

COMENTARIOS SOBRE CUATRO CISTECTOMIAS TOTALES

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

(de Río IV, Córdoba)

El tratamiento quirúrgico de los cánceres vesicales es actualmente el método más positivo para la lucha contra tal enfermedad y tener posibilidades de curación; procediendo a extirpar el tumor totalmente, mediante la cistectomía parcial para los cánceres localizados o recurriendo a la cistectomía total cuando son muy extendidos, infiltrados, etc. En todos los casos, debemos recurrir a los inestimables recursos que representan la radioterapia, el radium, la electrocoagulación, cuyas indicaciones precisas y oportunas harán más efectivo nuestro tratamiento.

Nos vamos a referir a cuatro casos operados de cistectomía total, por cáncer de vejiga, sin otra intención que agregar esta modesta contribución a la tan abundante bibliografía nacional y extranjera.

Es esta una operación que requiere la derivación de la orina llevándola hacia el exterior, mediante la ostomía cutánea, desde los uréteres, pelvis renal y riñón (nefrostomía) o en caso contrario, abocando los uréteres al intestino grueso, que suplanta a la vejiga en su doble función de reservorio y expulsión de la orina al través del recto y ano. Como veremos más adelante debimos usar las derivaciones hacia piel, ciego y sigmoide, según las necesidades de cada enfermo. Empleamos la técnica de Coffey N^o 1 para la sutura ureterosigmoidea, submucosa y extraperitoneal, y la técnica descrita por el Prof. Trabucco (Rev. Arg. de Urología, 1946) para la anastomosis ureterocecal.

Hemos llegado a realizar esta operación tan mutilante y traumática después de balancear los beneficios y riesgos que obtendría el enfermo una vez ejecutada, sabiendo que era el único recurso para evitarle sufrimientos y tentar su curación.

Siendo menester tener el enfermo bien estudiado iniciamos su examen clínico que debe preceder a todo estudio urológico; nosotros consultamos los servicios del especialista, aunque en rigor de verdad el examen clínico de los neos vesicales responde a la observación que requiere todo enfermo a operarse, desde que es sabido que los cánceres de vejiga son de evolución lenta y muy tarde recién manifiestan síntomas de orden general, cuando lógicamente el tratamiento curativo ya poco tiene que hacer. Atendemos especialmente el estado

cardiohepático, medio sanguíneo, anemia, proteinemia, reserva alcalina, urea, etcétera, que son los sistemas más vulnerados por las hematurias repetidas.

El examen semiológico del árbol urinario debe ser completo y obtener un criterio definido del mismo. Prestamos especial atención al débito renal, a la función condicionada del sistema, a los antecedentes hereditarios, personales y actividades profesionales que pueden relacionarlo con noxas cancerígenas.

El examen cistoscópico es de importancia fundamental. Es menester curar la cistitis, que engaña con las imágenes, dando falsa idea del tumor, por el edema, fibrina, congestión, etc. Observamos la forma si es o no pediculado, sesil o infiltrativo, único, múltiple, ulcerado, infiltrado o no.

La mucosa vesical enferma es índice de malignidad del tumor cuyos productos tóxicos, son responsables de una irritación crónica.

El tacto recto abdominal con el abdomen bien flácido nos ha revelado en los cuatro enfermos la existencia de infiltración y dureza del tumor, haciéndonos pensar sobre su posible constitución maligna.

La urografía de excreción fué objetiva en dos enfermos (fichas 26.504 y 38.090) en que nos aclaró la dilatación ureteral e hidronefrosis derecha. La buena función renal izquierda y los cistogramas con las imágenes lacunares infiltrativas del tumor vesical.

En los casos restantes fué de gran valor para saber de la función renal. La cistografía por relleno con yoduro de sodio es un examen de rutina y complementario del anterior, que observado en diversas posiciones nos confirmó la ubicación y tamaño del tumor.

La biopsia fué obtenida en dos casos (fichas 32.271 y 26.504) por la cistostomía previa.

En otro enfermo (9442) obtuvimos el trozo de tumor mediante la electrocoagulación endoscópica, resecaando una porción que se extrajo con el lavaje vesical.

