

## EXTROFIA VESICAL. TRATAMIENTO POR ANASTOMOSIS URETERO-INTESTINAL

Por el Dr. EDUARDO DE LASA

Dentro de las enfermedades cuyo tratamiento debe encarar el urólogo, se encuentran los casos no excepcionales de extrofia vesical, afección de serio pronóstico y complicado manejo terapéutico y quirúrgico.

Hemos tenido oportunidad de observar en nuestro medio cinco casos, a dos de los cuales atendemos desde su nacimiento, habiéndoseles curado la afección quirúrgicamente con la técnica y resultados que más adelante expondremos. El tercer caso fué tratado en Buenos Aires por un procedimiento similar al empleado por nosotros. El cuarto caso, varón de veinticuatro años, ha comenzado hace poco su tratamiento y sólo se le ha efectuado la anastomosis uréterosigmoidea izquierda. El quinto caso débil congénito, falleció al mes de nacer sin habersele hecho el tratamiento de su extrofia.

No es objetivo de esta relación hacer un estudio crítico de los distintos tratamientos quirúrgicos que se han utilizado y preconizado para la cura de la extrofia vesical, de manera que sólo recordaremos que pueden agruparse siguiendo dos grandes orientaciones o tendencias.

*Primero:* Técnica de Ombredanne, después seguida y modificada por Marión, que libera y cierra la vejiga transformándola en una cavidad que se reintegra dentro del abdomen y se evacua por intermedio de una uretra creada por tunelización perineal (caso Esperne, Claret, Rev. Arg. de Urología, Septbre.-Dicbre. 1953). Si conseguimos éxito con esta plástica nos queda como problema difícil de superar la continencia y funcionamiento de este reservorio vesical reconstruido.

*Segundo:* Supresión de la vejiga con abocamiento de los uréteres al intestino (Sigmoideo, recto, ciego, etc.) En este grupo tenemos: a) operación de Maydl: excisión del triángulo con ambos orificios ureterales y trasplante a la S ilíaca o recto. Como derivado de esta técnica podemos citar a la reciente de Goodwin (Surg., Gynec. and Obst., Sept. 1951), que libera separadamente las porciones terminales de los uréteres, junto con un anillo de mucosa vesical y los anastomosa a la ampolla rectal con sutura continua tipo mucosa a mucosa, dejando para otro tiempo la resección vesical. b) Técnicas de anastomosis uréterosigmoidea tipo Coffey y similares, completados con la cistectomía final y cierre de la brecha abdominal.

Para el tratamiento de nuestros dos casos de extrofia vesical hemos aplicado en líneas generales la orientación técnica de la Mayo Clinic (J. of Urology, Febr. 1951), siguiendo la conducta terapéutica que reporta una menor mortalidad y que es la que divide el tratamiento en tres tiempos operatorios independientes y distanciados. De acuerdo a estos principios, alrededor del primer año de vida hemos hecho la primer anastomosis uréterointestinal. Una vez que esta

unión está consolidada y el enfermo repuesto y equilibrado hacemos el segundo tiempo, que consiste en la anastomosis del lado opuesto. Curado y restablecido de esta segunda intervención encaramos el tiempo final, o sea la resección de la vejiga y reconstrucción de la pared abdominal. En este último tiempo operatorio aplicamos la técnica de T. Hepburn (J. of Urology. -65-389-1951) que cierra y reconstruye la pared abdominal mediante la utilización de parte del músculo vesical, consiguiendo una pared firme, y resolviendo las dificultades que representan el aproximar los planos músculoaponeuróticos de los rectos anteriores naturalmente separados por la existencia de una amplia diástasis de las sínfisis del pubis. En esta forma hemos tratado a nuestros dos operados, habiendo obtenido resultados que consideramos satisfactorios en la solución del problema de la incontinencia en primer lugar, y en cuanto al aspecto de la infección urinaria ascendente por ahora tenemos un estado muy favorable, aun cuando la existencia de una dilatación en el árbol excretor de uno de los operados nos hace pensar que este enfermo tiene a este respecto un peligroso porvenir.

Caso N° 1. — A. D., nació a término el 28-6-50 pesando Kgs. 3,800. Desde entonces lo tenemos bajo asistencia y control periódico. El padre es sano, de 38 años. La madre sana de 27 años, múltipara. Este era su cuarto hijo. En el corriente año ha tenido el quinto hijo, sano.

