

8 11246
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
" LA RAZA. I.M.S.S.

**TRATAMIENTO TEMPRANO Y DEFINITIVO DE
LA LESION URETERAL GINECOLOGICA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

**TITULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA UROLOGICA**

P R E S E N T A :

DR. GERMAN GAVIRIA RINCON



IMSS

MEXICO, D.F.

FEBRERO 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GENERALIDADES

El uréter es una estructura retroperitoneal tubular de aproximadamente 30 cms de longitud y puede ser dividido en una porción abdominal y una pélvica aproximadamente iguales. El uréter pélvico comprende la porción parietal, más larga, y la porción intravesical, de menor longitud con una longitud promedio de 15 cms.

La porción parietal sigue una estrecha relación con el peritoneo y cruza la cresta ilíaca inmediatamente por fuera de la bifurcación de las arterias ilíacas primitivas, descendiendo luego hacia atrás y afuera, entre la arteria hipogástrica y el peritoneo, siendo separado por dicha arteria de la musculatura y nervios pélvicos. A medida que el uréter se aproxima a la base de la vejiga, la arteria vesical superior lo cruza; a partir de este nivel asume nuevamente una dirección interna casi a nivel de la espina isquiática para llegar a la vejiga. El uréter tiene tres zonas de estrechamiento fisiológico; la unión uretropielica, la zona de cruce de la arteria ilíaca y la unión ureterovesical donde obtiene su mínimo diámetro.

La irrigación uretral proviene de forma segmentaria, de ramas arteriales renales, hipogástricas, aorta abdominal, vesical y uterina. Las numerosas ramas que se dirigen al uréter desde las arterias hipogástricas, vesical y uterina determinan la presencia de una región sumamente vascularizada. El drenaje venoso es multiforme mediante una rica red anastomótica similar a la arterial. El uréter pélvico tiene su drenaje linfático unido al vesical para drenar a la cadena ganglionar ilíaca interna ganglios presacros y obsturadores. En un corte transversal del uréter se identifican tres capas, fibrosa externa, muscular y mucosa transicional.

El uréter pelviano en la mujer, en su división parietal, entra en la pelvis en estrecha relación con el ligamento suspensorio del ovario que contiene los vasos ováricos, desciende después a lo largo de la superficie peritoneal posterior del ligamento ancho, penetra en el parametrio, se dirige hacia adelante alrededor del cérvix, y con una trayectoria anterointerna alcanza la vejiga. Se encuentra separado lateralmente del cérvix por unos 2 cms y esta 1 cm por arriba del fornix vaginal. La estructura tubular de pequeño calibre, la posición retroperitoneal, las estrechas relaciones con importantes y numerosas estructuras viscerales y vasculares hacen factible la lesión.

La lesión uretral yatrógena ginecológica puede comprometer el ureter directamente en su luz, o como ocurre frecuentemente lo compromete por obstrucción extrínseca al ser tomadas por material de sutura estructuras vecinas. El comportamiento clínico depende del grado de obstrucción y en especial de la lesión directa de las paredes uretrales manifestándose como uropatía obstructiva progresiva o como lesión fistulosa urinaria desde el uréter lesionado a piel o más frecuentemente por la facilidad de drenaje, a vagina.

La oclusión uretral completa determina una dilatación progresiva de la pelvis renal durante las primeras semanas. El peso del riñón aumenta por edema, aun cuando el tejido renal experimenta una atrofia. Pasadas 4 a 8 semanas se detecta una reducción en peso parenquimatoso porque la atrofia tisular es más importante que el edema.

En los primeros días de obstrucción hay aplanamiento de las papilas con una dilatación generalizada del nefrón distal. En el 7 día de obstrucción los túbulos colectores dilatados comienzan a evidenciar cierto grado de atrofia y necrosis. Al 14 día hay dilatación progresiva de los túbulos co-

lectores y distales y atrofia de las células epiteliales tubulares proximales. Al 28 día de obstrucción se puede advertir una disminución del 50% en el espesor medular. Con atrofia y dilatación de los túbulos colectores y distales.