Como aconsejan muchos autores, entre ellos el Prof. Pesqueira (Congreso de Urología en Chile, 1950), consideramos que la cistostomía es más segura, pues se observa bien el tumor y se saca el análisis del mejor lugar del mismo teniendo la impresión clínica objetiva con los caracteres de la neoplasia. Es de gran importancia el conocimiento anatómico funcional del cólon, haciendo el estudio radiológico previo y tener en el tiempo de la anastomosis extraperitoneal, la idea de sus forma, si hay o no ectasia, espasmo, anomalías de posición, etc., elementos de valor para ir tranquilos a su búsqueda que facilitará la técnica y resultado.

Planteadas la intervención quirúrgica, desinfectamos el intestino con efthiazol; facilitando la evacuación con enemas al librarlo de materias sólidas y gases. Indicamos una dieta blanda y atóxica, complementando el preoperatorio con antibióticos, transfusiones, etc. Empleamos la anestesia general. Eter oxígeno a circuito cerrado. Inducción con pentotal sódico.

Observación N° 1. — Reg. 9.442. Hosp. Regional "17 de Octubre". Servicio: Vías urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy.

Enfermo, R. A., 60 años, argentino. Reducción (Córdoba). Diciembre 2 de 1947.

Antecedentes hereditarios. — Padres fallecidos. hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Padece de reumatismo. T. A. Mx. 15; Mn. 9.

Enfermedad actual. — Desde un tiempo tiene disuria de esfuerzo y hematuria termi-

nal. Ha tenido retención completa que al sondarlo era francamente hematúrica con coágulos. Ha continuado con trastornos vesicales dolorosos, aumentando la hematuria, por lo cual viene al hospital.

Análisis. — Orina. 24 de noviembre de 1947. Albúmina, 075 por mil. Dens. 1022 Alc. Addler positiva. Hematíes. Piuria. Cristafosfatos, amónicos mag.

Sangre. — Urea, 0.40 por mil. Eritrosedimentación I. K. 2550. Glóbulos rojos, 4.100.000. Vejiga Cap. vesical conservada. Medio sangrante. No se puede efectuar la cistoscopia. *Tacto rectoabdominal.* Próstata agrandada. Se palpa un tumor de regular tamaño, poco móvil. *Pielografía de excreción.* Buena eliminación renal. Cistograma. Laguna vesical.

30 de diciembre: Cistostomía. Ciruj.: Dr. Derdoy. Ayud.: Dr. Diante. Anestesia local. Comprobamos una tumoración del tamaño de una mandarina sobre la zona trigonal y base vesical superficie mamelonada, base fija.

Se extrae un trozo para biopsia que informa tratarse de un epiteliooma.

Durante el post-operatorio la vejiga ha tenido muchas hematurias con coágulos.

1º de marzo de 1947: Cirujano: Dr. Derdoy. Ayudantes: Dres. M. Hermida Sanz y Diante.

Anestesia general. Se hace la uréteroanastomosis a ciego extraperitoneal, siguiendo la técnica explicada por el Prof. Trabucco R. A. de U., 1946. Fué bien tolerada y dado de alta a los quince días. *Pielografía de excreción* (Nº 1).

7 de abril: Cirujano: Dr. Derdoy. Ayudantes: Dres. Diante y Alija.

Anestesia general. Efectuamos la uréterosigmoideoanastomosis izquierda extraperitoneal. Dejamos drenaje y se cierra la pared por planos. Evoluciona bastante bien, presenta intensa sigmoiditis, que se acompaña de dolores al riñón izquierdo. En los días sucesivos, mejoran estos síntomas, baja la fiebre, sacando el drenaje al quinto día. El enfermo se levanta a los trece días. Se recupera su físico tonificándolo y con fecha 12 de mayo, es decir a los 31 días de la intervención anterior, realizamos la Cistectomía total.

Cirujano: Dr. Derdoy. Ayudantes: Dres. Diante y Torres Vélez.

Anestesia general. Transfusión, 500 gramos. Se reseca la cicatriz suprapúbica, y luego procedemos a diseccionar y extirpar la vejiga, dejando un drenaje suprapúbico. Evoluciona sin dificultades, mejorando paulatinamente, siendo dado de alta curado a los 36 días de la operación. Periódicamente lo hemos visto, y últimamente sacamos nuevas pielografías. El enfermo se encuentra muy bien, tiene apetito, ocupándose de quehaceres variados, que se ven disminuidos por el reumatismo que padece.

