

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES URETERALES TRAS LA CIRUGÍA GENITAL FEMENINA

V. García Rodríguez-Acosta*
F. Pastor Cruz**

* Jefe de Servicio

** Cirujano Urológico del Servicio
de Urología del Hospital de Especialidades «Ciudad de Jaén», S.A.S.

I) INTRODUCCIÓN

Intentamos exponer en este trabajo, qué clase de lesiones suelen producirse en esta cirugía; cuándo deben operarse; métodos que suelen usarse para estas reparaciones; y resultados, complicaciones en nuestra casuística.

Las lesiones que se suelen producir en el uréter en esta clase de cirugía son, incisión, ligadura parcial o total, aplastamiento y denudación. Todas estas lesiones pueden dar lugar más o menos precozmente, al derrame de orina que buscará salida al exterior generalmente por el sitio de menor resistencia que es la cúpula vaginal, dando lugar a la fístula ureterovaginal. Esta puede ser unilateral, bilateral e incluso con fístula vesicovaginal.

En otras ocasiones, sólo se producirá una estenosis ureteral con ureterohidronefrosis, cuyo tratamiento será el mismo que el de las fístulas. Las alteraciones más tardías secundarias a recidivas tumorales o de la afección que motivó la histerectomía, y que pueden aparecer a los meses o años y, por tanto, no causadas por la intervención quirúrgica y que por lo general consisten en englobamiento de los ureteres en su porción pelviana, y cuyos síntomas pueden ser la insuficiencia renal, no serán tratadas en este trabajo.

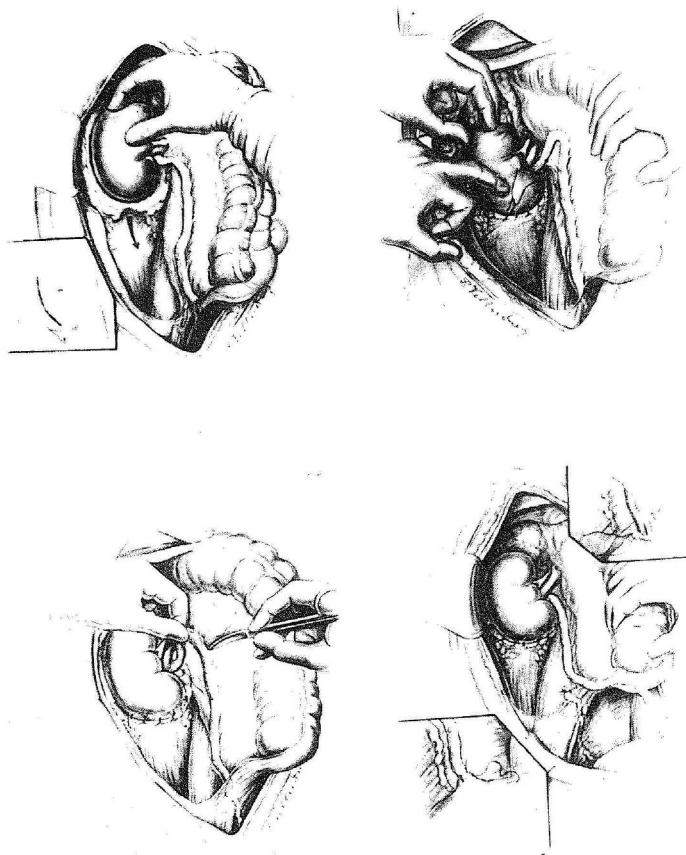


Figura 1

Discusión

La causa de casi la totalidad de las lesiones ureterales es la histerectomía; sobre todo en la cirugía oncológica. Nosotros hemos tenido ocasión de tratar una fístula ureterovaginal tras una cesárea, pero esto es verdaderamente excepcional.

La frecuencia de las heridas o traumas ureterales y, por consiguiente, *la fístula ureterovaginal tras la Histerectomía ampliada, por Carcinoma, es según distintos autores, de un 7 a un 12 por ciento*. Mientras que para las histerectomías simples es menos del 2 por ciento.

Cuatro son las zonas peligrosas en el uréter durante esta cirugía genital femenina. El entrecruzamiento con los vasos ilíacos. La fosita ovárica. La porción intraligamentosa y el cruzamiento con la arteria uterina.

Los síntomas más frecuentes son el derrame vaginal de orina, signos de pielonefritis y obstrucción, dolor lumbar y fiebre, sobre todo cuando el riñón afectado no evacúa adecuadamente.

Para el diagnóstico exacto del tipo de lesión, son necesarios los siguientes exámenes o exploraciones complementarias: Urografía excretora. Instilación de colorante en la vejiga que saldrá o no por la vagina, que aunque no descarte la presencia de una fístula ureterovaginal, pondrá en evidencia o no la existencia de una fístula vesicovaginal. Cistoscopia y cromocistoscopia. Pielografía ascendente en caso de riñón mudo y de no poder practicar la descendente; y, por último, la vaginografía.

Con alguna de estas exploraciones o varias combinadas, puede llegarse a un diagnóstico exacto de la fístula, el nivel aproximado de donde se encuentra y el estado del uréter, para planear la técnica quirúrgica más conveniente.

Las lesiones ureterales deben repararse de inmediato, cuando el cirujano se percibe; y de hecho así ocurre, practicando el mismo ginecólogo la corrección, o pidiendo en otras ocasiones la colaboración inmediata del urólogo.

Cuando la complicación se presenta más tardía, en pleno curso post-operatorio de la intervención ginecológica sufrida, o después de ser dada de alta la paciente, la reparación debe practicarse en cuanto el estado general de ésta lo permita. La curación espontánea de una fístula ureteral es excepcional; y si el derrame urinario vaginal cesa, probablemente será por anulación funcional renal o por colección urinosa, cuyos síntomas no pasarán desapercibidos (dolor, fiebre, etc.). Si el uréter fistulizado ha podido ser cateterizado, es posible esperar la curación; pero después requiere la vigilancia y control

