía vaginal en nuestro medio ha ido paso a paso avanzando en una forma brillante; a pesar que en algunos centros la cirugía ginecológica ha perdido su tendencia vaginalista. Afortunadamente, cada día aumenta la familia de Ginecólogos que ingresan al país, como fieles admiradores de la vía vaginal y propulsores de la formación íntegra del Ginecólogo, que debe dominar esta vía quirúrgica, que por su nobleza, su plasticidad y sus excelentes resultados, mantendrá hoy y siempre su alta jerarquía y por consiguiente se justifica su práctica frecuente.

La escuela norteamericana no muy tradicionalmente amantes de la cirugía vaginal, desde hace unos 20 años a esta fecha, se han vuelto vaginalistas, porque han encontrado en este tipo de cirugía, la resolución certera y segura de muchos padecimientos pélvicos. En nuestro modo de pensar, la frase vieja, pero siempre nueva y certera del Maestro Manuel Catillejos "La vía vaginal, en cirugía ginecológica es la vía del especialista" sigue siempre en pie.

## COMPLICACIONES YATROGENICAS

### Complicaciones iatrogénicas en los procedimientos quirúrgicos de vía vaginal

Me referiré especialmente a las complicaciones yatrogénicas causadas por intervenciones quirúrgicas de lesiones benignas, dejando de lado las producidas por intervenciones radicales. La Cirugía cada día se practica con más frecuencia; pero mientras en la cirugía no radical el porcentaje de complicaciones yatrogénicas va siendo cada vez menor, en la radical dicho porcentaje aumenta, quizás porque las causas que les dan origen también aumentan tales como: ja denervación, mala irrigación, extensas disecciones, etc., etc., que provocan lesiones inmediata o mediatamente a las intervenciones quirúrgicas.

*Las complicaciones médicas o yatrogénicas en cirugía radical no incontrolables; en cambio estas lesiones yatrogénicas en cirugía de proceso benignos (8) "Ya sean para curar una enfermedad, corregir una deformidad o establecer un diagnóstico, son en cierta forma previsibles gracias a los adelantos de la medicina moderna aplicados a la cirugía ginecológica. Por la brevedad de esta exposición, no es posible hacer mención de todos y cada uno de ellos, sólo enumeraré los más destacados:*

- 1) Un mejor estudio preoperatorio.
- 2) Aplicación más científica y racional de antibióticos y quimioterápicos.
- 3) Balance adecuado de líquidos y electrolitos.
- 4) Instrumental y material de sutura más apropiado.
- 5) Mejor conocimiento de la asepsia.
- 6) Ventajas de estudios histopatológicos pre, trans y postoperatorio.
- 7) Métodos anestésicos más inocuos.
- 8) Utilización más racional de la transfusión sanguínea.
- 9) Cuidados postoperatorios más eficaces."

Sin embargo, a pesar de todos estos cuidados, en toda intervención quirúrgica se presentan numerosos riesgos, que todo cirujano consciente de su deber tratará de obviar y llevará siempre en mente que las complicaciones yatrogénicas pueden presentarse y que las mismas pueden ser de consecuencias múltiples; desde la que pone en peligro la vida del paciente (4), como una hemorragia incontrolable, hasta una insignificante estenosis vaginal en una viuda añosa de 80 años.

### Principales lesiones yatrogénicas

**Hemorragia.**—Puede ser intraoperatoria o postoperatoria (6) durante el acto quirúrgico debe de obviarse, con ligaduras metódicas y adecuadas, y siempre debe de medirse la cantidad de, sangre derramada para ser repuesta. La postoperatoria, puede ser inmediata o mediata, manifestándose algunas horas después de la terminación del acto quirúrgico. En ambas formas pueden ser agudas y dramáticas o lo suficientemente leves para no necesitar ningún procedimiento de coactuación, pero siempre debemos estar alertas para su tratamiento y su debida restitución.