COMENTARIO

Este enfermo fué operado en 4 tiempos, pero resulta un procedimiento muy engorroso y cansador para el enfermo. Lleva tres años de intervenido, tiene un perfecto control de sus funciones intestinal y urinaria.

Observación Nº 2. — Registro 32.271. Hosp. Regional "17 de Octubre", Río Cuarto. 2 de agosto de 1949.

Enfermo V. G., 62 años, paraguayo. Consulta por dolores a la micción polaquiuria diurna y nocturna, hematuria intensa casi continua. La polaquiuria es muy frecuente especialmente de noche, que llega a treinta veces.

Entre sus antecedentes personales manifiesta haber padecido de hepatitis, reumatismo, y la primera hematuria data de cinco años atrás. *Examen general:* Sujeto obeso. Pulmones con rales bronquiales, presión arterial, Mx. 17; Mn. 10. Hígado, se palpa a dos traveses de dedo bajo el reborde costal. *Análisis:* Orina, albúmina, glucosa. Rastros. Dens. 1.020. Sed. Franca hematuria. Sangre: Urea 040 por mil. *Pielografía* (Nº 1).

Cistoscopia. — Imposible realizarla por falta de capacidad vesical.

Tacto rectoabdominal. — La palpación bimanual con el dedo introducido en el recto y palpando el abdomen con la mano derecha, nos revela la presencia de un tumor vesical duro, del tamaño de una mandarina que ocupa el bajo fondo de la vejiga. Comprobado el tumor preparamos el enfermo para efectuarle una cistostomía.

30 de septiembre de 1949. Con anestesia local se abre la vejiga, observamos un tumor infiltrante del cual extraemos un trozo para biopsia. Informe anatomopatológico. *Carcinoma pavimentoso infiltrante.* (Instituto "Telémaco Susini") Facultad de Ciencias Médicas.

Veinte días después efectuamos la uréteroanastomosis al ciego, la cual evoluciona y cicatriza normalmente, sin ningún contratiempo. El enfermo se levanta después de algunos días de reposo, preparándolo para la tercera intervención que realizamos el 8 de noviembre de 1949. Se efectúa la anastomosis uréterosigmoidea por vía extraperitoneal y luego reseca la fístula

suprapúbica seccionamos parcialmente los músculos rectos, para ampliar el campo quirúrgico. La vejiga se disecciona con facilidad en las caras anterior y laterales, no así en la posterior, que hay bastante hemorragia. Se extirpa el órgano dejando un drenaje suprapúbico.

Se repiten las transfusiones, suero, antibióticos tónicos cardíacos, etc., mejorando parcialmente el enfermo. Después de unos días la diuresis es escasa, el íleo paralítico es manifiesto, hay síntomas tóxicoinfecciosos, la adinamia cardíaca no cede a los cardiotónicos, instalándose un cuadro de uremia, falleciendo el enfermo a los quince días de operado.

COMENTARIO

Este enfermo se presentó a la consulta bastante intoxicado. Hubo que prepararlo previamente soportando discretamente la operación. Lo característico de él fué que hubo una buena anastomosis intestinal a pesar del íleo paralítico.

Observación N° 3. — Ficha 26.504. Clínica Regional del Sud. J. A., 57 años de edad. Casado. Argentino. Río Cuarto. Agricultor.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sano en la infancia. Hace 25 años tuvo un traumatismo por caída de un caballo. Mueve regularmente el vientre. Fumador. Poco bebedor.

En septiembre de 1948 nos consulta por presentar hematurias a tipo terminal caprichosas y no dolorosas. Se hace el estudio radiológico y cistográfico, diagnosticando un tumor de vejiga implantado sobre la región ureteral derecha. Se hace también pielografía de excreción. Le indicamos la intervención quirúrgica, pero el enfermo no acepta, desapareciendo de nuestra consulta.

Dos años después en el mes de julio de 1950, vuelve por la misma enfermedad.

La hematuria es intensa, casi permanente, hay dolores a la micción, polaquiuria especialmente nocturna, cólicos renales derechos intermitentes, lumbalgia, disuria de esfuerzo. El examen clínico general revela un discreto estado orgánico. Análisis: 10 de julio de 1950. Leucocitos 14.000. Glucemia 2 por mil. Rojos 4.600.000. Urea 040. Orina glucosa 7 por mil. Electrocardiograma: *Normal*. Tensión arterial: Mx. 17; Mn. 10.