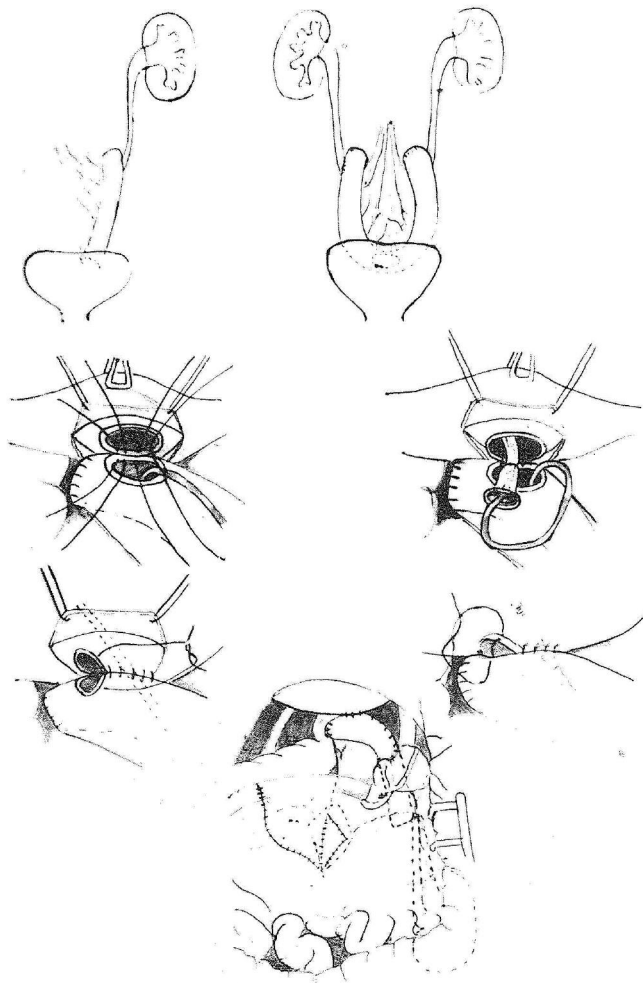


Figura 2

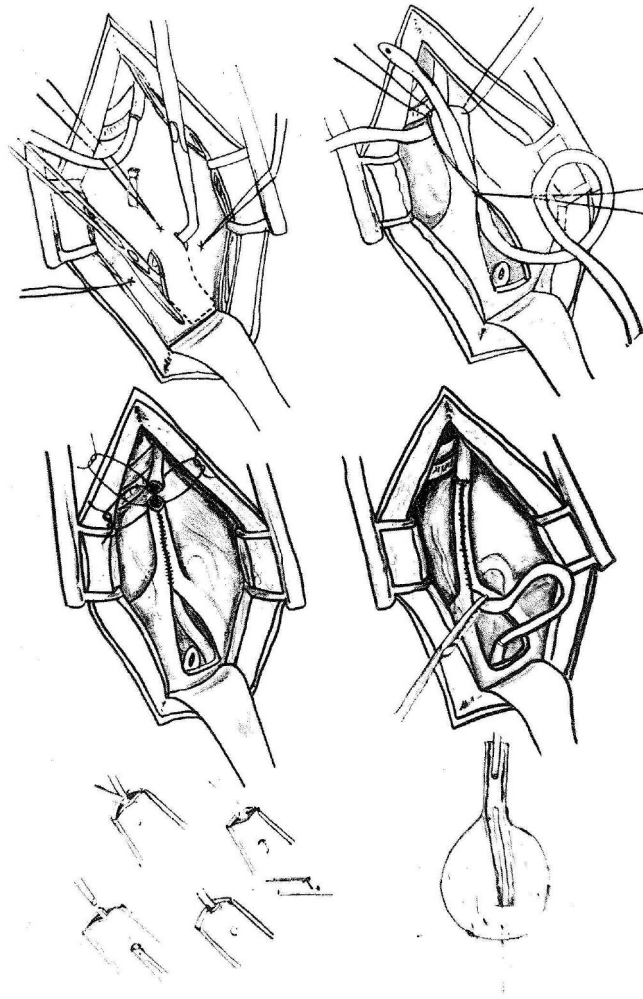


Figura 3

urográfico para detectar una estenosis y ureterohidronefrosis que habría que corregir más tarde.

Por lo general las pacientes con una fístula ureterovaginal a consecuencia de una histerectomía por carcinoma de cuello, son muy reacias a someterse de nuevo a una intervención quirúrgica; ya que casi siempre que se les presenta esta complicación han sufrido un curso postoperatorio borrascoso que deja profunda huella en su ánimo, y piden cualquier tratamiento con la esperanza de la curación espontánea. En nuestra casuística, la mayor parte de las intervenciones han sido practicadas con una demora que nosotros no deseábamos. La intervención tardía dará lugar a que el uréter se encuentre más dilatado e hipertrófico en su contextura y la fibrosis más extendida, teniendo que sacrificarse mayor extensión del mismo.

Salvo la ligadura de ambos uréteres, caso muy raro, pero dentro de lo posible que requiere intervención inmediata, por la anuria, en los demás casos con un tratamiento bien dirigido, antibióticos, antiinflamatorios tipo corticoides, cateterismo ureteral y desintoxicante de la uremia que muchas veces presentan estas pacientes, puede lograrse la recuperación necesaria para someterle a una intervención plástica bien pensada y planteada. Casi nunca es necesario una derivación urinaria y hay que hacer lo posible por prescindir de ella. Podemos usar la ureterostomía in situ o la nefrostomía si no hay otra solución.

Para la curación de la fístula ureterovaginal, contamos con las siguientes intervenciones plásticas: La anastomosis ureteral término-terminal, que casi nunca se podrá practicar. — La ureterocistoneostomía. — El descendimiento renal con reimplantación del uréter ilíaco en la vejiga. — La ureteroileoplastia. — La operación de BOARI-CASATI. — Reimplantación del uréter fistuloso en el sano o transureteroureterostomía cruzada.

Para la neoureterocistostomía directa es necesario que la lesión ureteral se encuentre muy baja (yuxtavesical) y que las paredes del uréter estén en buenas condiciones, sin fibrosis. Para que no haya tensión en la sutura se puede desbridar en parte la vejiga y fijarla con unos puntos de suspensión al psoas.