Finalmente a las 8 semanas aproximadamente de la obstrucción sólo persiste una franja de 1 cm de parénquima renal - compuesta principalmente por tejido conectivo.

Existen diversos mecanismos compensadores de la obstrucción. En la hidronefrosis el líquido sale de la pelvis renal mediante extravasación en los espacios perirrenales, flujo retrógrado pielovenoso, y flujo retrógrado pielolinfático. En presencia de presiones reducidas gran parte del líquido - sale por los linfáticos. Cuando las presiones aumentan el - líquido, egresa por el flujo retrógrado pielovenoso y por ex - travasación. En la hidronefrosis crónica la mayor parte de - la orina es vehiculizada por el sistema venoso. La presión de filtración normal es de 15 a 20 mm de Hg, y la presión - piélica oscila entre 6 y 11 mm de Hg con la uropatía obstruc - tiva progresiva se alcanzan presiones ureterales y piélicas que superan la presión de filtración iniciándose el daño pro - gresivo a la unidad renal. Cuando no es reparada esta le - sión se alcanzan cifras tan altas de 80 mm de Hg que sobrepasa en cuatro veces la presión de filtración. El límite tole - rable y los mecanismos de compensación se agotan hasta este nivel máximo de 80 mmHg y se tiene una lesión irreversible - con pérdida de la unidad renal pasadas 6 a 8 semanas de la - lesión ureteral.

Con el propósito de reparar estas lesiones a través de los años se han descrito diversos procedimientos quirúrgicos entre los que se destacan el procedimiento de Politano-leadbetter, el de fijación al Psoas y el de Colgajo vesical de - Boari.

El empleo de un tubo vesical con el fin de saltar defectos ureterales extensos en los perros fue exitosamente utilizado en 1894 por Boari.

Apenas en el año 1947. Okerblad publicó sus estudios de seguimiento durante 10 años con la técnica de colgajo vesical para saltar defectos de 10 a 15 cms adquiriendo desde ello gran popularidad. En esencia el colgajo vesical representa un divertículo vesical creado artificialmente y que no ejerce una actividad funcional como tubo; por tanto la boca del injerto debe ser lo suficientemente amplia como para un drenaje satisfactorio. Es creado un pedículo vesical de pared posterior en forma trapezoide que permite crear un tubo de hasta 12 cms de suplencia al que se va a reimplantar el uréter ya liberado y normal.

El procedimiento de amarre al Psoas fue descrito por Paquin en 1959 con el propósito de reducir la tensión a nivel de la anastomosis ureteral. Este procedimiento fue popularizado por Harrow en los EEUU en 1968 y por Turner-Warwick y Worth en Europa en 1969. La técnica es simple y se basa en el hecho de que la deformación de la vejiga usualmente no interfiere con su función y permite que el cirujano adquiera 3 a 5 cm de longitud adicional permitiendo suturas y reimplante sin tensión, al lograr fijar la vejiga con suturas absorbibles al músculo psoas.

Finalmente el procedimiento de POLITANO-LEADBETTER de reimplantación ureteral fue descrito inicialmente como una operación trasvesical para la corrección del reflujo vesico-ureteral en junio de 1958. Cuando se combinó con una exposición extravescical del uréter sirvió para corregir todas las lesiones concebibles congénitas, adquiridas y yatrógenas del segmento ureteral inferior. El concepto del desprendimiento ureteral de la vejiga, la movilización del ureter distal, y la la creación de un túnel submucoso de aproximadamente 2 a

3 cms permiten el tratamiento de una amplia variedad de lesiones del uréter inferior que no pueden ser tratadas adecuadamente por muchos de los otros métodos de ureteroneocistostomía.

Las complicaciones del reimplante pueden evitarse siguiendo las recomendaciones siguientes:

1. Manejo cuidadoso del uréter evitando denudar su adventicia y lesionar su aporte sanguíneo.

2. Movilización suficiente del uréter, para evitar anastomosis a tensión y permitir que penetre en la vejiga en línea recta sin acodadura en forma de J.

