

CANCER DE LA VEJIGA, CISTECTOMIA, SU REEMPLAZO POR INTESTINO GRUESO, CONSIDERACIONES GENERALES

Por los Dres. RICARDO BERNARDI, OBDULIO CANDIA
Y JORGE H. CHIODI

En este trabajo nos referiremos a las implantaciones ureterales en el intestino, solamente en los casos de cistectomía total por cáncer, excluyendo deliberadamente la operación de Coffey y las enterocistoplásticas tan en boga en la actualidad porque en estas últimas se conserva el reservorio vesical. La operación de Coffey y las ureterostomías cutáneas merecen un comentario aparte por ser las dos únicas intervenciones que podrían oponerse a las derivaciones ureterointestinales con cistectomía total, objeto de este trabajo.

1º En cuanto a la operación de Coffey, sobre la que hicimos sobrada experiencia, no somos en la actualidad partidarios de la misma:

a) Por el incierto post-operatorio que plantea el íleo inmediato a la operación.

b) Por la pielonefritis ascendente (precoz o tardía) por obstrucción quirúrgica, por edema de la neo-boca o por reflujo, si bien no es tan frecuente amenaza tarde o temprano la integridad renal o la vida del enfermo. La confluencia de las materias fecales y de la orina en un mismo reservorio intestinal, verdadera cloaca primitiva ensombrece el pronóstico.

2º La ureterostomía cutánea de fácil técnica y poco traumática, ofrece el inconveniente de la estenosis del meato y sobre todo de retracción cuando la implantación se hace por debajo del ombligo y por dentro de la línea umbilico-espinosa.

Los distintos tipos de derivaciones urinarias con cistectomía total, pueden reunirse en tres categorías:

1. *Cutáneas.*

2. *Intestinal.*

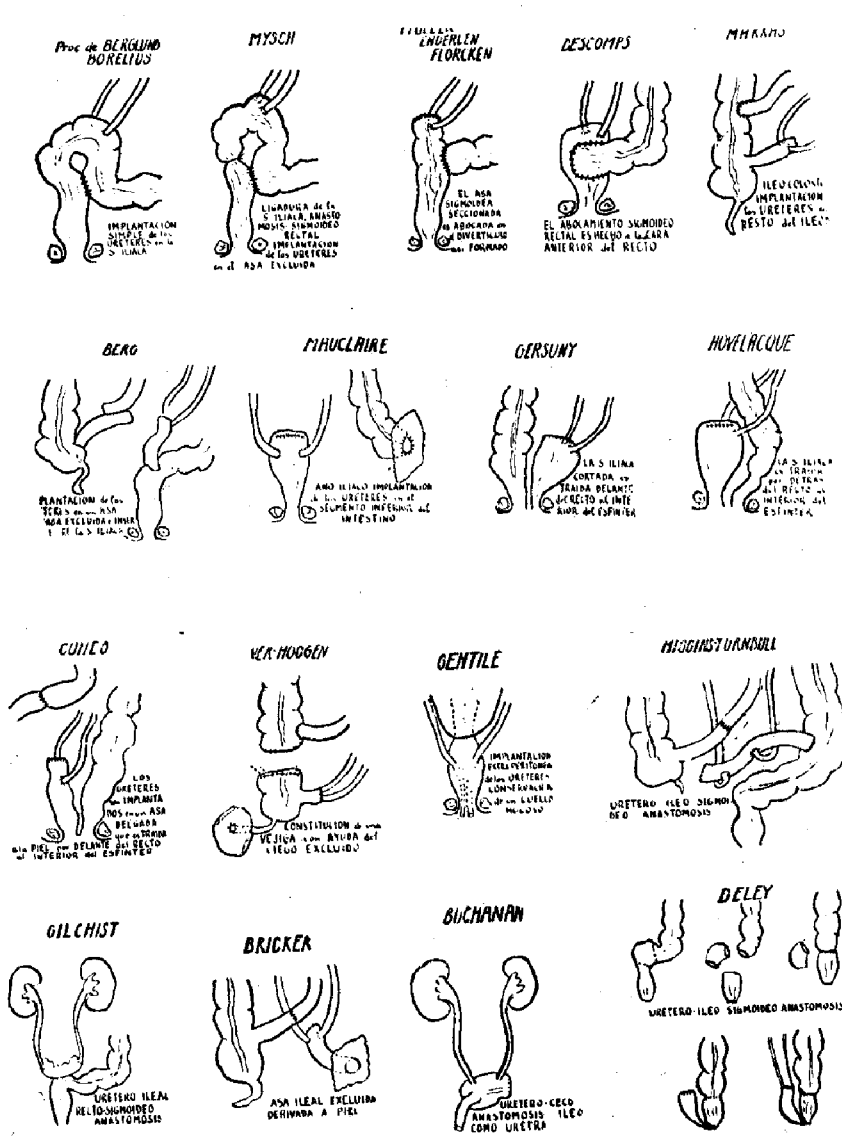
3. *Vejiga "substituida" por intestino delgado o grueso con o sin fistula cutánea.*