El descendimiento renal con reimplantación directa del uréter ilíaco a la vejiga puede emplearse en los casos que la fibrosis y celulitis hayan alterado el uréter pelviano y que la vejiga por sus condiciones anatómicas (retracción, trastornos tróficos o vasculares) no permite tallar un injerto laminado para practicar un Boari. Esta técnica ha sido publicada con la exposición de cuatro casos con buen resultado, en el *Journal d'Urologie* T. 67, núm. 4 por CORNELIU POPESCO. En la *figura 1* se representan los distintos tiempos de esta in-

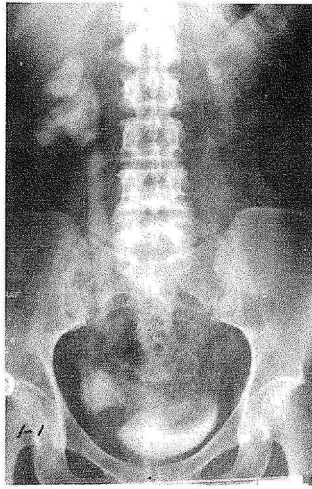


Figura 4

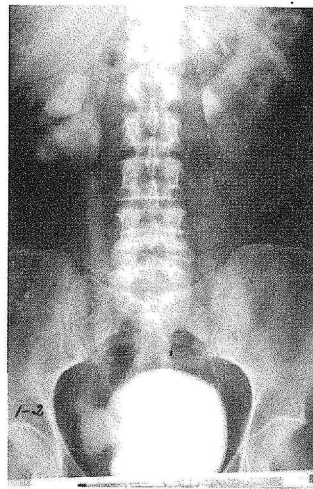


Figura 5

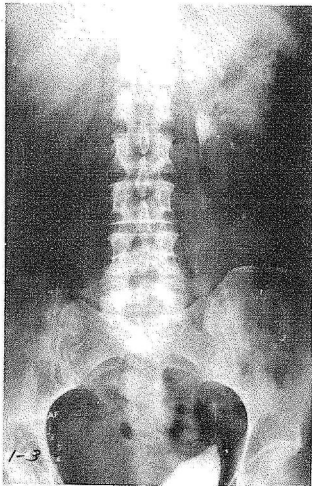


Figura 6

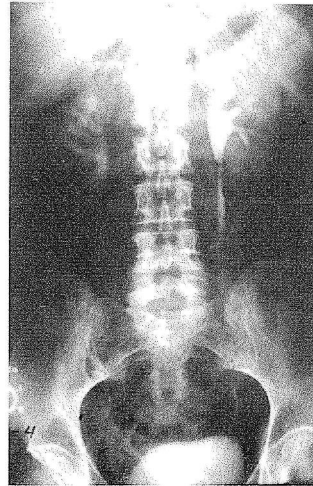


Figura 7



Figura 8

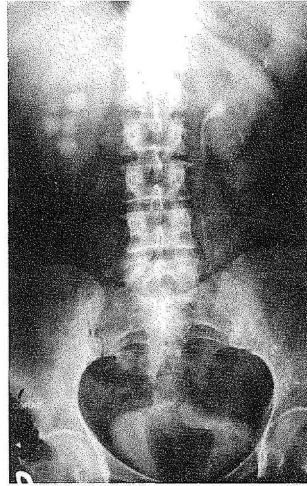


Figura 9

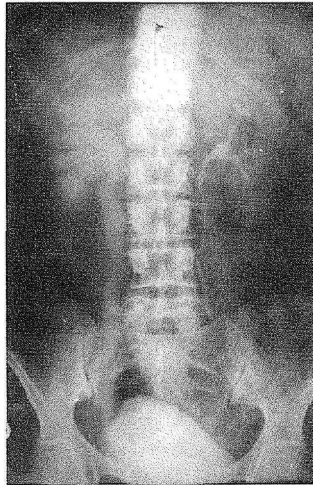


Figura 10

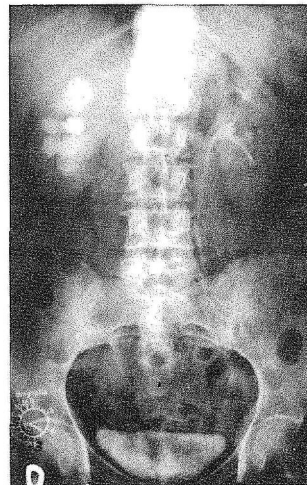


Figura 11

tervención. El uréter lumbar despegado del retroperitoneo y desplazado hacia abajo reemplaza los ocho centímetros de uréter pelviano inutilizable. El inferior del uréter ilíaco puede ser fácilmente implantado en el punto conveniente de la pared vesical. Según este autor, la vascularización subadventicial es suficiente para asegurar las condiciones circulatorias en el caso de un despegamiento de toda su superficie.

MARGARUCCI ha constatado el relleno completo de la red vascular del uréter hasta el estrecho superior de la pelvis, inyectando la arteria ureteral superior, a través de la arteria renal. O sea, que el segmento lumbar e ilíaco del uréter guarda su tonicidad y peristaltismo. Según POPESCO la circulación sanguínea y la función renal se adaptan correctamente a esta nueva posición. Los vasos del pedículo soportan la tracción moderada del descendimiento renal. De las complicaciones posibles que pueden presentarse como en toda neoureterocistostomía, la estenosis y el reflujo ureteral, la primera es la más importante.

La ureteroileocistostomía

En los casos en que el uréter pelviano es inaprovechable totalmente hasta por encima del cruzamiento con los vasos ilíacos y la vejiga es pequeña, tenemos el recurso a nuestro alcance, de sustituir el uréter por un segmento de intestino ileal, así como en los casos de fístula ureterovaginal bilateral.

Aunque la enteroureterocistoplastia es una operación seria, donde la mortalidad puede alcanzar un cinco por ciento, debe ser indicada cuando el restablecimiento de la continuidad de la vía excretora no se puede obtener por procedimientos más simples. La vía de abordaje de la ureteroileoplastia pelviana será la transperitoneal mediana. La disección del uréter comienza a practicarse en el cruzamiento con los vasos ilíacos movilizándolo hacia arriba. Ligaremos y seccionaremos donde comience su parte eutrófica y con buena vitalidad para practicar la anastomosis con el extremo del asa aislada. La preparación del injerto intestinal se suele hacer a cierta distancia del ángulo ileocecal. Su longitud será según la porción de uréter a reemplazar o si la fístula es uní o bilateral, pero más vale que sea largo que corto. La sección de éste se hará después de haber visto por transiluminación la buena vascularización del futuro injerto. El restablecimiento de la continuidad del intestino puede hacerse por anastomosis término-terminal o latero-lateral y por delante del meso del asa aislada.