3. Debe hacerse un hiato amplio no obstructor en la pared vesical.

4. Debe crearse un túnel submucoso cuya longitud sea tres veces mayor que el diámetro del uréter, 2 a 3 cms, guardando una proporción de 4 a 1.

5. El extremo distal del uréter a reimplantar debe ser seccionado y reactivado buscando tejido viable.

6. Al finalizar el reimplante debe pasarse un catéter ureteral hacia arriba sin dificultad, que permanecerá ferulizando por 7 a 10 días.

7. No deben haber dudas sobre la posición extraperitoneal del uréter. Unos pocos minutos de exploración extravesical podrá evitar una nueva operación.

8. Se deben utilizar materiales de sutura absorbibles y delgados, igualmente instrumental fino y delicado.

9. El reimplante ureteral es una cirugía RECONSTRUCTIVA, y debe hacerse como tal.

INTRODUCCION

Las lesiones ureterales yatrógenas se informan entre el 0.5 y el 1% de las operaciones pélvicas, de ellas el 75% son de etiología ginecológica.^{1 y 2}

La posición retroperitoneal del uréter, su pequeño diámetro, y en especial sus íntimas relaciones en el hueco pélvico con múltiples estructuras vasculares y viscerales, aunado a dificultades técnicas por grandes masas, hemorragias y -distorsión de la anatomía pélvica, explican el por qué de la frecuencia de estas lesiones. Se ha propuesto como medida preventiva diferentes maniobras tales como realizar urografía excretora y colocación de catéter ureteral preoperatorio, especialmente en pacientes con distorsión de la anatomía pélvica por grandes lesiones que ocupan espacio.

Igualmente se recomienda que todos los pacientes con alteraciones de tipo oncológico tengan una urografía previa a su operación.²

Symonds propone una cuidadosa identificación y disección del ureter, como la medida más importante para evitar la le-sión.⁵

Muchos Urólogos recomiendan el tratamiento inicial de la lesión mediante un reimplante inmediato, pero si el diagnóstico de la lesión es tardío prefieren el tratamiento con nefrostomía derivativa con un reimplante tardío, debido al proceso inflamatorio, la distorsión anatómica y peligro de hemorragia.^{6 y 7}

Se presenta la experiencia en el tratamiento temprano, -

oportuno y definitivo de 17 casos de lesión ureteral yatrógena ginecológica, atendidos con éxito tan pronto se hizo su diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se decidió un trabajo prospectivo con el objetivo de valorar los resultados de un cambio en la conducta terapéutica tradicional en el manejo de la lesión ureteral ginecológica. Se cambió la tradicional derivación con nefrostomía y reimplante tardío a 2 o 3 meses, a un reimplante temprano y definitivo, tan pronto se realizó el diagnóstico y sin procedimientos derivativos, disminuyéndose en costos hospitalarios, procedimientos quirúrgicos, y tiempo para el paciente en la solución de su problema.

Se tomó como grupo control la literatura que describe los resultados con un manejo diferido y tardío.

Se trataron 17 casos de lesión ureteral yatrógena ginecológica en los que se hizo el diagnóstico temprano y se trataron en forma definitiva con las técnicas de reimplante ureteral que incluyeron POLITANO LEADBETTER, BOARI OKERBLAD, y FIJACION AL PSOAS, en un período de 2 años comprendido entre julio 1988 a julio 1990.

Fueron analizados por grupo de edad, operación ginecológica primaria, localización de la lesión, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, tiempo transcurrido desde la lesión hasta su reimplante definitivo, y con criterios de BUENO O MALO a seis meses como mínimo de seguimiento, son valorados su éxito o fracaso.

Como criterios para buen resultado se tomó; estar asintomático, urografía excretora y uretrocistograma normales o con reflujo vesicoureteral mínimo con urocultivos negativos, y una sola cirugía definitiva.

Como Malo se catalogó, estar sintomático, Urografía excretora con ectasia y repercusión, reflujo vsicoureteral grado III o IV con urocultivo positivo en el uretrocistograma, deterioro progresivo o pérdida de la unidad renal, más de -- una cirugía para corregir la lesión.