**En la vagina.**—Las más importantes lesiones yatrogénicas son:

La dispareunia, las sinequias y fístulas uretrovaginales y rectovaginales. La primera es la consecuencia de una reparación inadecuada, como

resultado de un acortamiento y estrechamiento vaginal. La sinequia se presenta especialmente en mujeres posmenopáusicas con vaginas delgadas, apergaminadas, retráctiles. La dispareunia en las jóvenes en pocas ocasiones resulta un problema serio, puesto que las simples relaciones sexuales practicadas con alguna frecuencia la corrigen, porque se trata de tejidos elásticos; no así en las viejas que están casadas con hombres **débiles**, añosos, poco agresivos o demandantes, y en las cuales la vagina ha perdido su propia elasticidad. Las relaciones de contigüidad, inervación e irrigación hacen que tanto la uretra, como el recto pueden lesionarse, durante el curso de las operaciones ginecológicas.

En el cuello uterino

Para evitar las lesiones yatrogénicas del cervix, debemos individualizar cada caso en **particular**, y el cirujano debe de practicar la intervención más adecuada. Siempre será deseable dejar la mayor cantidad de cuello, en mujeres con posibilidades de embarazo. Hay que tratar de hacer conos con bisturí, cuando ésto sea necesario y así evitaremos hemorragias, estenosis, rigidez e insuficiencia ístmico-cervical; etc. etc.

### **Legrado Uterino**

El legrado uterino ha sido considerado como una "operación menor", sin embargo, no pocas veces se ha visto casos fatales debido a dicha intervención (8). Además es una operación, que no llena los requisitos fundamentales de un acto quirúrgico, tales como: a) control visual, b) no garantiza asepsia perfecta y c) no hay garantía de hemostasia adecuada.

Las principales complicaciones médicas o yatrogénicas son: Desgarro cervical, perforación del útero, lesiones del endometrio (sinequias, amenorrea, síndrome de Asherman) (5-7), lesiones de órganos vecinos e insuficiencia ístmico-cervical.

### **LESIONES VESICALES**

#### **A) Disturbios de la micción**

La clasificación de éstos según Lewington mencionado por Bedoya (3) es la siguiente;

1) La pérdida de la sensación de repleción vesical por lesión de los nervios sensitivos.

2) Dificultad para la micción; es el disturbio más frecuente con sus fases: a) fase de choque como resultado del traumatismo operatorio, caracterizado por atonía vesical; b) **fase** de retención de orina, que está condicionado al grado de lesión nerviosa ; c) fase de micción imperfecta, en la cual la paciente orina espontáneamente, pero lo hace con dificultad. Cuando la paciente no mejora en esta fase, puede entrar en la última etapa; d) Fase de atonía vesical, la cual la mayoría de las veces es irreversible.

3) La incontinencia de esfuerzo, que es el reflejo de la lesión del ángulo vesico uretral **posterior**, puede ser el resultado de una mala técnica o la predisposición de una paciente múltipara.

## B) Las fístulas vesicovaginales

La lesión directa de la vejiga puede ser realizada con alguna frecuencia, pero si ésta se corrige inmediatamente no tiene ninguna consecuencia lamentable. En cambio a veces sucede que la lesión vesical sea debida a necrosis posterior por disección amplia con lesiones vasculares o denervación de las paredes de la misma, dando lugar a la formación de fístulas vesico vaginales, que pueden presentarse a diferentes alturas, poniendo en comunicación a ésta con el útero.

### Lesiones ureterales

La herida, ligadura, o compresión de los uréteres, es la complicación mortal más seria de la cirugía ginecológica.

Según Wharton (9) se pueden considerar dos clases de lesiones:

1) LESIONES DIRECTAS. Producto de un accidente quirúrgico percibido o no por el operador. Estas lesiones pueden ser ligaduras, aplastamientos seccionales parciales o totales o sección de un segmento.

2) LESIONES INDIRECTAS. Son bastante frecuentes especialmente en cirugía radical, debidas a trastornos de la irrigación-, inervación, procesos adherenciales del uréter a la pared pélvica y acodaduras del mismo.

La prevención de las lesiones ureterales requiere: Una buena exposición y visualización, perfecto conocimiento anatómico de la región operatoria, especialmente los puntos más vulnerables de los uréteres, tales como (2) el entrecruzamiento con la arteria uterina donde se producen el mayor número de lesiones y por fin una exploración urográfica excretora preoperatoria.