La anastomosis ureteroileal la hacemos terminolateral en un plano con puntos separados de cagut crómico de los tres ceros. Sonda ureteral que a través del asa y vejiga, saldrá al exterior por uretra por fuera del catéter ure-

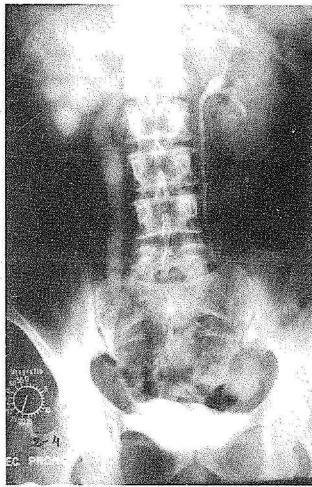


Figura 12

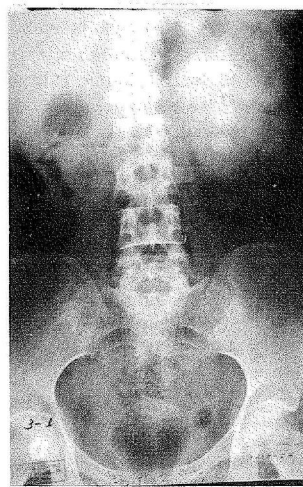


Figura 13

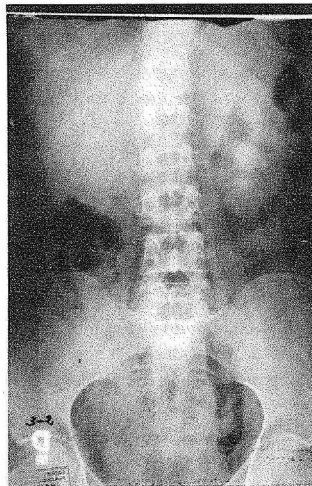


Figura 14

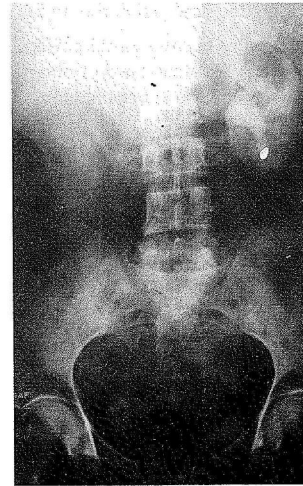


Figura 15

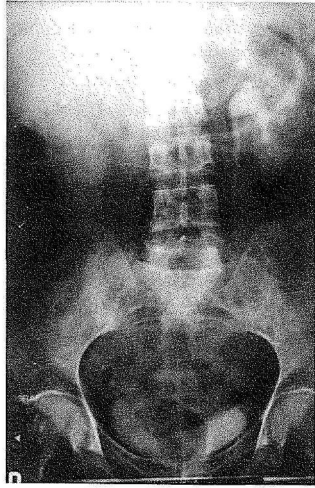


Figura 16

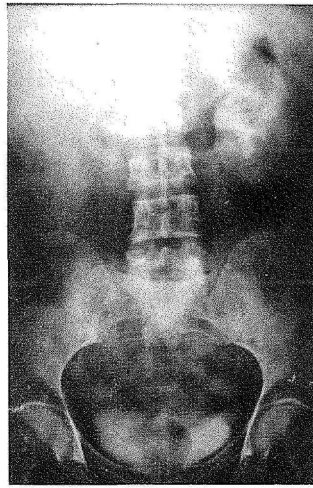


Figura 17

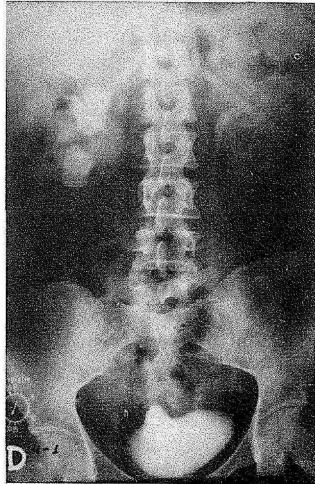


Figura 18

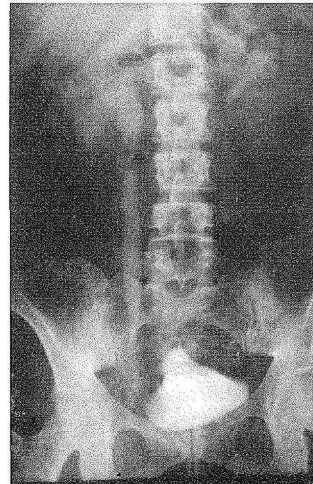


Figura 19

tral. Este último debe ser de grueso calibre para evacuar el moco producido por el asa intestinal. La anastomosis ileovesical la practicaremos en la cúpula vesical en su parte más posterior reseca una pastilla vesical y en dos planos, uno mucomucoso y seroseroso, lateroterminal. Véase figura 2.

Se dejará un drenaje en tubo o laminado desde la anastomosis ureteroileal que saldrá al exterior por la región lumbar; peritonizando en lo posible dicha anastomosis. Cierre de la brecha del meso y de la pared. El catéter ureteral suele dejarse diez o doce días retirándolo antes si se obstruye. La sonda vesical se mantiene doce días.

Tratamiento de la fístula ureterovaginal con la técnica de BOARI-CASATI o reemplazamiento del uréter pelviano con una lámina vesical tubulada: Esta permite reemplazar, bajo la condición de disponer de una buena vejiga, la casi totalidad del uréter pelviano. Esta intervención practicada experimentalmente en 1894 por BOARI y CASATI no fue ejecutada en el hombre hasta 1926 por BAIDIN; pero no se generalizó hasta la década de los 50, tanto en el extranjero como en nuestra patria. *Figura 3.*

La vía de abordaje puede ser extraperitoneal ilíaca que es la que nosotros hemos usado, pudiendo emplearse también la vía transperitoneal hipogástrica, sobre todo si se ha de hacer una plastia bilateral en un tiempo como en el caso descrito por el Dr. VALVERDE en el número 4, tomo XVI, en 1963 de Archivos Españoles de Urología. En la incisión lateroiliaca rechazando el saco peritoneal, el uréter es buscado en el entrecruzamiento con los vasos ilíacos externos y pronto aparecerá el tejido escleroinflamatorio. Seccionaremos el uréter en su parte sana, cateterizándolo con una sonda del mayor calibre que permita su luz. La replección de la vejiga por una sonda ureteral colocada al principio de la intervención, facilita la extraperitonización de su cara lateral. En ésta, tallaremos la lámina vesical lo más larga posible con su extremidad anterior cerca del cuello de la vejiga y un pedículo posterior ancho en la base de la vejiga por detrás del triángulo (zona ricamente vascularizada). Éste será más ancho en su base que en su extremidad libre y lo suficiente para formar un tubo sin tensión. Después de haberse asegurado que la lámina o colgajo llega hasta el extremo del uréter seccionado sin tensión, se procede a la confección del tubo vesical de abajo a arriba sobre la sonda ureteral. La anastomosis del tubo al uréter puede hacerse término-terminal (BOARI-KUSS), por intubación (técnica primitiva de BOARI-CASATI), o creando un trayecto submucoso, siguiendo a GIL-VERNET. Éste sólo puede hacerse en uréteres de paredes finas y pequeño calibre. La sutura debe ser con puntos separados de Cagut de los dos cerros, con finas agujas curvas cargando bastante la capa muscular que se encuentra retraída y evitando la hernia de la mucosa a través de la línea de sutura.