Todos los pacientes se controlaron trimestralmente mediante urografía excretora, uretrocistograma, urocultivo, química sanguínea y examen general de orina, y valorados a un mínimo de 6 meses de seguimiento con promedio de 1 año.

La edad osciló entre 26 y 55 años, con promedio de 29 años.

El 75% de las pacientes se encontraban en la tercera y cuarta décadas productivas de la vida. (FIGURA 1)

Como etiología quirúrgica de la lesión predominó la Histerectomía abdominal simple (TABLA 1), destacándose que en uno de estos procedimientos se realizó simultáneamente una cistouretropexia tipo Marschall-Markety sin conocerse cual de las dos operaciones produjo la lesión. En la distribución por patología 10 casos fueron por miomatosis uterina, cáncer cervicouterino 3, placenta ícreta 2, utero bifido 1, atonía y hemorragia severa 1.

El uréter derecho se vió afectado en 6 casos, uréter izquierdo 8, y en forma bilateral 3. El 75% de las lesiones se localizaban a menos de 5 cms del meato ureteral, con importante tejido de reaceción inflamatoria y abundancia de material de suturas en su mayoría no absorbibles que comprometían en su luz al uréter. Esta localización facilitó las técnicas de reimplantación submucosa. (FIG. 2), 4 lesiones se localizaban entre 5 y 10 cms del meato ureteral con fibrosis moderada que obligó a realizar técnicas de colgajo vesical y fijación al Psoas.

En las manifestaciones clínicas (TABLA 2), la fistula ureterovaginal y los síntomas de lumbalgia y fiebre ocupan la mayor frecuencia. La fistula ureterovaginal más temprana se manifestó a los 3 días y la más tardía a los 20 días de ocurrida la lesión, con promedio de 10 días coincidiendo con la presentación reportada en la literatura.^{2,6}

La urografía excretora fue el método diagnóstico más empleado, que se obvió sólo en 2 pacientes con elevación de azoñados. Se destaca la ureteropieloectasia moderada como la más frecuente imagen. En sólo la mitad de fistulas ureterovaginales la urografía fue concluyente para su localización, siendo la pielografía ascendente efectiva en todos los casos para demostrarla con exactitud. (TABLA 3)

El ultrasonido renal fue empleado poco, más que diagnóstico se buscó conocer la morfología renal bilateral. La cistoscopia, vaginoscopia, y azul de metileno intravesical fueron utilizados para descartar fistula vesicovaginal asociada.

La TABLA 4, muestra el tratamiento de la obstrucción o de la fistula y el tiempo transcurrido desde la lesión hasta el reimplante. De los 17 casos 4 fueron reimplantados inmediatamente en el transoperatorio con técnica de Politano-Leadbetter por lesiones a menos de 5 cms del meato uretral. Las 13 restantes fueron reimplantadas tan pronto se hizo su diagnóstico en un período entre 2 y 21 días.

El reimplante más tardío fue al 21 día de ocurrida la lesión. Una fistula ureterovaginal que se reimplantó con técnica de fijación al Psoas con total éxito:

La obstrucción ureteral completa más tardíamente reimplantada fue al 12 día de ocurrida la lesión. Mediante técnica de Politano Leadbetter con total éxito.

RESULTADOS. (TABLAS 5 Y 6)

De los 17 casos, a un promedio de un año de seguimiento, 15 evolucionaron clínica y radiológicamente de manera satisfactoria y se catalogaron como BUENOS. Con vigilancia trimestral fueron asintomáticos, con Urografía y ureterocistograma normales y urocultivo negativo. Sólo 2 casos se manifestaron desde su primer control con la presencia de reflujo vesicoureteral -- grado II, asintomáticos, con urocultivo negativo, y cuyos controles no ponen de manifiesto aumento en el reflujo o positividad al urocultivo. Los 2 casos correspondieron a una técnica de reimplantación de Politano-Leadbetter realizada al 5 día de ocurrida la lesión, y una de Boari-Okerblad al 7 día por una fistula ureterovaginal.

Estos pacientes no requieren nueva intervención y se -- conservan bajo vigilancia. Su resultado es considerado como -- Bueno.