## CASO CLÍNICO

L.I.M. de 26 años, casada, vecina de Choluteca, consulta el 15 de julio de 1966, porque sus relaciones sexuales no son satisfactorias, lo mismo que para su marido, debido probablemente a que se siente "muy floja" y que a consecuencia de ello tiene problemas conyugales. Además acusa flujo abundante acompañado de prurito vulvovaginal.

Antecedentes familiares: Sin importancia. Hija de padres añosos.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 15 años, tipo 3/28.

Primera experiencia sexual a los 18 años. Gra. 4 Para 4. En el segundo y tercer embarazo tuvo mortinatos, suponiéndose que eran eritoblastosis, porque la paciente tiene factor Rh negativo. Sin embargo, tuvimos la ocasión de verla con su cuarto embarazo, y la prueba de Coombs fue siempre negativa y el producto fue normal, lo mismo que otros exámenes: bilirrubina, hemoglobina, etc.

Examen físico; Vello pubiano normal, vulva entreabierto al esfuerzo de pujo salen por el intrito 2/3 de la pared anterior y posterior de la vagina, arrastrando consigo vejiga y recto. Vagina arrugada delgada de coloración rosada con escasa secreción mucoserosa, amplia, muy estirada.

Cuello: Con erosión del tamaño de una moneda de diez centavos y con abundantes huevos de **Naboth**, descendido hasta el tercio medio de la vagina. Matriz: Tamaño normal ligeramente retrodesviada y de consistencia normal. Anexos normales. Mamas normales. Temperatura 36.5°C, pulso 75 por minuto y T.A. 110/70. Estudio de gabinete: biometría hemática normal; glicemia, normal; Khan y V.D.R.L., normales; colpocitología, negativo II y secreción vaginal, negativa. Impresión diagnóstica Cistocele y Rectocele grado II y cervicitis erosiva folicular.

Por exigencias de la paciente y además porque siente molestias al permanecer de pie, sensación de pesadez en hipogastrio, porque se orina al menor esfuerzo de tos o de risa y porque sus relaciones sexuales son insatisfactorias por la flojedad de su vagina procedemos a corregir su uretro-cisto-colpo-rectocele, practicando una colporrafia anterior con suspensión de su uretra y acercamiento de *los* ligamentos cardinales y colpo-perineorrafia posterior con sutura de los elevadores del ano y conización del cuello, con puntos de Studendorf. El día 20 de julio de 1966, el postoperatorio inmediato fue satisfactorio. Se dejó sonda de Foley 48 horas abierta permanentemente, 24 horas con obstrucción intermitente cada 6 horas y se retiró a las 72 horas, quedando con micción aparentemente normal. A las 8 días se presenta con fuerte dolor en la región lumbar izquierda y ligera febrícula, dice orinar bien.

Efectivamente constatamos dolor en dicha región, especialmente marcada en los puntos renales y a la percusión con el puño. La enviamos al Radiólogo para una pielografía descendente y nos reporta lo siguiente: Los riñones tienen forma, tamaño y posición normales. En el riñón izquierdo no hubo eliminación del medio de contraste durante este examen. A la derecha hay buena eliminación renal y los cálices, pelvis renal y la mitad proximal del uréter son normales. No se visualizó porción distal del uréter derecho. La vejiga no se opacificó con el medio de contraste y en la cavidad pelviana se ve una opacidad redondeada que nos parece que representa la vejiga distendida. No se ven cálculos urinarios. Impresión: Bloqueo renal izquierdo. Se recomienda pielografía retrógrada para investigar la posibilidad de una obstrucción del uréter. En vista de este informe, referimos a la paciente a un Urólogo, quien trató de hacer una pielografía retrógrada, pero le fue completamente imposible introducir el catéter en el uréter izquierdo.

En vista de ésto se ordenó una pielografía por infusión y se inyectaron 120 cc. de Ipaque al 50% con 120 cc. de glucosa al 5%. Se obtuvieron radiografías al final de la infusión a los 20, 40 y 60 minutos y a las 2 y 4 horas, observándose un nefrograma izquierdo, persistente aún a las 4 horas, mostrando un riñón de casi el doble de su tamaño normal, sin concentración pélvicaliceal. En el lado derecho una moderada ectasia pélvicaliceal y ureteral. El extremo inferior del uréter derecho, se adelgaza en sus últimos 2 centímetros como si tuviera un largo trayecto intramural vesical. Sin embargo, hay buen paso de la orina a la vejiga, que es de forma, tamaño y capacidad normal.