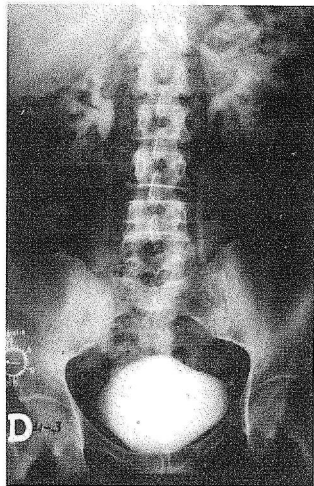


Figura 20

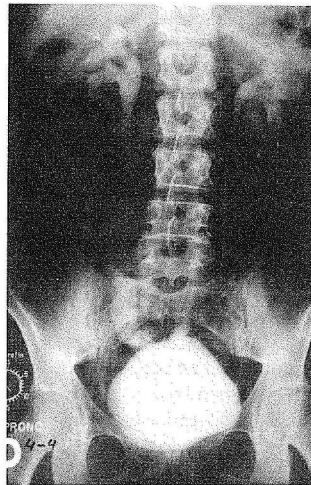


Figura 21

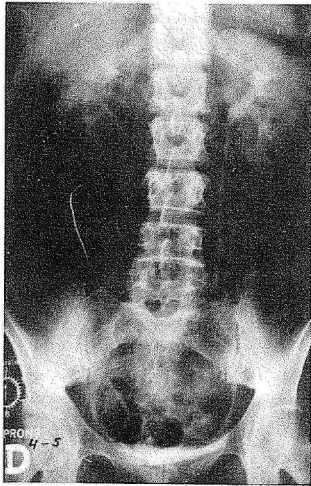


Figura 22

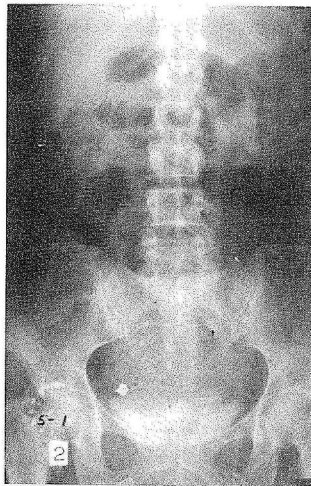


Figura 23

Las complicaciones de esta intervención son las estenosis a nivel de la anastomosis, fístulas, casi siempre excepcionales. El reflujo se observa, a veces, sobre todo si el uréter es de mala calidad. No obstante, en la mayoría de los casos, el reflujo es parcial; y en ausencia de infección no parece nocivo para el riñón.

Otra técnica para la solución de la fístula ureterovaginal, *es la transureteroureterostomía cruzada a nivel del promontorio*.

Tras incisión mediana subumbilical transperitoneal, reconocimiento de los ureteres en su cruzamiento con los vasos ilíacos. Incisión a este nivel del peritoneo. El uréter es liberado lo suficiente de forma que tenga la longitud necesaria para cruzar la línea media. Éste es seccionado en zona sana y el extremo distal es ligado. Entre las dos incisiones peritoneales se crea un túnel o trayecto retroperitoneal con disección roma, por donde se desplazará el uréter seccionado, evitando toda angulación y se saturará sobre el otro uréter, en terminolateral con puntos separados de los tres ceros. Drenaje del espacio retroperitoneal con una contraincisión.

Para la práctica de esta técnica se requiere que el uréter fistulizado que se va a abocar al sano, no esté fibroso ni dilatado. Pues es difícil que prenda la sutura de tejido fibroso sobre el uréter sano. Esto es poco frecuente en las fístulas ureterovaginales, por lo que consideramos que pocas veces puede seguirse esta técnica. El mayor inconveniente es que su fracaso deja comprometida la vía excretora del riñón sano.

Las principales complicaciones de las intervenciones en las fístulas ureterovaginales son: la pielonefritis, la estenosis del estoma ureteral y el reflujo, si bien este último se tolera perfectamente.

El porvenir de estas pacientes depende del padecimiento original que motivó la histerectomía y de que haya o no recidiva tumoral. Otro hecho que influye es la uni o bilateralidad de la fístula. En el primer caso un fracaso supone la pérdida de un riñón; y en las bilaterales, el fracaso, supone nueva intervención o derivación urinaria.

II) PACIENTES, MÉTODOS Y RESULTADOS

CASO NÚM. 1.—E. F. P., de 43 años de edad. Paciente operada en enero de 1975 de histerectomía total por neoplasia de cuello. A los ocho días de la intervención se nos consulta por presentar la enferma un cuadro de pielonefritis con fiebre y oliguria. En la exploración urográfica se apreció una hidronefrosis bilateral. Después del tratamiento médico y cateterismo del lado izquierdo —el derecho no se pudo cateterizar—, hubo una mejoría manifiesta.