Sólo se presentaron complicaciones menores en 4 casos -- por dolor y fiebre postoperatoria en 2 e íleo adinámico en los restantes.

No se presentó ninguna complicación mayor.

DISCUSION

En la actualidad la lesión quirúrgica está reemplazando al trauma obstétrico como la causa más común de lesión ureteral yatrógena. Entre 55 y 75% de las lesiones ureterales - operatorias ocurren durante operaciones ginecológicas más -- que en procedimientos de cirugía general o urología.¹

La lesión ureteral yatrógena puede complicar a 10 a 30% de todas las histerectomías radicales, a 3.7% de las resecciones abdominoperineales y a 0.1% de las cesáreas.²

El gran número de estructuras vasculares y viscerales - en íntima relación con el ureter pélvico lo predispone a la lesión.

El punto de entrada pélvico de los vasos ováricos, el cruce del ureter con la arteria uterina, y el punto a 2 cms del cérvix cuando el ureter se dispone a penetrar la vejiga son los tres sitios donde más frecuentemente se produce la lesión.

Con excepción de la fuga urinaria, los signos y síntomas de la lesión ureteral en el período postoperatorio son - inespecíficos con predominio del dolor, la fiebre, o las molestias gastrointestinales; hecho que retarda el diagnóstico.

La presencia de fiebre inexplicable, molestias en el - flanco, distensión abdominal y leucocitosis, aislados o en combinación, harán sospechar la lesión y deben hacer que se solicite la urografía.

Larson y col.⁴ en 233 casos asintomáticos valorados con

urografía excretora sistemática postoperatoria, sólo encontré 6 pacientes con lesión ureteral no identificada en la operación, y señala que el empleo de este procedimiento de manera sistemática para buscar lesión ureteral posterior a operaciones radicales, carece de utilidad y debe ser abandonado.

La tendencia general del tratamiento es el reimplante inmediato al reconocerse la lesión, y si el diagnóstico es tardío por lo general después de una semana o más, el tratamiento debe consistir en nefrostomía derivativa con reimplantación tardía, como medida para mejorar las condiciones generales quirúrgicas, reducir el proceso inflamatorio y las dificultades técnicas por la distorsión anatómica y el peligro de hemorragia.^{6, 7, 8}

Recientemente con el advenimiento del ultrasonido y es posible la manipulación percutánea para la derivación con nefrostomía. Peersky y col.⁹ reportan la utilidad de este procedimiento en seis pacientes con lesión ureteral ginecológica, con mejoría del dolor y la infección, y demostración del sitio de la lesión por estudio retrógrado, que permitiera preparar al paciente para un reimplante tardío. Sin embargo Dowlin y col. en 1986 informan que de 23 pacientes con lesión ureteral de diversas etiologías yatrógenas, 11 fueron manejados con nefrostomía percutánea de los cuales 6 presentaron cuadros pielonefriticos agudos que requirieron hospitalización y 1 requirió nefrectomía por hipertensión inducida por pielonefritis recurrente.²

Hoch y col. en 1975 informan 26 casos de lesión ureteral yatrógena de diversas causas en un periodo de cinco años 11 casos durante histerectomía abdominal, y que en 5 pacientes se reconoció y reparó inmediatamente, con buenos resultados en 3 fracasó y por necesidad de reintervención en 2.

De los restantes 19 casos se repararon 15 durante las primeras tres y media semanas, y 4 con más de un mes de haber ocurrido la lesión, el más tardío de los 15 casos se realizó a los 28 días obteniéndose 10 resultados buenos y tres malos, uno de ellos con pérdida de la unidad renal.

En este informe se trataron 17 pacientes, 4 con reimplante inmediato en el período transoperatorio, y 13 en los primeros 21 días después de ocurrida la lesión, sin procedimientos derivativos; 13 mediante técnica de reimplante de Politano-Leadbetter, 2 con la de Boari-Okerblad y 2 con la de Fijación al Psoas con buen resultado a un mínimo de seis meses de seguimiento, y con promedio de un año, del 100% de ellos y sólo 2 casos con reflujo vesicoureteral grado II con urocultivo negativo y asintomáticos y que conservan bajo vigilancia.

