

DERIVACION URETEROINTESTINAL POR FISTULA URETERO-VESICOVAGINAL INOPERABLE (1 caso) Y CARCINOMA DE CUELLO DE MATRIZ CON INVASION VAGINAL (1 caso)

Por los Dres. MARIO VICCHI y ROBERTO SUAREZ MORALES

(Relator Dr. JUAN IRAZU)

La derivación uréterointestinal ha cobrado actualidad con la indicación indiscutible de la cistectomía total en ciertos cánceres infiltrantes de vejiga. Esta intervención tan temida hace algunos años, por las graves complicaciones infecciosas que determinaban la muerte de gran porcentaje de pacientes, no reviste en la actualidad tan severo pronóstico, gracias a la aparición de productos sulfamídicos y antibióticos, medicamentos que reducen a un mínimo los accidentes infecciosos.

El primer trasplante ureteral fué realizado en 1878 por Thomas Smith, se realiza la operación en dos tiempos con once meses de diferencia, entre uno y otro. El enfermo falleció pocas horas después de la intervención por anuria. Después de este intento cayó en descrédito este procedimiento operatorio por los numerosos fracasos debidos principalmente a la infección ascendente. Con el objeto de mantener el control esfinteriano del uréter Maydl en Alemania intenta el trasplante de todo el trigono. Pero sin duda alguna la difusión de ese procedimiento se debe a Coffey, quien en 1911 publica su técnica N° I y posteriormente las modifica con los procedimientos llamados Coffey N° II y Coffey N° III, pero aun con estos perfeccionamientos técnicos esta operación era de excepción por la elevada mortalidad que producía.

Técnicas: No vamos a entrar a discutir los beneficios o inconvenientes de las distintas técnicas, únicamente las citaremos para detenernos con un poco más de detalle en la descrita por Warton, que es la técnica que nosotros preferimos.

Casi todas las técnicas empleadas parten de los principios dados por Coffey en sus tres técnicas. Las más conocidas son las siguientes: la de Miggins, Coffey N° I, N° II y N° III. Jewet, Hutchins extraperitoneal, de Wolff transvaginal descrita por él, y la de Cordonier, muy usada en estos últimos tiempos.

Nos referiremos en especial a la técnica descrita por Warton por ser la técnica que usamos habitualmente. Los fundamentos de este procedimiento son los siguientes: realiza un túnel ureteral a cielo abierto de 3 o 4 cm. sobre la bandeleta del asa sigmoidea por ser la parte más resistente del intestino y

por lo tanto ofrece mayores garantías. Coloca sondas ureterales con un doble objeto que no se derrame orina en peritoneo y evitar la comprensión del uréter al realizar el doble plano de sutura que lo cubre. Luego se abre el intestino con electrobisturí y se introduce el uréter por el mismo, realizando un arponaje del mismo con hilo con el objeto de mantenerlo en su posición. Todos los procedimientos que tunelizan el uréter tienen la ventaja de ser más seguros en la protección peritoneal y además teóricamente el pasaje de materias fecales sólidas y gases comprimiría el uréter cerrándolo durante el pasaje de las mismas, lo cual contribuiría a evitar la infección ascendente. Nuestra experiencia con esta técnica si bien no es muy numerosa ya que la hemos realizado en unos treinta casos, nos confirma ampliamente ya que no hemos observado, fracasos de la plástica, ni fistula estercoráceas ni peritonitis. Hemos realizado la necropsia en casi todos los enfermos fallecidos por insuficiencia renal, metastasis en cánceres de vejiga, matriz o recto en los cuales se ha practicado la derivación uréterointestinal y nunca hasta el presente hemos encontrado como causa del deceso una falla en la plástica realizada con esta técnica. En la cátedra de Ginecología que dirige el Profesor Berrios hemos tenido oportunidad de realizar trasplante ureterales por diversos motivos en 5 casos con excelente resultado inmediato; nos proponemos reunir en un trabajo de conjunto los resultados alejados sumando la experiencia adquirida en el Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires y en la citada cátedra.