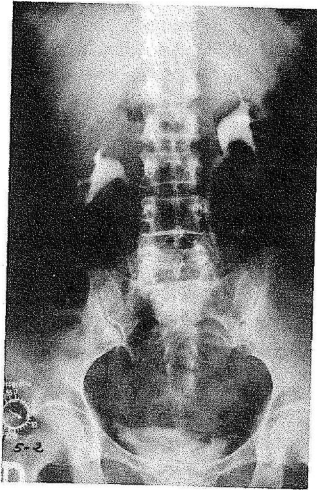


Figura 24

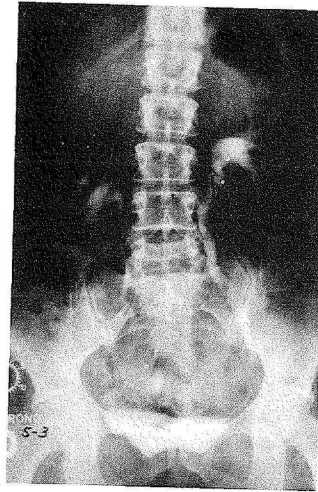


Figura 25

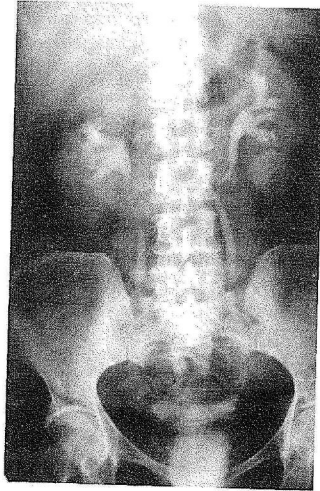


Figura 26

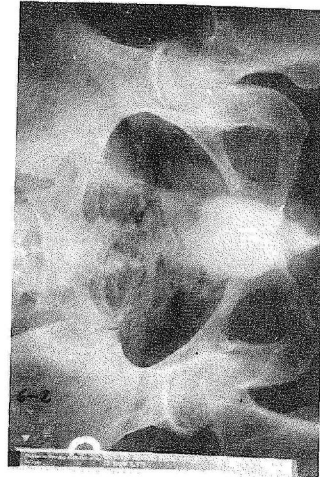


Figura 27

ta, desapareciendo la fiebre y la infección urinaria, apareciendo el derrame urinario vaginal. La urografía posterior mostró normalidad en lado izquierdo, pero aumento de la hidronefrosis del lado derecho. La *figura 4* muestra la imagen descrita. La *figura 5* pone de manifiesto una colección urinosa extravascular, pues había cesado el derrame urinario. Aún rechaza la intervención. Un mes más tarde, *figura 6*, anulación funcional del riñón derecho. Vejiga rechazada hacia la izquierda.

No se decidió hasta un mes más tarde, junio del 75, en que se intervino con la técnica de BOARI-CASATI. Véanse las urografías postoperatorias unos meses después de la intervención y la última al año de la misma. *Figuras 7 y 8*. La orina es normal y el estado general de la paciente muy bueno.

Comentario: A pesar de la demora en la intervención, la recuperación anatómica y funcional del riñón y su vía excretora es total. Resultado quirúrgico: muy bueno.

CASO NÚM. 2.—I. M. L., de 60 años. Operada de histerectomía por metrorragias en mayo de 1974. A los cuatro días de la intervención, refiere, que se mojaba, aunque tenía micciones espontáneas. Por este motivo, consulta en marzo de 1975, o sea, a los diez meses de conllevar su complicación postoperatoria.

En el examen urográfico se aprecia buena función renal del lado izquierdo con morfología normal de su vía excretora. El lado derecho, imágenes en bolas (*Fig. 9*) y marcado éxtasis ureteropélico desde el uréter yustavesical (*Fig. 10*). Hipofunción de dicho riñón. Por cistoscopia, falta de eliminación del índigo por el lado derecho. Por inspección colposcopia se observa en fondo vaginal y hacia la derecha, un pequeño orificio fistuloso, por el que, al exprimir con la valva, sale orina sucia.

Con el diagnóstico de fístulo ureterovaginal derecha es intervenida en marzo de 1975. Plastia de uréter pelviano derecho, según técnica de Boari. Curso postoperatorio, bueno y alta a los 15 días. A los dos meses, control radiológico y analítico. El resultado de los análisis de sangre y orina es normal. La urografía muestra persistencia de la ureterohidronefrosis. (*Figs. 11 y 12*).

Comentario: En este caso el resultado operatorio es bueno en cuanto a la curación de la fístula, pero regular en cuanto a la recuperación anatómica de la vía excretora, si bien hay que tener en cuenta la antigüedad de la lesión, fue operada a los diez meses de padecer la fístula.

CASO NÚM. 3.—C.D.C., de 45 años de edad. Operada de histerectomía por carcinoma de cuello en diciembre de 1959. En enero de 1960 es irradiada.

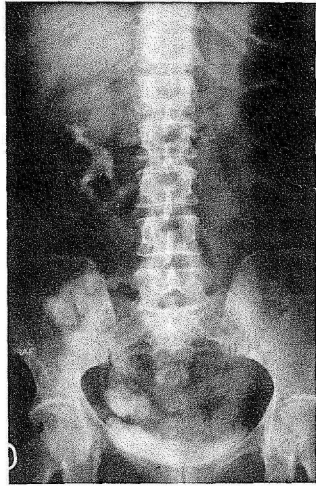


Figura 28

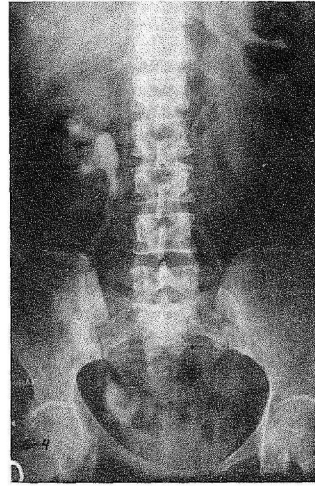


Figura 29

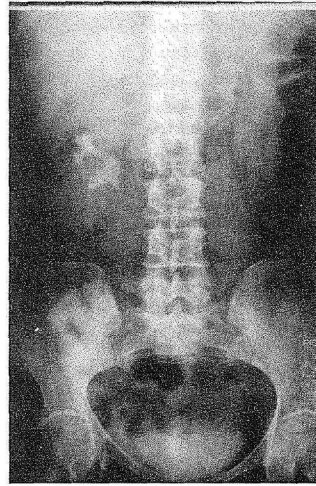


Figura 30

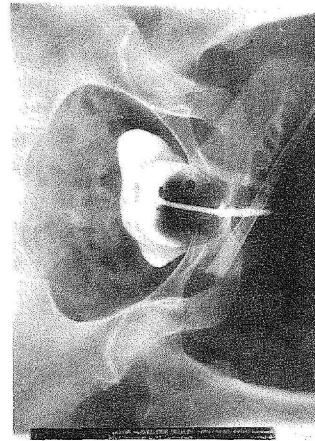


Figura 31

da. Según manifiesta en su historia clínica cuando fue vista por nosotros en agosto de 1961, o sea, a los 20 meses de sufrir la intervención, había sido tratada médicamente de infección urinaria, uremia y derrame urinario por vagina. Probablemente le propondrían intervención quirúrgica, que no aceptó.