En el examen practicado después de su nacimiento se constató la existencia de una extrofia vesical, caracterizada por la existencia en el hipogastrio de una amplia brecha de la pared abdominal por donde hacia fuerte prociencia la cara posterior de la pared vesical con los orificios ureterales visibles y en buen funcionamiento. Presentaba además epispadias completo, separación de la sínfisis pubiana, gran hernia ínguino-crotal izquierda, prolapso rectal acentuado, teniendo los testículos normalmente descendidos. Alimentado a pecho durante los primeros seis meses, pasó luego a la alimentación artificial con leche de vaca. Hasta los diez meses de edad se desarrolló normalmente, sin presentar procesos febriles intercurrentes. El prolapso rectal le molestaba mucho, constituyendo un motivo frecuente de llanto y nervosismo. Durante el tiempo transcurrido hasta la recepción de la vejiga extrofiada, se aplicaron sobre la misma apósitos secos de gasa, previo lavado, secado y pulverizaciones con polvo de Epithen. Antes del año de edad intervinimos su hernia inguinoescrotal izquierda, reintegrando a su cavidad abdominal las asas intestinales, el colon ascendente previa apendicectomía, resecaando el saco se reconstruyó la pared por la técnica de Bassini. A los doce meses de edad y teniendo en cuenta las intensas molestias que le ocasionaba el prolapso rectal fué operado del mismo por el Doctor Mario del Valle, quien le hizo un cerclaje perianal con fascia, que no curó la afección pues a los quince días se restableció el prolapso. Al mes siguiente es reintervenido por el mismo cirujano, quien le hace un cerclaje perineal con hilo metálico que cura definitivamente el prolapso rectal. Con motivo de la realización de estas intervenciones previas, recién comenzamos el tratamiento de su extrofia a los trece meses y medio de edad. El diez y siete de agosto de 1951, se le hace una implantación ureterosigmoidea izquierda tipo Coffey N° 1, con extraperitonización previa. El segundo tiempo se realizó a los quince meses de edad, y consistió en la anastomosis del lado derecho. Como aquí tuvimos dificultades para acercar el asa sigmoidea y efectuar una implantación que no quedara tensa, optamos por efectuarla entre el ureter derecho y el colon ascendente. También aquí extraperitonizamos el segmento cólico destinado a la

anastomosis y empleamos el Coffey N° 1. El tercer tiempo operatorio lo realizamos al año y medio de edad y consistió en la extirpación de la vejiga y reconstrucción de la pared abdominal siguiendo la técnica ya nombrada de Hepburn. Resecamos la parte central de la pared vesical saliente con una incisión en huso, dejando las partes laterales con cantidad suficiente de tela, como para cerrar en forma plana la brecha abdominal. A continuación hicimos una incisión de la piel ligeramente por fuera de su unión con la mucosa vesical y disecando hacia adentro separamos cuidadosamente la mucosa del plano muscular subyacente en toda la extensión de la pared vesical no reseca. Esta parte muscular de la pared vesical es entonces suturada en la línea media con la del lado opuesto, y movilizamos los bordes cutáneos, que se suturan también en la línea media, cubriendo el plano muscular. Pequeño drenaje, haciéndose el cierre por primera. En el post operatorio alejado y durante los subsiguientes cuatro meses, hubo en varias oportunidades procesos febriles tipo pielitis y enterocolitis que cedieron fácilmente con antibióticos (Chlromicetin, terramicina, efitiazol, etc.). Nos queda todavía el epispadias sin tratar, pero esperamos solucionar esta situación más adelante.

El enfermo tiene actualmente cuatro años y medio, pesa catorce kilos. Tolera perfectamente su anastomosis ureterointestinal establecida hace tres años. Lleva más de dos años y medio sin procesos febriles originados en su vía excretora urinaria. Su deambulación es buena, aún cuando camina con las piernas algo abiertas. La mentalidad es normal y está de acuerdo con la edad. La evacuación intestinal se desarrolla con el siguiente ritmo: De día hay dos o tres deposiciones semisólidas y cuatro o cinco líquidas perdiendo involuntariamente en algunas oportunidades orina por ano. Durante el sueño también hay pérdida de orina. Es evidente que no tenemos un control esfinteriano muy seguro, motivo por el cual no se ha retirado el cerclaje metálico hasta ahora bien tolerado, y que creemos nos pone a resguardo de una recidiva de su prolapso rectal. La urografía de excreción tomada el 27-10-54 con Nitasom y Unidas intramusculares nos muestra, una dilatación bastante acentuada del ureter, pelvis y cálices derechos. Del lado izquierdo, la imagen es poco clara, pero puede apreciarse una sombra renal no agrandada y parece no haber dilatación de las vías excretoras.

