

EL USO DE SEGMENTOS INTESTINALES EN LA SOLUCION DE CIERTOS PROBLEMAS DEL TRACTUS URINARIO

Por los Dres. CARLOS RAUL GONZALEZ y CARLOS J. MAGRI

Hemos de referirnos en esta comunicación, a los problemas que plantea la derivación de orinas hacia segmentos intestinales aislados o no, haciendo especial referencia a las ureteroenterostomías cutáneas, las enterocistoplastias, y a las vejigas de sustitución o neo-vejigas.

Sabemos cuán grandes y numerosos han sido los esfuerzos realizados desde mucho tiempo atrás, por prestigiosos colegas en esta materia. Desafortunadamente estos nobles esfuerzos no pasaron en la mayoría de las veces de ser intentos vanos, o en el mejor de los casos medianamente exitosos, en manos de algún autor, pero que la práctica de la mayoría nunca pudo refrendar positivamente. Ello no obstante, todo este trabajo preliminar ha tenido el mérito, sin duda enorme, de sentar bases sólidas para un punto de partida a posteriores experiencias, dirigidas en el sentido de curar o al menos aliviar temporarily o definitivamente algunas afecciones graves del tractus urinario. Coincidentemente con el advenimiento de la era antibiótica, con el mejoramiento de la técnica quirúrgica, y fundamentalmente un mejor conocimiento del pre y post operatorio de estos enfermos, el éxito comienza a coronar en los últimos veinte años todo este noble esfuerzo, y de una manera tal que hoy pareciera ser una luminosa realidad.

Pero, agregaremos, una ideal solución del problema de la derivación urinaria a segmentos de intestinos, requiere aún hoy, en nuestra manera de ver, el cumplimiento de ciertos postulados fundamentales que pasaremos a enumerar:

- 1º — Continencia y control voluntarios de orina.
 - 2º — Separación total de los tractus urinario y digestivo.
 - 3º — Evitar orificios artificiales en sitios antinaturales.
 - 4º — Que el segmento intestinal que hace de reservorio o sirve de tránsito a la orina no absorba (o lo haga en mínima cantidad) los componentes de ésta.
 - 5º — Uso de técnicas de adosamiento que eviten el reflujo y la estenosis de los estomas.
 - 6º — Que el nuevo reservorio urinario pueda ser fácilmente cistoscopiado.
- Con estos principios "in mente" haremos somera revista a los procedimientos de derivación urinaria, a la par que daremos a conocer nuestra modesta experiencia en la materia.

Ureteroenterostomia: No obstante el perfeccionamiento a que ha sido sometida, la conocida operación de Coffey y deja sin resolver el fundamental problema del abocamiento a un intestino séptico y de la absorción masiva de electrolitos que lleva al enfermo a la infección ascendente y a la inevitable acidosis hiperclorémica.

Ureteroenterostomia cutánea (Bricker, Cordonier, etc.): Se aproxima a la solución ideal. Con todas las ventajas que tiene sobre la ureterostomía cutánea,

no resuelve el problema de la continencia de orina. La vejiga de Bricker es en realidad una ureteroenterostomía cutánea que deja un solo estoma, evita la estenosis y permite el fácil acoplamiento de una bolsa recolectora de orina.

Sólo las *enterocistoplastias* (Couvellaire, Cibert) que usando segmentos intestinales aislados para reemplazar parcial o totalmente la vejiga, y las *Vejigas de sustitución o neo-vejigas* (Lowsley, Hinman, etc.) que atravesando el perineo y utilizando el esfínter anal, y terminando con un meato perineal continente, resuelven el asunto en forma tal como previamente lo hemos planteado. La experiencia nacional como de colegas extranjeros parece así certificarlo.

Caso Nº 1: M. de F., 54 años. — Cáncer de recto con invasión de vagina y vejiga. En el año 1958 radioterapia profunda; intensa radionecrosis con formación de gran fistula rectovésicovaginal (verdadera cloaca), pérdida de materia fecal y orina. 19 de octubre de 1958, úrea, 0.75; rojos: 3.000.000; blancos: 10.000; bajo anestesia pentotal-novocaina ano ilíaco izquierdo y ureteroileostomía cutánea, según técnica de Cordonier usando quince centímetros de ileon.

