

Clinica Universitaria de Patología Quirúrgica. Facultad de Medicina de Barcelona.  
Prof.: R. ARANDES.

**ANASTOMOSIS URETERO-RECTAL VIA TRANSVAGINAL (\*)**

J. M. GIL-VERNET VILA

En el momento presente la derivación urinaria al intestino no excluido de la circulación entérica está perdiendo posiciones y afortunadamente pronto pasará al archivo histórico.

Los malos resultados se deben a la infección pielonefítica, lo que constituye la regla cuando se utilizan los métodos que seccionan el uréter (Coffey y similares), es decir, cuando se lesiona gravemente parte del conducto ureteral, ya que para la normal peristáltica del uréter es imprescindible la conservación absoluta y total de todo el conducto y cuando se mutila parte del mismo por pequeña que sea repercute en la resultante de su trabajo en cadena y al faltar un eslabón, aunque sea el terminal, aparece la disfunción excretora, lo que equivale a la pérdida de la peristáltica, cuya ausencia facilita el reflujo entero-renal.

Sin embargo, no sucede lo mismo cuando se respeta la totalidad del conducto, es decir, cuando se anastomosa el ostium o meato ureteral al intestino. El uréter en estas condiciones conserva su integridad anatómica y funcional. Actuando de esta forma en el acto quirúrgico no se realiza más que el trasplante de este uréter en otro medio: el intestinal. La práctica de tal método (BERGENHEM, MAYDL) sólo es posible en afecciones no malignas de la vejiga, como en los dos casos que presentamos, motivos de dicha comunicación, y que, dado las especiales características de los mismos, no dudamos recurrir en utilizar la vía vaginal por ser la más adecuada y lógica para la derivación urinaria.

(\*) Comunicación al IV Congreso Nacional de Cirugía de Zaragoza, septiembre de 1955.

#### REVISIÓN HISTÓRICA.

Cronológicamente la descripción de esta vía se remonta a 1928, cuando SHAW, practicando sobre cadáveres, llega a la conclusión de que por vía perineal o vaginal es posible la anastomosis uretero-rectal, publicando en 1937 por primera vez los detalles de la intervención y aportando un caso clínico.

HUNNER, ignorando los trabajos de SHAW, procede a una histerocistectomía total y anastomosis uretero-rectal vía vaginal con buen resultado y publicándolo en 1938.

WOLFF, en 1948, por esta vía practica una cistectomía parcial por carcinoma y subsiguiente anastomosis uretero-rectal, siguiendo el principio submucoso de COFFEY y empleando catéteres ureterales.

De entonces acá no se ha publicado, que tengamos referencias, ningún otro caso.

Consultados los trabajos de los autores antes citados y atraídos por la facilidad con que pueden extraerse los cálculos de la porción baja del uréter por vía transvaginal, técnica para la litotomía quirúrgicamente reglada por A. DE LA PEÑA y CASTRO, algunos de cuyos tiempos operatorios seguimos para esta intervención, procedimos en dos casos clínicos a la anastomosis uretero-rectal por vía vaginal, obteniendo en ambos excelentes resultados.

#### CASUÍSTICA.

Observación I.—M. L. C., de cincuenta y cuatro años. A los veintiséis años, parto distócico con aplicación de fórceps, quedando con incontinencia total de orina y siendo intervenida sin éxito.

A los treinta y cuatro años, dos nuevas tentativas sin resultado.

En marzo de 1955 nos es remitida la paciente. Al examen comprobamos: ausencia total de uretra, cuello vesical y parte del trigono. Lo que queda de vejiga está convertido en una magma esclerosa como una nuez.

Vagina retraída con lesiones ulcerativas. La U. I. V. demuestra atonía y dilatación pielocalicial lado izquierdo.

Operación el 28 de marzo de 1955. Implantación uretero-rectal, vía vaginal.

A los doce días se retiran los catéteres; dos días después aparece rectitis (fase acomodación) y la paciente pierde algunas gotas de orina.

Microenemas con Cremathalil y por la noche se deja sonda rectal.

A los dos meses, perfecta continencia.

Observación II.—D. S. S., de cincuenta años. A los treinta y dos años, parto distócico con trauma obstétrico, resultando una fistula uretrovaginal, siendo intervenida sin resultado.

Segunda intervención a los treinta y tres años, sin éxito.

Tercera tentativa a los treinta y cinco años, también sin resultado positivo.

Nos remiten la paciente desde un servicio de Ginecología.

Al examen, restos de meato uretral, con ausencia completa de la uretra, cuello vesical y mitad trigonal derecha.

No se observa el meato uretral derecho.

