

## LA ARTERIA ILIACA EXTERNA EN LA UROLOGIA. CONSIDERACIONES CLINICAS\*

DR. EDUARDO CASTRO

**P**RESENTO a la consideración de esta Academia varios casos en los que hubo agresión iatrogénica a la arteria ilíaca externa al practicarse intervenciones urológicas, casi todas reoperaciones sobre el uréter, de consecuencias, la mayoría, fatales para la vida.

El primer caso me fue referido por el Dr. Gustavo Baz. Enferma a la que se le hizo histerectomía total muy difícil por proceso infeccioso. A los 9 días de la intervención empezó a tener hemorragias tremendas pero intermitentes por vejiga y uretra, que la llevaban a estado de shock del que se le sacaba con transfusiones de sangre. En el intervalo de uno de estos episodios pude hacer examen urológico incluyendo radiografía de uréter con bulbo de Braasch con lo que se demostró la existencia de fístula ureteroarterial. Intenté llegar a la zona fistulosa pero las adherencias de la infección previa me impidieron todo intento, por lo que me limité a hacer nefrectomía izquierda con la esperanza de disminuir la distensión de la fístula por la orina que llegaba con mayor precisión de la ordinaria por haber hidronefrosis obstructiva; pero a los 3 días de esta operación hubo nueva y última hemorragia.

El segundo caso fue visto con el Dr. Alvarez Bravo. Enferma con fístula uretero-vaginal post-histerectomía total (carcinoma cervical). En un intento de liberar el uréter para reimplantarlo se lesionó longitudinalmente la ilíaca externa. Con toda habilidad Alvarez Bravo interrumpió la corriente sanguínea en forma temporal; hizo sutura de la arteria, bloqueo lumbar continuo, y se logró salvar el miembro inferior izquierdo de la paciente. El uréter fue anastomosado al asa ilíaca y el riñón se salvó.

Alvarez Bravo me comunica haber tenido otro caso similar, carcinoma del ovario izquierdo, fijó, infiltrado, que engloba al uréter; al tratar de liberar a

---

\* Trabajo de Sección (Urología), leído por su autor en la sesión ordinaria del 6 de noviembre de 1963.

este órgano también hay lesión que se trata en la misma forma que la anterior y con el mismo buen resultado.

El cuarto caso fue visto en el Hospital Juárez, adonde llega un joven con herida por arma de fuego que compromete órganos abdominales; en un intento de liberar al uréter izquierdo se hiere la iliaca externa. A pesar de la habilidad de los cirujanos que intervienen en este caso (R. Tamayo y R. Martínez Z.) se presentó gangrena del miembro inferior y el paciente murió 12 días después de la operación.

El quinto caso es el de un prostático diabético, con hemorragia secundaria del lóculo prostático y pericistitis. A los 26 días de la adenomectomía se presentó gangrena de la arteria iliaca externa con dolor muy intenso, shock, y hematoma de muy rápido crecimiento. No fue posible controlar la hemorragia interna (la orina vesical salió clara), y se pudo comprobar que hubo necrosis de la pared arterial a la autopsia.

El Dr. Reyes Tamayo Ochoa me cuenta de un niño de año y medio de edad que vio con el Dr. Isidoro Gómez y Gómez. Sarcoma del riñón tan grande que al extirparlo sobran las arterias por su longitud; inadvertidamente fue lesionada una de las ilíacas pero por su gran tamaño pudo suturarse y se salvó el miembro como se comprobó durante los 2 meses de sobrevida del niño.

El Dr. Emilio Carbia me refiere una equivocación en la cual se inyecta mostaza nitrogenada en la iliaca externa en vez de la interna. Amputación.

El Dr. Manuel Pesqueira supo de un caso del Dr. Manuel Lezama. Se trata de un paciente con división anormal de la iliaca primitiva que llevó al error de ligar la externa. Se dieron cuenta del accidente y se salvó el miembro.

El noveno caso me es referido por el Dr. Delfino Gallo, quien opera en Guadalajara a una enferma de 35 años con cáncer cervical refractario al tratamiento por radiaciones. El sangrado persistente de la ulceración cervical lo obligó a intervenir a pesar de haber infiltración en los parametrios; histerectomía medianamente ampliada con salpingooforectomía bilateral. Por haber hidrofrenosis bilateral, y como la operación se desarrolló en forma relativamente fácil, hizo al mismo tiempo ureterocistoneoanastomosis.

Los días subsiguientes la enferma presentó signos de flebotrombosis bilateral; se usaron anticoagulantes, vasodilatadores, y bloqueo prolongado con catéter permanente en el canal raquídeo. Persistiendo el edema y habiendo ya enfriamiento del pie derecho, se hizo tromboaspiración en ambas venas femorales, con introducción del aspirador por las venas ilíacas hasta obtener salida libre de sangre. Se pensaba así disminuir la compresión de la arteria y mejorar la circulación del miembro inferior; pero la trombosis se extendió por toda la arteria, y a pesar de arteriostomía y trombotomía se presentó gangrena que rápidamente avanzó y la enferma falleció.

Ernesto Hasbach me señala 1 caso de lesión no iatrogénica del uréter; y el

Dr. Zuckermann también me cuenta de 2 enfermos, uno de ellos con herida por arma de fuego y otro un torero, con muerte del primero.

Al leer la Anatomía Topográfica de Tillaux me quedé sorprendido de la sencillez con la que propone se ligue la arteria ilíaca externa y no la femoral en los casos en los que según lo indicaba la cirugía de esos tiempos hubiera que llegar a esa medida, especialmente los aneurismas. Es que en los casos crónicos todo el flujo sanguíneo pasa por vasos colaterales, como serán en ocasiones las arterias intercostales que se anastomosan con la circunfleja ilíaca, rama a su vez de la ilíaca externa. También hay posibilidad de irrigación a través de las lumbares y las circunflejas profundas; y por último la epigástrica superior, rama de la mamaria interna, con la epigástrica que procede de la ilíaca.

La herida operatoria de la ilíaca externa no tuvo consecuencias en los 2 casos de Alvarez Bravo. Se puede pues sacar la consecuencia que con seguridad, equipo y conocimientos, las heridas longitudinales de la arteria ilíaca externa pueden sanar. Requieren tratamiento postoperatorio adecuado muy especializado. Pero desgraciadamente en la mayoría de las situaciones el problema es más difícil, y en la mejor de las circunstancias habrá pérdida del miembro inferior por gangrena, o morirá el paciente.

Propongo, para terminar, que en todo caso de reintervención sobre uréter se tenga equipo de sutura arterial listo, pues la posibilidad de herir la arteria no es remota. Para la elaboración de este trabajo me dirigí a varios cirujanos y aunque la mayoría me dice no haber visto esta complicación, el número de casos que he encontrado me parece importante.