Al décimo día acoplamiento de bolsa recolectora de orina, inmediata recuperación del estado general, aumento de doce kilogramos de peso, úrea: 0.35, orina con escaso mucus, rojos: 4.200.000, presión arterial MX 13, deambulación perfecta.

A los cinco meses control urográfico que muestra vías urinarias normales, no hay infección de orina, que fluye completamente limpia con escaso mucus. Al séptimo mes, la enferma comienza con diarrea incontrolable, pasando luego a un estado de suboclusión intestinal con rápido desmejoramiento del estado general y vómitos. La enferma fallece sin haberse podido recuperar, en junio de 1959.

Caso Nº 2: G. P., 69 años. — En abril de 1958 adenomectomía suprapúbica transversal. Histopatología: fibroadenoma. Cuatro meses después retención completa de orina; cateterismo imposible.

Setiembre 1958, se practica talla vesical y vanamente se intenta cateterismo retrógrado. Resección de cuello vesical escleroso, sonda hipogástrica temporaria y antibióticoterapia pensando que la desfuncionalización de uretra permitiera el posterior cateterismo dilatador.

Ante la imposibilidad de cateterizar en repetidas oportunidades y con diagnóstico de estenosis grave de uretra posterior postadenomectomía con fecha enero de 1959, se resuelve la formación de una neo-vejiga sigmoide con meato perineal preanal continente (Lowsley, Hinman), con técnica de Nikola Delev. Ante la imposibilidad de franquear el confluente rectovésicoprostático que no permite el descenso de la neo-vejiga al periné sesgando la pared anterior del recto y su abocamiento perineal por debajo del esfínter anal, se resuelve transformar la operación en una ureterosigmoidostomía cutánea y restauración término-terminal del colon sigmoide.

Control radiográfico a los seis meses: buen resultado funcional, orina sin infección y poco mucus; electrolitos: natremia 138mEq/l. Potasemia 3.53 mEq/l. Depuración ureica 60 %; úrea: 0.45.

Caso Nº 3: J. A., 65 años. — Hace doce años hematuria intensa total, asintomática. Electrocoagulación endoscópica de múltiples papilomas vesicales; desde entonces capacidad vesical muy reducida, orina cada 2-3 horas diurna y nocturna sin cistitis. Hace cuatro años recidiva de pólipos y nueva electrocoagulación acentúa polaquiuria sin cistitis. En setiembre 1958 cistitis con hematuria terminal. Resección parcial a cielo abierto de un tumor tipo papilar no infiltrante de pared lateral derecha. Abril de 1959, reaparece cistitis y hematuria. endoscópicamente aparición de una tumoración pequeña de iguales características a la anterior, pero sobre pared posterior supravesical derecho; radiológicamente ectasia lo que evidencia infiltración y propagación.

En tales circunstancias y para terminar con el problema de sus recidivas y su pequeña y esclerosa vejiga, se resuelve resección amplia del detrusor y uréter terminal derecho en un solo block con toda la atmósfera celuloganglionar y su reemplazo por un ansa ileal que se anastomosa a la vejiga residual según la técnica extraperitoneal magníficamente reglada por Cibert. Tres meses control radiológico mostrando una buena capacidad vesical. Nuevo control con fecha 25 de setiembre 1959, con características similares. Micción diurna cada 3-4 horas, nocturna más frecuente. Urea 0.50 gr.; depuración ureica 50 %; electrolitos: Natremia: 133 mEq/l. Potasemia: 3.47 mEq/l. Escasa orina residual, endoscópicamente no evidencia de recidiva y radiológicamente no metástasis óscas ni pulmonares.

Casa Nº 4: E. de S., 62 años. — Ficha Nº 4215, Instituto Médico Río Cuarto. Cáncer avanzado con infiltración de pared muscular y tejidos perivesicales, con ectasia ureteropiélica I. Cistitis neoplásica y hematuria incontrolable. No metástasis visibles en huesos y pulmón.

25 de noviembre 1958: Urea: 0,60, Rojos: 3.800.000. Depuración ureica 35 %. Ureteroileostomía cutánea con dieciocho centímetros de ileon, sin cistectomía. Post-operatorio normal, alta a los quince días con bolsa recolectora de orina. Buen funcionamiento de la ileostomía, orina con abundante mucus. La enferma fallece a los seis meses en caquexia cancerosa.