A la U. I. V. no se visualiza vías excretoras correspondiente al riñón derecho; con el retroneuromoperitoneo se esboza la silueta de un pequeño riñón atrófico.

Posiblemente fué ligado el uréter correspondiente en el curso de las anteriores tentativas de reparación.

Operación el 20 de noviembre de 1954. Implantación uretero-rectal, vía vaginal. Se implanta el uréter único.

Se retira a los doce días el catéter ureteral.

Perfecta continencia al mes de la intervención.

#### INDICACIONES.

Esta vía tiene, a nuestro parecer, una precisa indicación, y es en los casos de ausencia total del sistema esfinteriano de la uretra, lesión generalmente debida a un trauma obstétrico, y en donde fracasan los métodos más conservadores, puesto que la cicatrización se hace imposible por la presencia de un tejido fibroso isquémico resultante de las múltiples tentativas de reparación, y que, por otra parte, en el su-

puesto que se lograra, se observa particularmente en los casos en que la fístula existe, desde hace tiempo una pérdida definitiva de la capacidad vesical por esclerosis, infección y atrofia del detrusor, como en nuestros dos casos, en que se constituyó una "pequeña vejiga" cuya patogenia fué la falta de función durante veintiocho y dieciocho años, respectivamente, lo que ha ocasionado la total atrofia e invalidez permanente del órgano como reservorio urinario. Si bien con las nuevas técnicas de enterocistoplastias es posible restaurar la capacidad vesical, sin embargo no es posible obtener por el momento eficaz continencia de la neouretra en ningún caso. En nuestra opinión, la colicistoplastia en tales casos sólo estará indicada ante una "pequeña vejiga", secuela de fístula urinaria, pero que conserve su sistema esfinteriano.

WOLFF hace extensible el empleo de esta vía al tratamiento de los tumores de uretra, vejiga y en algunas incontinencias.

No compartimos en este caso el criterio de dicho autor; a este respecto transcribimos textualmente de nuestra monografía "Implantación de uréteres en el intestino", aparecida en 1953, el siguiente párrafo:

"Aunque por vía vaginal no hemos tenido ocasión de intervenir, la consideramos muy indicada en las afecciones no malignas de la vejiga, en las cuales se pueden conservar los orificios ureterales.

Cuando deba procederse a la cistectomía total, sola o combinada a la de los demás órganos pélvicos, por afecciones malignas génitovesicales, entonces no somos partidarios de esta vía, no por las maniobras de exéresis, sino porque debiendo seccionar el uréter a su entrada en el parametrio, la cortedad de los mismos obligará a implantarlos en la porción más alta del recto o en el rectosigmoide, cuyos detalles técnicos de anastomosis —de los cuales depende tanto el futuro de la función renal— no podrán controlarse debidamente."

Y más adelante, en otro párrafo:

"Las vías vaginal, perineal y sacra para la operación de implantación y cistectomía combinadas, dejan de satisfacer las exigencias indispensables de los postulados en

esta cirugía. Por otra parte, la falta de campo operatorio obliga a indebidos estiramientos de la vejiga que repercuten aumentando el trauma quirúrgico; la sección ciega de los pedículos vasculares, la imposibilidad de explorar la cavidad abdominal y proceder a la exéresis linfática, la pan-cistectomía total, obliga a descartar estas vías de acceso en el tratamiento de las afecciones malignas de la vejiga urinaria."

*La elección de la vía operatoria se hará en función del tipo de la afección vesical y del principio de implantación que de ella se deriva.*

En cuanto a las incontinencias urinarias creemos, en contra de la opinión de WOLFF, que raramente estará indicada la implantación uretero-rectal, puesto que la gran mayoría, por no decir la totalidad, son tributarias de operaciones plásticas sobre cuello vesical o sobre uretra.

Las que tienen por etiología una espina bífida, como quiera que a la incontinencia de orina se asocia la incontinencia de heces, es obvia la contraindicación.

Insistimos en que la indicación "princeps" es en los casos de ausencia traumática de toda la uretra coexistiendo con atrofia completa del detrusor vesical. Como en los dos casos de nuestra casuística. Sin duda hoy en día en España son raras estas observaciones, por la mejor asistencia que actualmente se prodiga en el parto; pero qué duda cabe que en regiones inhóspitas un parto distócico puede originar esta grave lesión urinaria.

#### TÉCNICA.

*Preoperatorio.*—En la preparación del paciente destaca en primer lugar la necesidad de proceder al "test" de continencia del esfínter rectal y a la rectosigmoidoscopia, puesto que es imprescindible explorar la futura cloaca al objeto de descubrir afecciones que podrían contraindicar la derivación intestinal, en particular la colitis espasmódica.