*Caso N° 2.* — N. M. nacida a término el 21-12-51, con un peso de kilos 2,500. Padres sanos y sin antecedentes de importancia. El primer hijo nació a los ocho meses de embarazo y fué clasificado como débil congénito, falleciendo al mes de vida. En el examen hecho a poco de su nacimiento observamos una extrofia vesical típica, con fuerte saliencia al exterior de la pared posterior de la vejiga. Los orificios ureterales son visibles, con eyaculaciones normales. Falta la pared vaginal anterior, viéndose claramente el cuello uterino. Los pubis están separados y no se constatan hernias ni prolapso rectal.

Alimentada a pecho durante 15 días, fué criada posteriormente con alimentación artificial. Como cuidado local de la vejiga extrofiada se hicieron pulverizaciones con polvo de Epithen y apósitos secos, que se cambiaron cuatro o cinco veces por día. Consideramos que este tipo de cura es superior al hecho con apósitos grasos tipo tulgras.

Se realizó la primera intervención en Enero de 1953 o sea a los 12 meses y medio de edad, practicándosele una implantación uréterosigmoidea izquierda tipo Coffey 1, previa extraperitonización del segmento intestinal a anastomo-

zar. En mayo de 1953 (16 meses de edad) hacemos la anastomosis ureterosigmoidea derecha con la misma técnica. En esta segunda intervención el postoperatorio fué más complicado, pues tuvimos parálisis intestinal, deshidratación, oliguria, etc.; pero se consiguió restablecer el equilibrio al cabo de varios días mediante sueros, antibióticos, enemas bicarbonatados a retener, sonda rectal, etc. Curó bien sin fístula. En Enero de 1954 (2 años cumplidos), hacemos la sistectomía y reconstrucción de la pared con la técnica de Hepburn ya descripta. La cicatrización de la herida fué buena, aún cuando la piel se abrió en parte, curando por segunda.

Actualmente tenemos a la nenita con casi tres años de edad, con un peso de 13 kilos, deambulación muy buena y desarrollo psíquico normal. La evacuación intestinal presenta las siguientes características: durante el día hay evacuación voluntaria y controlada de orina en cuatro o cinco oportunidades y en dos de materias fecales, con algún agregado líquido. Durante la noche tiene frecuentemente y durante el sueño pérdida de orina rectal. Es lógico pensar que con el progreso de edad el control de su esfínter anal se establecerá en forma normal. No presenta procesos febriles tipo pielitis o colitis.

El examen urográfico realizado el 15-10-54 muestra las imágenes renales de tamaño normal con buena eliminación del medio opaco y aparato excretor no dilatado. La pared abdominal reconstruida con el músculo vesical es firme, sin la más mínima tendencia a la eventración. Nos queda por resolver el problema de su vagina que esperamos encarar en el futuro.

Consideramos que en esta enferma el resultado del tratamiento ha sido más satisfactorio que en el caso N° 1, puesto que no tenemos dilatación urétero pélvica. Por otra parte un mejor control anal, representa para esta paciente un confort más aceptable.

Pensamos continuar controlando estos enfermos desde el punto de vista clínico, radiográfico, y trataremos de establecer también un balance de sus electrolitos (cloremia, reserva alcalina, calcemia y natremia), cuyas cifras de acuerdo a últimos estudios se dan como alteradas en los operados de esta afección.

Se describe el tratamiento realizado en dos casos de extrofia vesical siguiendo la técnica de implantación de los uréteres en el colon, y resección de la vejiga. Se reconstruyó la pared abdominal por la técnica de Hepburn, que utiliza para tal efecto parte del músculo vesical.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Dodson*. — Urological Surgery.  
*Esperne P. y Claret A.* — J. Rev. Arg. de Urología. Extrofia de vejiga: su tratamiento. Tomo XXII, 166-268, Sep.-Dic. 1953.  
*Garret R. A. y Mertz J. H. O.* — Follow-up studies of Bladder exstrophy with uretero sigmoidostomy. J. of Urology. 71, March 1954.  
*Goodwin W. E. y Hudson P. B.* — Exstrophy of Bladder treated by rectal transplantation of Divided.  
*Trigone*. Surg., Gynec. & Obst. 93:331-342, September, 1951.  
*Harward B. M. y Thompson G. J.* — Congenital exstrophy of Bladder late result of treatment by Coffey, Mayo method of uretero-intestinal anastomosis. J. of Urology. 65:223, 234. Febr. 1951.  
*Hepburn T. N.* — Repair of exstrophy of Bladder. 65:389, 1951. J. of Urology.  
*Higgins C. C.* — Transplantation of Ureters into Rectosigmoid for exstrophy of Bladder. J. of Urology. 57:693, 700. April 1947.  
*Marión G. y Perard J.* — Technique des operations plastiques sur la vessie et sur l'uretre.