Dichas estas palabras a manera de introducción, pasaremos a relatar nuestra modesta experiencia en la materia. Cuatro enfermos que por distintas causas etiológicas fueron sometidos a tres ureteroenterostomías cutáneas (Bricker) y una ileocistoplastia (Cibert).

SUMARIO Y CONCLUSION

Luego de hacer un breve comentario en relación con el desarrollo de la experiencia en materia de derivación urinaria hacia segmentos intestinales, los autores pasan a establecer las bases, que en su criterio condicionan la solución ideal del problema de la derivación de orina.

A continuación mencionan las distintas técnicas quirúrgicas actualmente en uso, sus ventajas y defectos, para finalizar resumiendo su propia experiencia en la materia con el relato de cuatro casos por ellos operados: tres ureteroenterostomías cutáneas, en dos pacientes con cánceres avanzados del aparato urogenital y en uno por estrechez grave de uretra posterior post-adenomectomía; y una ileocistoplastia en un paciente con vejiga pequeña y esclerosa portadora de un adenocarcinoma.

SUMMARY

After commenting briefly on the development of the experiment regarding urinous derivation towards intestinal segments, the writers proceed to establish the basis which, to their way of thinking, give the ideal solution to the problem of urinous derivation. They go on to mention the different surgical techniques actually in use, their advantages and disadvantages, and conclude by summing up their own experience in the matter with a description of four operations performed by them; three being Cutaneous uretero-enterostomy, two of the patients with advanced cancer of the urogenital tract, and the other, a serious narrowness of the posterior ureter post-adenomectomy: and an ileo-cystoplasty in one patient with a small bladder and a sclerosis bearer of adenocarcinoma.

BIBLIOGRAFIA

- Bill, Alexander and col.* — Urinary and fecal incontinence due to congenital abnormalities in children; management by implantation of the ureters into an isolated ileostomy. *Surgery, Gyn, and Obst.* 1954, 98, Nº 5, 575.
- J. D. Bisgard.* — Substitution of the urinary bladder with an segment of sigmoid. *Ann. of Surg.* 1943, 117. Eqc.
- M. P. Bitker.* — Les uretéro-iléoplasties. *J. d'Urologie*, 1954, 60, Nº 7-8, 473.
- E. M. Bricker.* — Funtional results of small intestinal segments as bladder substitutes folowing pelvic evisceration; progress report. *Surgery*, 1952, 32, 372.
- E. M. Bricker and col.* — Late results of bladder substitution with isolated ileal segments. *Surg. Gynaec. and Obst.*, 1954, 99, Nº 4, 468.
- A. Brunshwig.* — L'exenteration pelvienne. *Sem. Hop. Paris (Annales de Chirurgie)*, 1953, 10, 1.
- J. Cibert.* — Ileocystoplasty for the contracted bladder of tuberculosis. *British Journal of Urology*, 1953, 25, 99.
- J. Cibert, Durand, Br. Banic, et G. Ortega.* — L'iliocystoplastie dans le traitement des séquelles de la tuberculose rénale. *Journal D'Urologie*; 1955, 61, Nº 12, 786.

- D'Urologie, 1955, 61, Nº 78, 495.
- J. J. Cordonier.* — Ileal bladder substitution: an analysis of 78 cases. *Journal of Urology*, 1957, 77, Nº 5, 714.
- R. Couvelaire.* — La petite vessie des tuberculeux génitourinaires. Essai de classification. Place et variantes des cysto-intestino-plasties. *Journal d'Urologie*, 1950, 56, Nº 6, 381.
- Frank Hinman, J. R.* — The technique of the Gersuny operation in vesical extrophy. *Journal of Urology*, 1959, 81, 126.
- H. G. Hauley.* — *Journal of Urology*, 1959, 82, Nº 3, 317.
- F. Hinman et H. M. Weyrauch.* — A critical study of the different principles de surgery which have been used in uretero-intestinal-implatations. *Trans. Am. Asson. Genitourinary Surg.*, 1936, 29, 15.
- Nikola Delev.* — Substitute bladder made of Sigmoid colon. *Journal of Urology*, 1958, 79.
- J. Cibert, L. Durand, R. Gerdil, et A. Soler.* — L'ilicystoplastie de protection rénale. *Journal* Nº 5, 828.
- J. H. Kiefer and Ch. Linke.* — Ureterorectostomy and preanal colostomy for bladder extrophy. *Journal of Urology*, 1958, 79, Nº 2, 242.
-