En cuanto a la vagina, presenta siempre lesiones inflamatorias y ulcerativas de su

epitelio determinadas por el baño constante de la orina y que es necesario eliminar. Ello se logra rápidamente si puede mantenerse seca la vagina durante unos días merced al cateterismo ureteral, no siempre fácil, dada la presencia constante de lesiones cistíticas. Deben asociarse, además, irrigaciones vaginales y cura tópica.

En cuanto al intestino, la preparación habitual para este tipo de intervenciones, o sea, cuatro días antes Sulfathalidin y Cloromicetina, dos enemas diarios y dieta líquida.

La rectosigmoidoscopia para la comprobación de limpieza del intestino puede requerirse en algunos casos momentos antes de la derivación.

#### OPERACIÓN.

Episiotomía amplia de Schuchardt, uni o bilateral.

*Exposición de los uréteres.*—Sujeción del cuello uterino con pinzas de Museux, atrayéndolo y basculando en sentido opuesto al uréter que se va a liberar. Incisión media de toda la pared posterior de la vejiga, con lo que el triángulo queda dividido en dos mitades, en cada una de las cuales desemboca un uréter. Con un catéter de polivenil del calibre máximo que permita el conducto, se cateterizan los uréteres hasta la pelvis renal (unos 20 cm.).

Se procede a la sección circular de la mucosa que rodea al meato ureteral, con lo que obtendremos una orla de mucosa perimeática que deberá tener un diámetro no menor de un centímetro. Aunque esta roseta contenga algunos fascículos musculares de la pared vesical carece de importancia. En realidad es una modificación a la técnica de BERGENHEM o principio del uréter intacto, y que ya fué objeto de personal publicación.

Se amplía la sección de episiotomía hasta el fondo de saco lateral y superior de la vagina, llegándose por disección roma al espacio laterovesical y retrotrigonal, y se libera el uréter intramural y yuxtavesical, prestando cuidado en conservar su vascu-

larización e inervación al liberarlo de la vaina de Waldeyer, que lo solidariza con la porción inferior de la vejiga. Maniobras que se ven muy facilitadas por el cateterismo previo.

*Exposición del recto.*—Se libera partiendo de la misma incisión de episiotomía la pared vaginal de la cara anterior de la ampolla rectal lo necesario para obtener una buena exposición para la anastomosis, procurando ante todo —detalle de capital importancia— que el uréter llegue sin tensión alguna al nivel del recto elegido para su implantación.

Se introduce por el ano un recio tubo de caucho o plástico cortado a bisel y ligeramente curvo, el cual, al bascular hacia arriba, propulsa la región expuesta para la anastomosis, quedando una superficie en forma de tambor sobre la cual se procede a la disección obtusa de las fibras longitudinales del recto. Antes de abrir la luz intestinal se pasa por dentro del tubo un mandril, en cuya punta hay algodón empapado con un líquido de fuerte poder antiséptico, esterilizando de esta manera la futura zona de implantación.

*Técnica de la anastomosis.*—Incidida la mucosa del recto se pasa el catéter ureteral por la luz del tubo de caucho al exterior. Acto seguido se procede a la anastomosis directa de la orla mucosa perimeática con la mucosa del recto con aguja atraumática y catgut del 0000. A continuación, sutura de las fibras longitudinales del recto, formándose de este modo un segundo plano muscular que recubre y protege infundibilizando la anastomosis directa mucosa-mucosa uretero-rectal.

La misma maniobra con el otro uréter.

Cierre de la colpoepisiotomía y dilatación anal (maniobra de Sanmartino).

Vigilancia cuidadosa del funcionamiento de los catéteres, que serán retirados a los doce-trece días.

#### COMPLICACIONES.

En el postoperatorio inmediato raramente pueden presentarse complicaciones por

el hecho de que la operación transcurre extraperitonealmente.

Como complicaciones lejanas, WOLFF cita la estrechez de las neostomías que pueden solventarse por el paso de bujías dilatadoras a través del rectoscopio. Si no es posible resolverlo, o en caso de fallo de la anastomosis, siempre podrá recurrirse a una implantación más alta (ureterosigmoidostomía).

Desde el momento en que se retiran los catéteres ureterales y entra en función la cloaca quirúrgica, aparece invariablemente una rectitis que puede persistir durante semanas o meses (período agudo de adaptación), al mismo tiempo que puede presentarse cierto grado de incontinencia anal que consideramos debida a la atonía del músculo subyacente a la mucosa inflamada (ley de STOKES), que se resuelve pasada la fase aguda de rectitis.