Complicaciones: Es indudable que algunos enfermos toleran mal la anastomosis uréterointestinal, ya que la dinámica ureteral sufre y se produce un estasis en las vías excretoras con la consiguiente pielonefritis ascendente. Sin embargo este accidente infeccioso se reduce considerablemente con el empleo de derivados sulfamídicos y antibióticos. Las otras dos complicaciones temibles son la peritonitis y fístulas estercoráceas. Creemos que con una buena plástica son remotas las posibilidades de la aparición de estos dos accidentes. En nuestra experiencia no hemos tenido oportunidad de observar estas complicaciones. Acodamientos ureterales que produce una exclusión del riñón se deben a una deficiencia técnica por no haber fijado el intestino y colocado el uréter en posición correcta. Uno de los problemas más desagradables para el enfermo es la rectitis rebelde por mal tolerancia de la mucosa rectal. Afortunadamente la inmensa mayoría de los enfermos toleran muy bien la orina y evacúan intestino cada 3 o 4 horas sin molestias subjetivas, como en las dos enfermas que presentamos. Cuando este inconveniente se presenta puede ser aliviado con pequeñas enemas de bicarbonato a retener que neutralizan la acidez de las orinas.

Indicaciones: Numerosas son las indicaciones de esta operación. Podemos decir que es indicada siempre que exista un compromiso funcional irreversible de la vejiga, que no encuentre solución con otra terapéutica o cuando debe hacerse la exeresis de este órgano. Citaremos sin mayores comentarios las principales enfermedades o anomalías que pueden beneficiarse con esta terapéutica: extrofia vesical, cistitis tuberculosa irreversible, cáncer de vejiga, invasión vesical por cánceres de vecindad, matriz o recto, grandes fístulas vesico-uretroaginales inoperables, incontinencias totales irreversibles, secciones altas del uréter que impiden una reimplantación en vejiga, etc. Indudablemente que la principal

indicación es cuando hay invasión vesical por cáncer y debe hacerse la cistectomía total de operación tipo Brumsbuik.

Contraindicaciones: Cuando existe una alteración de la dinámica ureteral con dilatación considerable uréteropielocalicial no es prudente realizar el trasplante a intestino porque sin duda estos enfermos están condenados a una infección ascendente sumamente grave. En estos casos preferimos hacer la derivación cutánea de los uréteres por ofrecer mayores garantías para el enfermo.

La urografía excretora es el método irremplazable para determinar el estado de la dinámica urétero piélica y en consecuencia fijar la conducta terapéutica adecuada. No nos referiremos a la interpretación clínica de este método por haberlo hecho en detalle en nuestro trabajo "La urografía excretora en el cáncer de vejiga".

Evolución: Muchas son las contingencias que pueden presentarse en el trasplante uréterointestinal, ya nos hemos referido a la obstrucción ureteral y a la infección ascendente como accidentes desagradables. En general el mal pronóstico de esta intervención se debe a que se la practica en la inmensa mayoría de los casos en enfermos con cánceres avanzados. Cuando se ha empleado la derivación ureteral en casos no neoplásicos, el pronóstico es mucho mejor, citándose numerosos casos de muchos años de evolución sin inconvenientes. Hinmann observó una niña de 5 años a quien se le practicó la derivación ureteral y a los 17 cursaba estudios universitarios sin inconveniente. Nosotros hemos seguido enfermos desde algunos meses hasta varios años. Los casos más favorables que hemos visto son los que citamos a continuación: al primero de ellos le efectuamos el trasplante por padecer una cistitis y pericistitis rebelde que le obligaba a efectuar micciones cada 5' con fenómenos disúricos intensos. No habiendo tenido éxito los variados tratamientos efectuados durante más de dos años. Este enfermo lo operamos en 1945 y hemos recibido informes que hasta el momento actual no presenta ningún inconveniente, trabajando de carrero en el campo. El segundo J. L. Ficha 137402, enfermo a quien le practicamos una cistectomía total por cáncer en 1946 y en 1948 hemos podido constatar una perfecta integridad de las vías excretoras.

Preoperatorio: Estudio clínico y humoral del enfermo. Siete días antes de la operación administramos sulfosuxidina, medicamento que tiene una doble acción, antiséptica intestinal principalmente y secundariamente urinaria. Hacemos practicar diariamente enemas evacuantes durante 4 días. Gimnasia respiratoria. Administramos desde 72 horas antes de operar 400.000 U. de penicilina y 1 gs. de dihidroestreptomocina.

Operación: Realizamos la intervención quirúrgica con transfusión durante la misma, para evitar el shock ya que las caídas tensionales por debajo de 10 de mx, comprometen la función renal futura. Si la operación es de larga duración preferimos la anestesia raquídea continua con Novocaína Corbacil Bayer al 5 %.