Vejiga: Sensible a la distensión. Se comprueba a la cistoscopia un tumor del tamaño de una naranja sobre la zona ureteral derecha, mucosa peritumoral infiltrada.

Biopsia: Carcinoma con epitelio de transición, obtenida por electrocoagulación endoscópica en las partes infiltrantes del tumor. (Prof. Luis V. Ferraris. Córdoba).

La palpación rectoabdominal comprueba un tumor con poca movilidad y doloroso, que asienta en la base derecha de vejiga. *Pielografía*. Laguna vesical, uroectasia reno-ureteral derecha (N° 1). *Cistografía de relleno* (N° 2).

Operación: 18 de julio de 1950. Cirujano: Dr. J. Derdoy.

Pentotal ciclo éter. 5 horas. Transfusión, 800 gramos. Suero, 1.000 gramos.

Incisión mediana infraumbilical, seccionando parcialmente los músculos rectos para ampliar el campo quirúrgico. Llegado a la prevejiga la diseccionamos por sus caras laterales y anterior. Abrimos el peritoneo localizando el sigmoide. Seccionamos el peritoneo parietal a nivel de la línea denominada descubriendo el uréter que aislándolo lo seccionamos a su llegada a la vejiga. Así liberado lo anastomosamos al sigmoide, extraperitonizando después la zona suturada.

El uréter derecho está muy dilatado, por lo cual creímos contraindicado unirlo al intestino; llevándolo a la piel de la región iliaca, por vía extraperitoneal.

Evolución post-operatoria. Colorectitis durante los cuatro primeros días.

Se levanta a los ocho días, a los veintiocho es dado de alta.

Periódicamente lo controlamos, el enfermo ha tolerado bien la intervención, pero el drenaje lumbar le resulta doloroso y molesto. Tiene cólicos renales, piuria, fiebre.

Con fecha 14 de setiembre de 1950, tratamos de hacer la anastomosis ureteral derecha al ciego. La ureteritis y adherencia hizo imposible esta tentativa. Después concurrió al consultorio por un tiempo, continuando con las molestias renales, le propusimos la nefrectomía abandonando hasta el momento nuestro tratamiento.

COMENTARIO

Este enfermo dejó pasar dos años sin operarse. Practicamos la cistectomía en un tiempo, en perfecta tolerancia. El uréter abocado a piel funciona con dificultad y existe infección renal y dilatación pélvica.

Hemos planteado la nefrectomía derecha.

Observación N° 4. — Historia 38.090. Servicio: Urinario. Hospital Regional "17 de Octubre". C. M. 44 años de edad. Soltero. Agricultor. Abril 7 de 1950. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Siempre sano. No ha tenido relaciones sexuales. Poco bebedor, no fuma, regular en su función intestinal.

Enfermedad actual. — Desde un año y medio aproximadamente que presenta hematurias intermitentes, espontáneas, indoloras. En los últimos meses se han hecho más persistentes, dolorosas, con polaquiuria y emisión de coágulos en la orina.

Vejiga: A la palpación bimanual se comprueba una tumuración poco móvil que duele y sangra a la presión.

Cistoscopia: Poca capacidad vesical y el medio es difícil de aclarar; se observa un tumor mamelonado, implantado sobre la zona del uréter derecho, con mucosa infiltrada. Base sesil. El orificio ureteral izquierdo, es sano.

Análisis: Orina. Hematúrica. Sangre: Urea 044 gramos por mil. Glucemia, 1 por mil. Eritrosedimentación. Índice de Katz 26.

Biopsia: *Epitelioma papilífero* de segundo grado, obtenido después de la cistectomía total (Instituto Telémaco Susini).

Examen clínico: Revela un enfermo en buenas condiciones para soportar la intervención quirúrgica.