En nuestros dos casos, el postoperatorio fué completamente normal y a los dos meses de la intervención se comprobó normal funcionamiento renal, perfecta permeabilidad y conservando los orificios ureterales su calibre original; algunos de estos detalles se comprobaron por rectoscopia.

No sucedió lo mismo en el caso clínico de WOLFF, en el que se presentó una uretero-hidronefrosis e infección renal lado izquierdo consecuente a la estrechez de la neostomía uretero-rectal, que pudo subsanarse gracias a la introducción de bujías dilatadoras por vía endorrectal. Hay que subrayar que el autor había implantado los uréteres siguiendo el principio submucoso de COFFEY, y ello fué, sin duda, la causa del fallo.

#### COMENTARIOS.

Nuestra dilatada experiencia sobre las derivaciones urinarias en el intestino nos ha permitido llegar a la conclusión de que la causa de la morbilidad y escasa supervivencia de los portadores de una implantación uretero-intestinal reside en la sistemática retracción de las neostomías con la siguiente estasis por obstrucción de la ex-

creción urinaria, hidronefrosis y pielonefritis, complicaciones que no sólo dependen de los más pequeños errores de imperfección técnica, sino también del *principio de implantación elegido*.

Hoy en día está por completo fuera de lugar la utilización de los procedimientos llamados "valvulares" (técnica de FOWLER, DAVALOS, etc.), así como los basados en la utilización de un trayecto submucoso (técnicas de KRYNSKY, BECK, COFFEY y similares).

Los interesantes trabajos de VERMOOTEN demuestran que la llamada "válvula uretero-intestinal" creada por la implantación submucosa no funciona como tal válvula. A la misma conclusión llegan en estos últimos años NESBIT, CORDONNIER y HINMAN, los cuales consideran que es innecesario y perjudicial practicar un túnel submucoso y que la libre peristáltica ureteral, por sí sola, es suficiente para evitar el reflujo entero-renal y los fenómenos de infección.

Precisamente una de las ventajas de emplear esta vía estriba en que la implantación se efectúa *conservando íntegramente el uréter junto a su mecanismo de desembocadura*, cuya importancia ya detallamos.

La conservación de este orificio ureterovesical juega un importante papel en la prevención de las estenosis, la cual es una de las complicaciones tardías más importantes y decisivas por sus consecuencias, secuela por otra parte frecuentísima en los métodos que seccionan el uréter.

Consideramos que las técnicas que *trasplantan el mecanismo valvular ureterovesical*, como el Bergenhem, reúnen las mayores garantías, puesto que el orificio de comunicación (neostomía) es un orificio mucoso no susceptible de retracción.

Los labios del uréter normal son mucosos y desprovistos de músculo y, por consiguiente, pueden actuar como válvula por

simple coaptación de sus labios mucosos y por añadidura con la ventaja de que conservando todo el uréter se mantiene indemne su actividad peristáltica, a cuya dinámica se confía la capacidad antirreflujo del método.

Las ventajas de esta vía son:

a) Conservación del uréter íntegro junto a su mecanismo de desembocadura, lo que resta posibilidades a la retracción cicatricial de la neostomía y fenómenos infectivos.

b) Operación extraperitoneal.

c) Implantación de los uréteres en la porción más baja del intestino, o sea, en el recto, con lo que disminuye la absorción de los constituyentes urinarios y por ende menor alteración humoral.

d) Posibilidad de acceso a las neostomías mediante maniobras endorrectales.

e) Ante el hipotético caso de retracción de la neostomía, queda la posibilidad de reimplantar los uréteres en un lugar más alto, en el sigmoide.

Cuadro del total de casos publicados de anastomosis uretero-rectal por vía transvaginal:

| AÑO       | AUTOR                 | Casos |
|-----------|-----------------------|-------|
| 1937..... | SHAW .....            | 1     |
| 1938..... | HUNNER .....          | 1     |
| 1948..... | WOLFF .....           | 1     |
| 1955..... | GIL-VERNET VILA ..... | 2     |

#### BIBLIOGRAFIA

- GIL-VERNET VILA, J. M.: "Implantación de uréteres en el intestino". Monografía. Edit. Científico Médica, Barcelona, 1953.
- GIL-VERNET VILA, J. M.: *Civ., Ginec. y Urol.*, III, b de mayo de 1953.
- HUNNER GUY, L.: *J. Urol.*, 39, 343; 1938.
- PEÑA Y CASTRO, A. DE LA: *Col. Med. de Esp.*, febrero de 1955.
- SHAW, E. C.: *J. Urol.*, 37, 850; 1937.
- WOLFF, H. D.: *J. Urol.*, 59, 182; 1948.