Post-operatorio: Terminada la intervención debe colocarse inmediatamente sonda rectal y sonda intestinal tipo M. Abbot, para evitar la distensión intestinal que puede acarrear graves inconvenientes. Debe prohibirse la ingestión de líquidos durante las primeras 48 horas, y administrar durante este lapso de tiempo 3 litros de suero diarios, debe continuarse con penicilina y estrepto-

micina durante 5 o 6 días después de la operación. Cuando el enfermo comienza a ingerir debe agregarse sulfosuxidina para completar la acción antimicrobiana.

En esta oportunidad comentamos dos casos tratados en la cátedra de ginecología del Profesor Barrios. El primero es una enferma con una gran fístula uretro-vesicovaginal inoperable, y el segundo es un carcinoma de cuello de matriz con invasión vesical.

HISTORIA CLÍNICA. CASO N° 1. — F. F. de L. Ficha N° 2934. Cama 5. Fecha de ingreso: 16-8-51.

Antecedentes: En 1950 después de un parto muy laborioso se aplica baciotripsia, produciéndose a los 10 días una fístula vesico-uretro-vaginal y recto-vaginal. Se realizan curaciones y se da de alta a la enferma. Reingresa 31-1-51. Diagnóstico: fístula uretrovesicovaginal con gran destrucción de tejidos. La fístula rectal cerró espontáneamente. El 29-3-51 se efectúa una operación plástica de reparación, dejando cistostomía vaginal. Pocos días después, a consecuencia de una obstrucción de la sonda se produce gran distensión vesical con destrucción de la reparación efectuada, dando salida a orina por vagina. Se da de alta y reingresa al Servicio el 24-7-51, presentando una paresia del miembro inferior izquierdo debido al traumatismo nervioso durante el parto prolongado. Diagnóstico ginecológico: fístula uretro-vesicovaginal, con destrucción del cuello vesical irreparable.

Estudio urológico: Incontinencia total de orina por destrucción de toda la uretra y cuello de vejiga.

Cistoscopia: El líquido introducido en vejiga refluye a través del cuello vesical observándose una deformación en el mismo y mucosa vesical congestiva. Zona de aspecto blanquecina que corresponde a la cicatriz dejada por la talla vaginal.

Urografía excretora: El medio de contraste se elimina bien por ambos riñones a los 5'. La eliminación es rápida e impide observar en detalle la arquitectura pielocalicial. No se observa alteración de significación patológica en las vías excretoras.

Cistograma: No se obtiene relleno vesical por la incontinencia total de orina.

Operación: 13-9-51. Cirujano: Mario F. Vicchi. Ayudantes: Drs. Ponce de León y Sillerico. Anestesia General. Eter Dr. Pando. Instrumentadora: Sra. de Vicchi. Se emplea la técnica de Warton efectuándose el abocamiento ureteral bilateral.

Post-operatorio: A las 6 horas comienza la eliminación de orina por recto. No hay incidencias post-operatorias destacables. La enferma ha evolucionado en forma apirética hasta el día de la fecha. Buena continencia rectal, evacuando intentino cada 2 horas y $\frac{1}{2}$ cuando la enferma está levantada. No hay fenómenos subjetivos que incomoden a la enferma. Urografía excretora de control: 2-10-51. A los 15' se observa eliminación del medio de contraste por ambos riñones haciendo una considerable dilatación de ambos uréteres. Se indica control periódico.