Los primeros procedimientos se efectuaron en casos de extrofia vesical tratando de derivar la orina al intestino creando distintos tipos de fistulas.

Más tarde se propusieron intervenciones que crearan una nueva vejiga aislada: es así que Mauclair, en el año 1895, crea la operación que nosotros

hemos efectuado y que consiste en el aislamiento del recto donde se implantan los uréteres, quedando así la vejiga bajo el control del esfínter anal: el asa sigmoidea se aboca al exterior.

De todos los procedimientos examinados y que se verán en una proyección, decidimos hacer una pequeña experiencia para lo cual elegimos el método de



Mauclaire, de 1875, que aísla las secreciones urinaria de la intestinal, poniendo bajo el control esfinteriano a la orina. La técnica quirúrgica resumida empleada por nosotros es la siguiente: preparación pre-operatoria para cirugía intestinal; laparatomía mediana vertical o incisión de Cherney; apertura peritoneal; aislamiento y sección de ambos uréteres junto a la vejiga; cistectomía total si el caso lo permite (puede dejarse para un segundo tiempo). Tiempo intestinal; presa y liberación de asa sigmoidea; apertura del peritoneo mesen-

térico; ligaduras de arterias sigmoideas y separación del recto del sigma; cierre del recto en 3 planos; anastomosis de los uréteres a la cara anterior empleando técnica mucosa; fijación del extremo superior del recto al promontorio. Si es posible, mediante maniobras especiales se procede a extraperitonizar las anastomosis. Luego se procede a exteriorizar el sigma por incisión tipo Mac Burney en fosa ilíaca izquierda; se deja abierta el asa exteriorizada cosiendo un guante a su extremo para permitir la eliminación inmediata de gases; cierre cuidadoso del espacio perietocolónico para evitar estrangulación interna de intestino delgado. Si no se ha efectuado cistectomía cierre sin drenaje, de lo contrario drenar la loge vesical por vía transuretral o suprapúbica; cierre de pared con puntos separados metálicos de preferencia, para evitar dehiscencias tan frecuentes en los neoplásicos. Antes que el paciente despierte se debe efectuar una dilatación forzada del esfínter anal, ya que colocamos en el recto una sonda que evacuará la orina los primeros días y el reposo del esfínter permite su cómoda tolerancia. No se debe intubar al paciente.

Post-operatorio: Control del balance electrolítico; antibióticos de amplio espectro; vitaminas. La sonda rectal queda 7 u 8 días, dejando luego un período de observación, hasta que el enfermo adquiera el hábito de la evacuación rectal de la orina. El cabo proximal del asa sigmoidea destinada al ano contranatura, se recorta a los 3 ó 4 días a nivel de la zona de necrosis y se efectúa un tacto para permeabilizar bien el intestino. En ocasiones, varios días después, es necesario efectuar un nuevo recorte; dieta pobre en residuos; prótesis especiales; se puede favorecer la evacuación con enemas diarios; la orina se elimina cada 2 horas y a veces más; no hay síndrome de proctitis.

La ausencia de íleo, vómitos y diarrea constituye una de las características más salientes y beneficiosas del post-operatorio. El discreto dolor inmediato, la posibilidad de ingerir líquido y alimentos diluídos, después de las 12 horas y el buen estado general del enfermo contrastan visiblemente con los otros métodos que derivan la orina directamente al intestino, sin separarla de las materias fecales. Muy importante también es la buena tolerancia del recto excluído a la presencia de la orina.

Todavía no estamos en condiciones de estudiar bien la existencia o no de infección ascendente (pielonefritis) en estos enfermos ya que hemos operado casos muy avanzados; como se aprecia en la lectura de las historias clínicas, dos fallecieron varios meses después.