Cuando la exploramos, nos encontramos con una paciente desnutrida con infección urinaria y pielonefritis, uremia de un gramo. Derrame urinario vaginal; prácticamente sin micciones. En el examen radiológico se observa anulación funcional del riñón derecho e imágenes en bola de gran hidronefrosis en lado izquierdo, *figuras 13 y 14*. Cistoscopia normal.

Se le planteó la necesidad ineludible de intervención quirúrgica de reconstrucción de las vías excretoras, comenzando por el lado izquierdo, para en un segundo tiempo abordar el lado derecho. Se le practicó plastia de uréter pelviano izquierdo con injerto tubulado vesical (técnica de BOARI) con buen resultado, *figuras 15, 16 y 17*, a los quince años de la intervención. La enferma no consintió ser operada del lado derecho.

Comentario: El resultado de la intervención quirúrgica es muy bueno. El riñón derecho se debe haber atrofiado.

CASO NÚM. 4.—F.J.M., de 42 años. Operada de histerectomía total con Ca. de cuello en septiembre de 1975. Acude a la consulta en abril de 1976, o sea, a los siete meses de sobrellevar la lesión. Sus síntomas son el encontrarse siempre mojada desde el octavo día de la intervención que sufrió, aunque tiene también micciones espontáneas y controladas. En la urografía excretora le apreciamos dilatación y estasis ureteropielocalicial del lado derecho (*Figs. 18 y 19*). Lado izquierdo normal. Cistoscopia, mucosa vesical normal, salvo edema en vértice derecho del triángulo.

Con el diagnóstico de fístula ureterovaginal derecha se le propone intervención, tardando la enferma más de un mes en decidirse.

Se le practicó ureteroileoplastia por vía media infraumbilical. Véase el resultado de la intervención en las *figuras 20, 21 y 22*.

Comentario: Aunque la intervención fue practicada a los ocho meses de sobrellevar la lesión ureteral, el resultado ha sido muy bueno, tanto funcional como anatómicamente.

CASO NÚM. 5.—P.A.P., de 36 años de edad. Histerectomizada en julio de 1973 por neo de cuello. Curso postoperatorio borrascoso, teniendo que estar asistida en la unidad de vigilancia intensiva. A los veinte días se nos consulta, ya que la paciente padece derrame urinario vaginal. Diagnosticada de fístula ureterovaginal izquierda, es tratada médicamente hasta lograr su recuperación, siendo operada el 22 de febrero del 74, técnica de BOARI, con

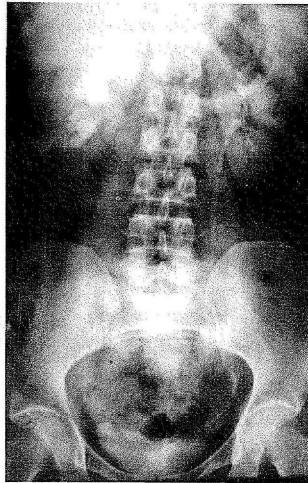


Figura 32

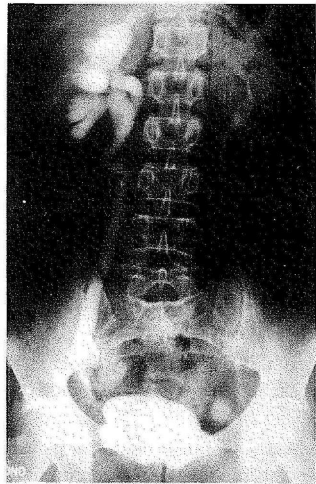


Figura 33

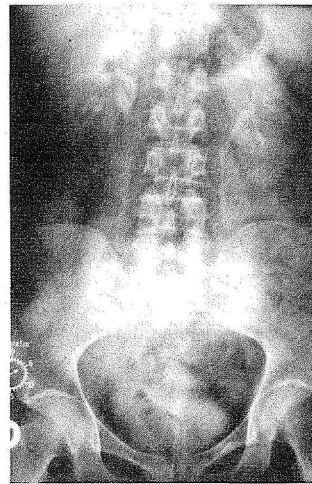


Figura 34

buen resultado (*Fig. 23*). Urografía preoperatoria ureterohidronefrosis I (*Figs. 24 y 25*), en las que se aprecia la normalidad de ambos riñones y sus vías excretoras a los dos años de la operación.

Comentario: Resultado postoperatorio excelente.

CASO NÚM. 6. — J.S.R., de 53 años de edad. Enferma diabética que en junio de 1975 fue enviada al Servicio de Urología por el de Ginecología, ya que habiendo sido histerectomizada por neo de cuello y tras un curso postoperatorio malo, presentó una fístula ureterovaginal bilateral.

Previa preparación, fue intervenida a mediados de junio practicándosele una ureteroileoplastia. Durante el acto operatorio, desgarró del uréter izquierdo con pérdida de sustancia por friabilidad y maceración del mismo, teniendo que ser ligado casi a nivel del polo inferior del riñón. Por tanto, esta paciente sólo conserva la función renal derecha, estando curada de las fístulas. El riñón izquierdo se ha atrofiado. Su estado actual es muy satisfactorio. Resultado analítico normal, y véase en las figuras. Urografía preoperatoria *figura 26*, en la que se aprecian ambos riñones con buena función. El contraste se esparce por vagina. *Figura 27*, vagina llena de contraste. *Figuras 28 y 29*, nefrograma I. Normalidad del lado derecho. Asa intestinal larga con contraste; relleno de vejiga de morfología normal. En la *figura 30*, al año de la intervención, se observa el riñón izquierdo más pequeño atrófico. El lado derecho, normal. El injerto ileal, grande, pero con buena función de sustitución del uréter pelviano.

CASO NÚM. 7. — M.H.M., de 43 años. Histerectomizada en agosto de 1975 por neo uterino y diagnosticada de fístula ureterovaginal derecha, es intervenida en octubre de ese mismo año por técnica de BOARI.

En abril de 1976 viene a nuestro Servicio por manchar esporádicamente orina por vagina. La cistoscopia revela una capacidad vesical de 150 c.c., con cicatriz en techo que se dirige a cuello, resultante de la intervención plástica de BOARI que se le realizó, de buen aspecto. En suelo y por detrás de barra interureteral se ve un pequeño orificio fistuloso que se confirma por cistografía y vaginografía (*Fig. 31*), que comunica con vagina.