En vista de los reportes de las pielografías, que indican un bloqueo renal izquierdo decidimos con el Dr. Midence hacer una laparotomía exploradora. Primeramente se hizo una cistostomía extraperitoneal, y no pudo localizarse la ligadura del uréter, como tampoco pudo cateterizarse el uréter izquierdo, únicamente lográndose ésto con el derecho. Entonces se

pensó en abrir peritoneo, y disecando la vejiga, de la cara, anterior de la matriz, como cuando se va a practicar una histerectomía abdominal total, encontramos que con el punto más alto del acercamiento de los ligamentos cardinales se había ligado el uréter izquierdo y desviado un poco de su trayecto el uréter derecho. Se cortó dicho punto, y revisando la cavidad vesical a través de la cistostomía, se vio salir orina en gran cantidad por la envocadura del uréter izquierdo de la vejiga. Además el calibre del uréter disminuyó, que se encontraba muy dilatado. El postoperatorio fue muy satisfactorio. Se tomó a los 8 días un pielograma excretor mostrando buena concentración del material de contraste en ambos riñones. Las sombras renales son de forma y tamaño normal, en el lado izquierdo persiste una moderada ectasis pelvicaliceal. El uréter se observa de calibre normal y se observa lleno de todo su trayecto a los 25 minutos.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—Presentamos a vuestra consideración un caso de lesión yatrogénica de un uréter, sin consecuencias anatómicas ni funcionales.
- 2.—Hacemos un breve recuerdo filosófico de la cirugía vaginal, y recalcamos la necesidad de su conocimiento para la formación integral del Ginecólogo.
- 3.—Mencionamos someramente las principales complicaciones yatrogénica en procesos ginecológicos benignos, tratados quirúrgicamente por vía vaginal.
- 4.—Concluimos, que el médico en una forma involuntaria, puede actuar negativamente sobre la psiquis y el soma de su paciente, ya sea por falta de atención, por negligencia o por ignorancia, produciendo padecimientos patológicos que Bumke desde 1925 llamó yatrógenos. Sin embargo, creemos que el pecado no está en cometerlos sino que en no verlos y corregirlos a tiempo; de aquí que nuestro esfuerzo de superación, el acucioso estudio y el perfeccionamiento constante será su mejor prevención.

#### SUMMARY

A case of iatrogenical ligature of a ureter without anatomical or functional sequéis is presented. In regard of it, the author makes a review of the more important iatrogenical complications in gynecological pathology treated through vaginal surgery.

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ALVAREZ BRAVO, A.: Simposium de cirugía vaginal. Memorias del IV Congreso de Ginecología y Obstetricia, 1963.
- 2.—ARRIGHI A. A. DI PAOLA R.: Complicaciones urinarias del tratamiento quirúrgico del carcinoma de cuello uterino y Obst. y Gin. Lat. Am. 21: 377, 1963.
- 3.—LEWINGTON, R.: Disturbance of micturition following Wertheim hysterectomy, J. Obst. Gynec. Brit. Empire, 63: 861, 1956.
- 4.—PRATT, J.: Complicaciones yatrogénicas de la cirugía pélvica en padecimientos benignos. Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 1963.
- 5.—RICAUD, R.: A propósito del síndrome de Asherman. Gine-Obst. Mex. 14, 1959.
- 6.—RIVERO P. GOLTNER E.: Pérdida sanguínea y su hemodinamia durante operaciones ginecológicas. Obst. Gine-Lat. Amer. 23: 305, 1965.
- 7.—ROLON, O. J.: Adherencias intrauterinas traumáticas post-raspado Obst. Gine-Lat. Amer. 21, 1965.
- 8.—VASQUEZ, A. S., PEREZ, R. L., VILLANUEVA, A.: Patología yatrogénica en cirugía ginecológica. Primer simposium XII Reunión Nacional Mex. de Gineco-Obstetricia, Torreón COAH, Gine-Obst. de Mex. 20, 1965.
- 9.—WHARTON, L. R.: Gynecology. Urología ginecológica. 1950, página 252.