Se recomienda una valoración urográfica previa cuidadosa en los pacientes oncológicos o con grandes lesiones que ocupan espacio en la pelvis y que deforman la anatomía ureteral, reconocimiento temprano del uréter en su trayecto pélvico y hemostasia cuidadosa.

En cuanto a los reimplantes, manipulación delicada del uréter sin desvascularizarlo, anastomosis libres de tensión o angulación y túnel submucoso adecuado.

Con base en este informe cabe pensar que son obvias las ventajas de la acción rápida y el tratamiento definitivo al tenerse el diagnóstico, sin procedimientos derivativos, y utilizando las técnicas de reimplante descritas. Se sugieren de esta manera para disminuir el número de procedimientos quirúrgicos, la estancia hospitalaria y el efecto psicológico por procedimientos diferidos a meses, en pacientes ya en sí lesionados física y emocionalmente.

BIBLIOGRAFIA

1. William J. Mann, Michael Arato, Col.: Ureteral Injuries in an obstetric and Gynecology Training Program: Etiology and management; obstetrics gynecology vol. 72 No. 1 julio 1988.
2. Dowling RA, Corrieve JN: Iatrogenic: Ureteral injury. J. Urol 135: 912, 1986.
3. Piscatelli JT, Simel DL, Addison WA: Who should have intravenous Pielograms Before hysterectomy for benign disease? Obstet. Gynecol 69: 541, 1987.
4. Lasson DM, Malone JM. Copeland: Ureteral Assessment After Radical hysterectomy. Obst. gynecol 66: 612, 1987.
5. Synmons RE: Ureteral injuries associated with gynecological surgery: Prevention and management. Clin obst gynecol: 19 623, 1976.
6. Herрман G. Guerrier K. and Porsky L: delayed ureteral deligation J. Urol, 107: 723, 1972.
7. St. Martin, EC. Trichel B y col.: Ureteral injuries in gynecology surgery J. Urol. 70:51, 1953.
8. Feiner D: Operative injuries of the ureter Surg y ginecol, obst. 66: 790, 1938.
9. Persky L, N. Hampel N. and Kedia: Percutaneous nephrostomy and ureteral injury J. Urol. Vol. 125; 298, 1981.
10. W. Hoch, E. Kuch, and L. Presky Early, aggressive management of intraoperative ureteral injuries. J. Urol. vol. 114: 530, 1975.
11. Spender H. And Bonet T.: Surgical injuries to the ureter JAMA, 176: 1070, 1961.

12. Brawn W.C.: Bladder fistulas and ureteral injuries
J. Urol. 96: 706, 1966.
13. LIVERTINO JA, AND ZINMAN L. Cirugia Urológica recons-
tructiva. Williams Willkins company, 1982.
14. CAMPBELLS UROLOGY. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
1986.
15. GLENN J.F. Cirugia Urológica. Lippincott company. Fila-
delfia, 1986.

FIGURA NUMERO 1.

LESION URETERAL YATROGENA GINECOLOGICA
EDAD

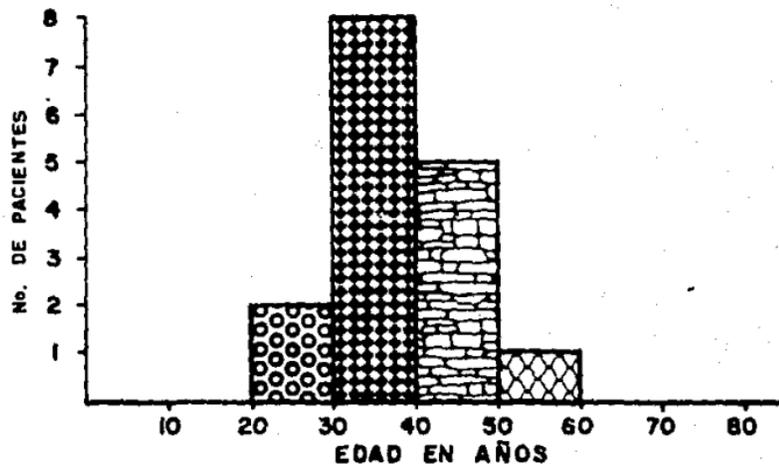
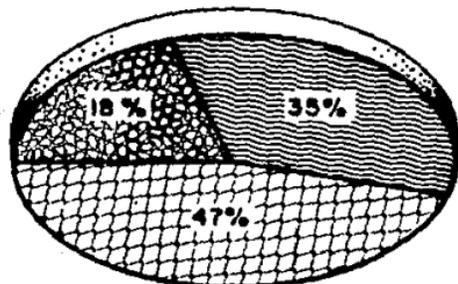