Radiografía de excreción: Muestra dilatación del uréter y pelvis renal derecha con uroectasia secundaria a una obstrucción del uréter inferior (Radiografía N° 1). Riñón izquierdo con buena función, aumentado de tamaño por hipertrofia compensadora. El cistograma de excreción nos enseña la alteración de la pared vesical (Radiografía N° 2). Con fecha 26/VII/1950 preparamos al enfermo para operarlo en un tiempo de cistectomía total. *Anestesia general; éter oxígeno, circuito cerrado.* Inducción con pentotal sódico. Transf. 600 cm.³. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudantes: Dres. Martínez, Paganini, Srta. Hechem. Incisión mediana infraumbilical, sección parcial de los rectos. Se aísla previamente la vejiga de sus caras laterales y posterior; efectuamos una cistostomía provisoria para observar el tumor y cerramos la brecha. Incindimos el peritoneo parietal entrando al abdomen, individualizamos el sigmoide destinando el lugar del injerto. Se abre el peritoneo parietal posterior individualizando el uréter izquierdo, al cual lo aislamos y se lo secciona a su llegada a la vejiga. Luego se hace la anastomosis a sigmoide extraperitonizando la región suturada. Se cierra el peritoneo. Sobre el uréter derecho abrimos comprobando que el mismo está muy dilatado (casi 2 cm.) y lleno de orina por retención. Considerando que no está en condiciones para anastomosarlo lo trasladamos a piel de región ilíaca. Se cierra el peritoneo, procediendo a extirpar la vejiga.

Se deja un drenaje suprapúbico, cerrando la pared por planos.

Evolución: Se repiten las transfusiones, Suero, etc. Existe discreta rectosigmoiditis los primeros días, que luego se regulariza. Hay ileos paralítico. A los 8 días la uremia es de 0,45 por mil. G. R. 3.800.000. I. de Katz 25.

Es dado de alta a los 24 días de efectuada la cistectomía total.

La sonda del drenaje renal derecho funciona bien. Vemos periódicamente al enfermo, cuyo estado general se mantiene bueno. Al mes de operado comienza a tener molestias en la región renal derecha, dolores tipo cólico renal, piuria, fiebre intermitente de tipo urinoso que nos obliga de hacer tratamientos antibióticos y lavajes de pelvis renal. Efectuamos de control la siguiente radiografía ascendente: números 3 y 4, demostrando la pionefrosis por acodadura del uréter.

Análisis de orina del riñón derecho. Abundante piuria, 1008 de densidad. Albúmina, 1 por mil. Ante este estado de insuficiencia renal y dolores consecutivos preparamos al enfermo para la nefrectomía derecha.

14 de marzo de 1951. Cirujano: Dr. Derdoy. Ayudantes: Dres. Martínez, Aspiazú. Instrumentadora: Srta. Hechem.

Anestesia raquídea. Transfusión, 300 cm.³. Incisión de Guyón. Abriendo la fascia renal comprobamos una intensa perinefritis que engloba y fija el riñón. Con cierta dificultad se lo aísla extirpando la glándula, dejando in situ una porción del uréter, por estar muy adherido a los planos subyacentes. Durante las maniobras se hace un ojal en la pleura, produciéndose un neumotórax. El post-operatorio resulta un tanto aparatoso por este motivo, persiste la puntada de costado, ansiedad respiratoria, taquicardia, etc. Se hace una radiografía de pulmones, demostrando la presencia de un pequeño derrame pleural.

Después de un tratamiento oportuno el paciente mejora paulatinamente de su estado pulmonar.

Obtenemos una nueva pielografía dándole de alta con buen estado general.

Uremia: 050 por mil. 27 de mayo de 1951.

Se reintegra a algunas tareas de poca actividad en el campo. Con fecha 6 de julio de 1951 vemos nuevamente al enfermo. Ha aumentado nueve kilos y tiene 0,35 de Urea en sangre.

COMENTARIO

Este enfermo fué operado en un tiempo de cistectomía y derivación ureteral intestinal y cutánea, habiendo soportado las mismas sin inconvenientes.

Posteriormente por insuficiencia del riñón derecho e intolerancia de la sonda ureteral, efectuamos la nefrectomía que toleró bien y curó de su herida operatoria en 15 días.

Su estada en el Hospital por más tiempo, 2 meses y 13 días fué debido al contratiempo pleural operatorio.

CONCLUSION

1º) El resultado de la anastomosis urétero intestinal cicatrizaron sin inconvenientes en todos los casos.

2º) La derivación cutánea nos fracasó en los dos enfermos por infección renal y acodadura del uréter.

3º) La operación en un tiempo resultó tolerable en los dos enfermos operados.

4º) De los cuatro enfermos, uno falleció de causas no directamente inculpadas a la operación.

El caso N° 1 lleva tres años de vida regular y sin sufrimientos.

La observación N° 4 sufrió la nefrectomía secundaria con perfecta tolerancia.