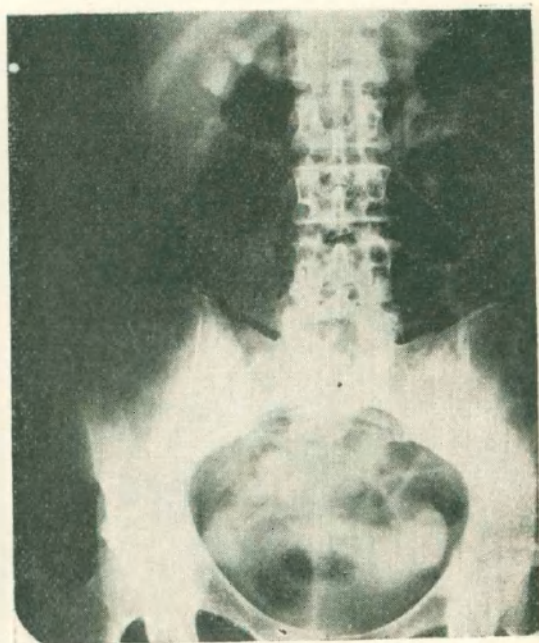
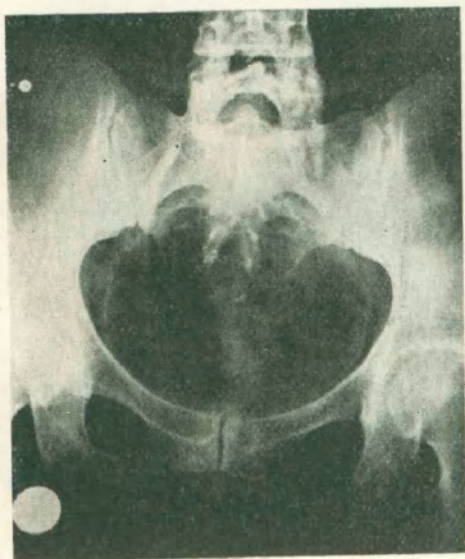
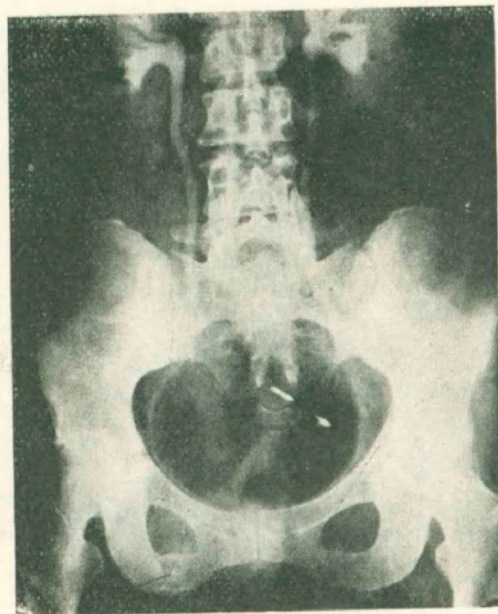
HISTORIA CLÍNICA. CASO N° 2. — R. M. de O. Fecha 3297. Cama 19. Edad 40 años. Fecha de ingreso: 30-5-51.

No hay antecedentes de significación patológica. Enfermedad actual. Hace 4 meses metrorragias y dolor en abdomen inferior. Ha efectuado tratamiento clínico exclusivamente. Examen ginecológico: vulva: eliminación de sangre, discreto recto y cistocele. Tacto: vagina amplia. Cuello de matriz duro, irregular, anfractuoso poco móvil y doloroso. Matriz: aumento de tamaño, dura, poco móvil dolorosa a la palpación. Anexos: con ligera infiltración. Diagnóstico: Cáncer de matriz 5° grado.

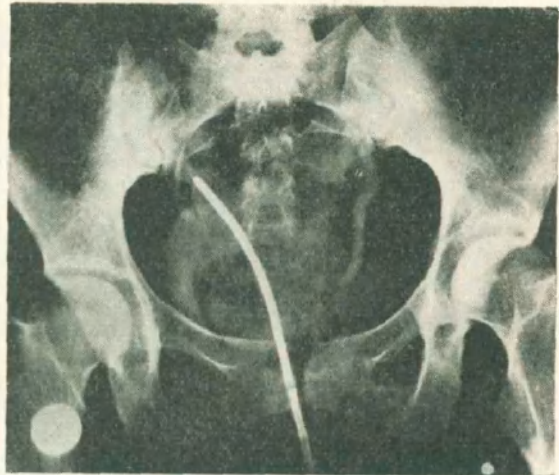
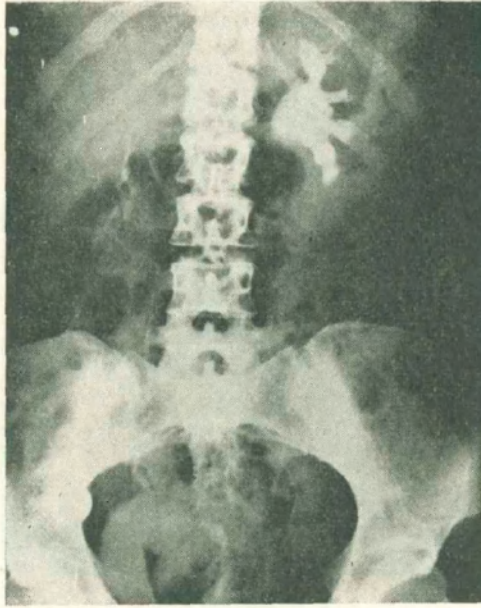
Intervención quirúrgica: junio de 1951. Cirujano: Dr. R. Suárez Morales. Ayudantes: Drs. W. y A. Peredo. Anestesia General.