FIGURA NUMERO 2.

LESION URETERAL YATROGENA GINECOLOGICA

LOCALIZACION



-  URETER DER. 6
-  URETER IZQ. 8
-  BILATERAL 3

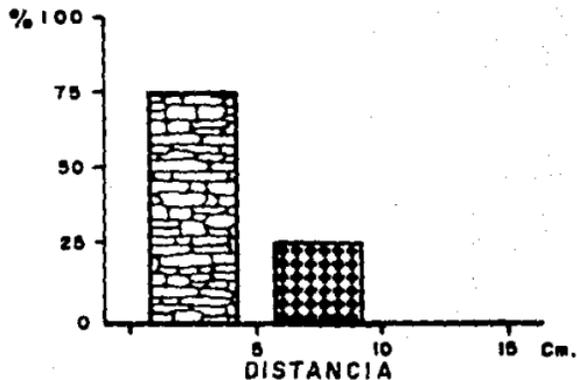


TABLA N. 1

**ETIOLOGIA QUIRURGICA DE LA LESION
URETERAL GINECOLOGICA**

			CASOS
HISTERECTOMIA	ABDOMINAL	SIMPLE	12
HISTERECTOMIA	ABDOMINAL	MAS SALPINGO	
OOFORECTOMIA	BILATERAL		3
HISTERECTOMIA	RADICAL	WERTHEIM	2
T O T A L			17

TABLA N. 2

**MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA LESION
URETERAL GINECOLOGICA**

• FISTULA URETEROVAGINAL	50 %
• LUMBALGIA	30 %
• FIEBRE	20 %
• OLIGURIA	20 %
• NAUSEAS - VOMITO	16 %
• DISTENSION ABDOMINAL	12 %
• ESCALOFRIO	4 %
• FISTULA URETEROCUTANEA	6 %

TABLA N. 3

**METODOS DIAGNOSTICOS EN LA LESION
URETERAL GINECOLOGICA**

• UROGRAFIA EXCRETORA	90 %
• PIELOGRAFIA ASCENDENTE	80 %
• CISTOSCOPIA	60 %
• ULTRASONIDO RENAL	40 %
• VAGINOSCOPIA	25 %
• AZUL DE METILENO VESICAL	25 %
• LABORATORIO DE RUTINA	100 %

TABLA N. 4

**TIEMPO DE LA LESION GINECOLOGICA
AL REIMPLANTE DEFINITIVO**

	OBSTRUCCION	FISTULA	TOTAL
• INMEDIATO	-	-	4
• 2 DIAS	1	1	2
• 3 - 7 DIAS	4	3	7
• 8 - 14 DIAS	2	1	3
• 15 - 21 DIAS	-	1	1
TOTAL			17

TABLA N. 5

**TECNICAS DE REIMPLANTE
EN LESION URETERAL GINECOLOGICA**

• POLITANO - LEADBETTER	13
• FIJACION AL PSOAS	2
• BOARI - OKERBLAD	2
T O T A L	17

TABLA N. 6

**RESULTADOS DE LOS REIMPLANTES CON
TRATAMIENTO INMEDIATO Y TEMPRANO**

	BUENO	RVU II	MALO	TOTAL
POLITANO-LEADBETTER	12	1	0	13
FIJACION AL PSOAS	2	0	0	2
BOARI - OKERBLAD	1	1	0	2
T O T A L	15	2	0	17