Los urogramas (*Figs. 32 y 33*) evidencian una dilatación del árbol ureteropélico derecho hasta la altura en que se hizo el injerto vesical tubulado por discreta estenosis del mismo.

Con el diagnóstico de fístula vesicovaginal y estenosis de uréter pelviano derecho subsiguiente al BOARI que se le realizó, se interviene en octubre de 1976, practicándosele una ureteroileocistoplastia del lado derecho y co-

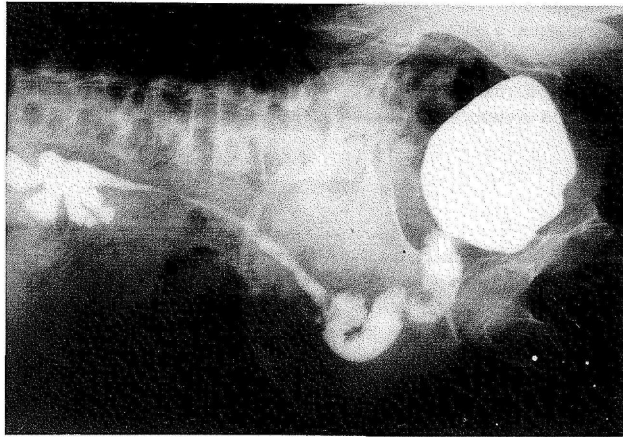


Figura 36

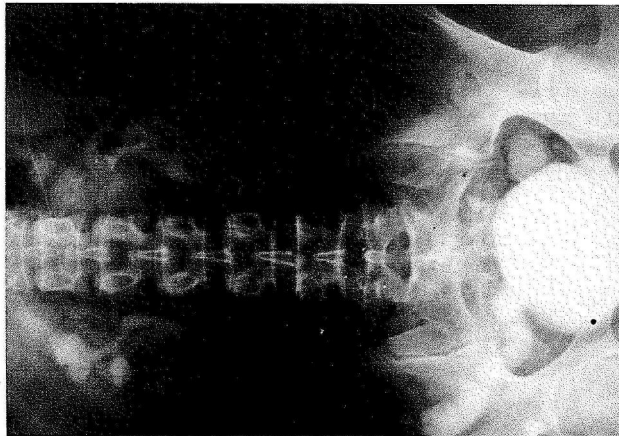


Figura 35

rrección por vía intravesical de la fístula vesicovaginal en dos planos independientes (vaginal y vesical) previa extirpación del trayecto fistuloso.

Las urografías de control realizadas a los dos meses de la intervención (Figs. 34, 35 y 36) manifiestan que el resultado quirúrgico es excelente, ya que la dilatación ureteropélica ha disminuido y el asa ileal se rellena bien y es suficiente.

RESUMEN

La causa más frecuente de las fístulas ureterovaginales es la histerectomía, pudiendo presentarse en forma unilateral, bilateral o asociada a una fístula vesicovaginal, y su tratamiento es siempre quirúrgico, debiendo realizarse el mismo lo más precozmente posible, evitando realizar la nefrectomía o la ureterostomía in situ o la nefrostomía.

En los casos de fístula ureteral unilateral con vejiga de buena capacidad, preferimos la técnica de BOARI-CASATI. En los casos de fístula bilateral o vejiga pequeña, optamos por la ileoureterocistoplastia.

Puede ser una buena técnica la descrita por POPESCO. No creemos sea posible en la mayoría de los casos la neoureterocistostomía.

La transureterostomía cruzada no nos seduce, ya que su fracaso compromete al riñón sano y, a nuestro juicio, requiere además que el uréter que se va a anastomosar al sano no esté ni dilatado ni hipertrofiado, lo cual es difícil en una fístula ureterovaginal como no sea en sus inicios.

Hemos revisado, pues, en este trabajo las diferentes intervenciones plásticas para la corrección de las fístulas ureterovaginales, así como las técnicas, el momento de aplicar cada una de ellas y las complicaciones que pueden surgir tras las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- BOSCON-GIBOD, L., et STEG., A.: «Les fistules uretero-vaginales bilaterales après hystérectomie élargie. A propos de deux cas traités par bipartition vésicale». *J. d'Urol.* Tome LXXVII, 649, 1971.
- CORNELIU POPESTO: «L'abaissement renal avec reimplantation de l'uretère iliaque dans la vessie, dans le traitement de la fistule urétéro-vaginale». *J. d'Urol.* Tome LXVII, 245, 1961.
- CLAS, R., et SALVO, A.: «A propos d'un cas de fistule urétéro-vaginale. Cure». *J. d'Urol.* Tome LXX, 670, 1964.
- CASTAÑEDA PÉREZ: «Fístula uretero-vaginales». *Rev. Mex. Urol.*, Vol. XXVII, 69, 1967.
- CHESA PONCE, N., y PONCE CABALLERO, J.: «Un caso de fístula ureterovaginal bilateral. Curación». *Arch. Esp. Urol.* Tome XI, 59, 1955.
- CHAUVIN, F.: «Fistule uretero-vaginale spontanée seize ans après un traitement radique pour E.O.A. du col utérin». *J. d'Urol.* Tome LXVI, 960, 1960.
- FEKETE, A.; TAMAS, N.; GLIGOR, O., et VIRAGE, G.: «Fistule uretero-vaginale droite et sténose de l'uretère pelvien gauche par traumatisme chirurgical. Plastie de type casati-boari droit et uretero-ileo-néocystostomie gauche en seul temps». *J. d'Urol.* Tome LXXIII, 457, 1967.
- LHEZ, A.: «Les remplacements de l'uretère». *J. d'Urol.* Tome LXXIV, 190, 1968.
- PHOKITIS, P.: «A propos des fistules de l'uretère (une uro-cutanée et cinq urétéro-vaginales)». *J. d'Urol.* Tome LXXI, 413, 1965.
- RICHAUD, C.; BENADY, F.; PONTHEU, A., et DUCASSOU, J.: «Traumatismes méconnues de l'uretère au cours de la chirurgie gynécologique abdominale en dehors du cancer. A propos de 10 observations». *J. d'Urol.* Tome LXXVII, 640, 1971.
- VALVERDE, A.: «Fístula ureterovaginalbilateral. Plastia de Boari bilateral en un sólo tiempo por vía transperitoneal». *Arch. Esp. Urol.* Tomo XVI, 323, 1963.