Se comprueba durante el acto quirúrgico infiltración vesical, lo cual obliga a efectuar con juntamente la excéresis de la matriz y vagina previo trasplante ureteral al ansa sigmoidea con la técnica descrita de Schinagel.

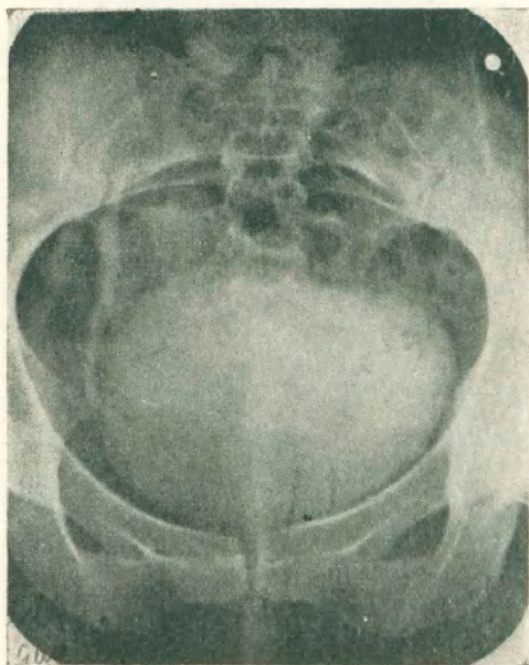
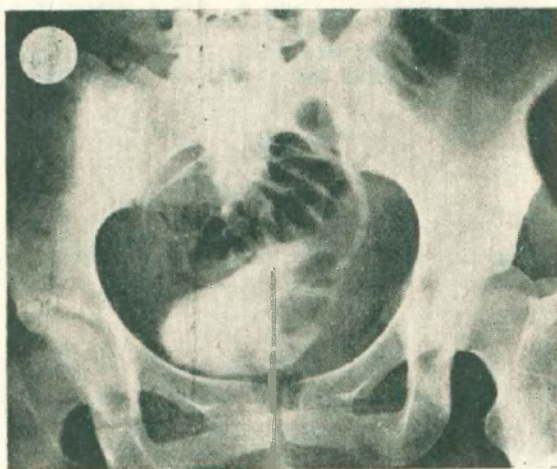
Post-operatorio: Sin mayores incidencias, salvo episodios febriles periódicos de poca duración interpretado como fenómenos de infección ascendente. 20-7-51. Urografía excretora de control: Eliminación del medio de contraste a los 15'. Se observa discreta uronefrosis bilateral. A la media hora se observa abundante medio de contraste en el intestino. Alta de la enferma.



CASO I. — 1. La urografía excretora muestra discreta dilatación del uréter derecho.
2. Sección del uréter y trayecto fistuloso a vagina y el medio de contraste a este órgano. 3. Resultado de la anastomosis urétero intestinal.



CASO II. — 1. Uronefrosis del lado del uréter seccionado. 2. Catéter ureteral colocado durante el acto quirúrgico. 3. En esta radiografía se observa el desnivel ureteral por sección de uréter izquierdo.



CASO II. — 4. La radiografía muestra la terminación del uréter anastomosado. 5. Radiografía que muestra el uréter transplantado (seis meses después de la operación. Uréter izquierdo). 6. Urografía de control (6 meses después de operada la enferma), muestra discreta uronefrosis izquierda.

en muy buenas condiciones el 14-8-51. La enferma ha sido controlada los últimos días de septiembre no presentando inconvenientes subjetivos, manteniéndose el buen estado general.

Nos hemos propuesto comentar estos dos casos, no para formular juicios sobre resultados terapéuticos, ya que el tiempo transcurrido es muy breve. Deseamos solamente llamar la atención sobre la buena tolerancia de esta intervención siempre que se adopten los cuidados rigurosos pre y post-operatorios que nos brinda la medicina moderna. La primera enferma ha obtenido un beneficio subjetivo evidente que la permite una existencia casi normal. En cuanto al segundo caso pone en evidencia cuantos servicios se pueden prestar en cancerología aun en casos avanzados con compromiso de varios órganos pelvianos. Estas enfermas abandonadas a su propia evolución tienen considerables sufrimientos. El mérito de la actualización de estos vaciamientos pelvianos que tanto valor paliativo tienen corresponden indudablemente a Alexander Brunschwig.