

## PROSTATO CISTECTOMIA TOTAL CON ABANDONO DE LOS URETERES EN LA CAVIDAD

Por los Dres. LEONIDAS REBAUDI Y A. SERGIO REBAUDI

Es indudable, que en las operaciones demoledoras de vejiga "la bêt noir" está constituida por el uréter. ¿Qué se hace con los uréteres? Este es el problema principal, lo demás es simple manualidad del cirujano, que habitualmente se ve delante de casos difíciles.

¿Qué se hace con los uréteres? Por lo general, el cirujano lleva ya un plan preconcebido antes de empuñar el bisturí y ha recorrido todas las posibilidades que se le presentan, las ha valorado, teniendo en cuenta la experiencia de los otros y la suya propia, que indudablemente influirá con más peso en su decisión.

¿Qué soluciones existen a este problema siempre candente en la cirugía vesical?

Si recorremos rápidamente lo hasta ahora realizado, tendríamos lo siguiente:

- 1º Abocamiento de los uréteres a la piel.
- 2º Injerto de los uréteres en el recto o en el ansa-sigmoidea o algunas veces en el ciego.
- 3º Aislamiento de un ansa de intestino delgado, abocamiento de ambos uréteres al trozo de intestino y abocamiento del mismo a la piel.
- 4º Abandono de ambos uréteres en la cavidad.

El abocamiento de ambos uréteres a la piel, que generalmente se hace como tiempo previo a la cistectomía, produce una invalidez digna de ser tenida en cuenta.

El abocamiento de ambos uréteres al recto o al ansa sigmoidea, operación teóricamente ideal, ha sido poco a poco desechada debido a las complicaciones que trae este procedimiento.

Aislamiento de un ansa de intestino delgado, abocamiento de ambos uréteres a este trozo de intestino y abocamiento de esta ansa a la piel. Como en el primer procedimiento, constituye esto una invalidez, aparte de que en el intestino aislado pueden producirse reabsorciones evidentemente tóxicas.

Abandono de ambos uréteres en la cavidad.

A prima facie, esto parece imposible y a la mente del cirujano afluyen en tropel todas las complicaciones posibles que hacen desestimar al procedimiento

(infección, reabsorción de toxinas, reflujo renal, atrofia con infección del órgano, peritonitis). Realmente, fué esto lo que me detuvo en la realización del procedimiento, si no es evidente que su simplicidad subyuga la mente del cirujano y lo lleva a su realización.

Hace más o menos cinco años, que hojeando unas revistas, encontramos la descripción del procedimiento y en la actualidad, cuando nos decidimos a efectuarlo, nos fué imposible encontrar el relato del mismo. Se debe a ello, que en esta comunicación no encontrarán Uds. el nombre del autor. Faltan en el relato antedicho los detalles del tratamiento del uréter, al cual yo le doy capital importancia, después del fracaso de uno de los casos presentados.

Es necesario seccionar al uréter lo más próximo posible a la vejiga, es allí donde el calibre disminuye y es de esta manera que puede evitarse el reflujo.

Sin entrar a discutir el tan zarandeado problema del calibre de los uréteres, diré que son muchos los autores que se han ocupado del tema, dentro de los cuales se podrán citar a Gigón, Halle, English, Charpy, Byron-Robison, Poirier, Schwalbe, etc.

La sección del uréter debe ser vertical y lo más cercana posible a la vejiga, si así se procede se ve cómo el uréter se retrae en forma de bolso, formando un esfínter.

Eliminada esta preocupación, queda aquella que nos viene de lejos y que se enunciaba con la palabra fatídica de infiltración urinosa, y que llevaba como **signo** el concepto de infección. Hoy ya sabemos que si la orina es aséptica no **infecta**, será ésta una preocupación en el preoperatorio de los enfermos y será **ésta** una causa que limitará sin duda la indicación del procedimiento en los casos infectados, siempre que no se vea la posibilidad de salvar esta dificultad.

Lo primero que se hará con cuidado es una extra-peritonealización lo más perfecta posible de la vejiga. Por último, lo que debe preocupar al cirujano será la hemostasia, ésta debe ser perfecta y si es posible deberá drenarse por uretra, cerrando por planos la herida abdominal, se evitará así la fistula abdominal persistente.

El drenaje deberá mantenerse hasta tanto se vea una cicatrización perfecta de la herida abdominal y si fuese posible, hasta tanto se suponga o se vea un tapizado de mucosa completo de la cavidad.

Habiendo tenido que reintervenir uno de los operados para cerrar la fistula abdominal, hemos podido ver un tapizado perfecto de la neo vejiga.

El procedimiento ha sido empleado en cuatro enfermos, siempre la causa fué determinada por el cáncer.

El primero de ellos falleció un año después de la 1ra. operación, debido a una invasión del abdomen inferior por el cáncer, que anuló a ambos riñones.

El segundo ha visto reabrirse varias veces su herida abdominal, siendo su estado general satisfactorio; en él sólo se ha efectuado una cistectomía total. Su vejiga es a la radiografía ligeramente irregular, no así al examen durante el acto quirúrgico para el cierre de la fistula.

Actualmente aparenta estar cerrado.

El tercero fallece de cáncer generalizado, funcionando en ese entonces sus riñones normalmente.

El cuarto lleva un año de operado. Uno de sus riñones ha dejado de funcionar, es posible que haya compresiones del uretér por brotes cancerosos. Actualmente ha tenido melena, posiblemente debido a un cáncer del duodeno.

Naturalmente, necesitaremos más experiencia para poder presentar más resultados y poder así valorar con más exactitud al procedimiento. Desgracia.

damente, esta técnica ha sido usada y posiblemente lo será siempre en enfermos cancerosos, generalmente avanzados y desde ya disminuídos y con una perspectiva de sobrevida escasa.

De cualquier manera, puede dejarse por sentado que:

- 1º Es posible dejar los uréteres libres en la cavidad quirúrgica.
- 2º Que no sobreviene empleando esta técnica, complicación local.
- 3º Que bien seccionado el uréter, es posible contar con ausencia de reflujo.
- 4º Que por lo tanto, el riñón queda indemne de infección y dilatación por vía ascendente, por existir un pequeño esfínter.
- 5º Que el enfermo tiene sensación de orinar, como si se crease un nuevo centro sensitivo.
- 6º Que la continencia depende de la integridad del esfínter externo (uretral) y
- 7º En algunos casos, la uretra llega a la vejiga en ángulo pronunciado, obteniéndose de esta manera, una mejor continencia del órgano.

### RESUMEN

Se presentan cuatro casos de abandono de los uréteres en la cavidad quirúrgica y se comunican los resultados.

### DISCUSION

*Dr. Schiappapietra.* — ¿Se trata de tumores de vejiga o de próstata?

*Dr. Rebaudi.* — Son casos muy graves. El único que tenemos muy bien es uno que aparentemente, no tiene nada. Sin embargo, tiene ya la anulación del riñón, a pesar de que uno o dos meses después de la operación, ambos riñones funcionaban normalmente. Quiere decir, que algo ha crecido allí anulando el órgano. Como el enfermo padece de abundantes melenas, ha sido internado para el estudio de su tubo digestivo superior.

*Dr. Schiappapietra.* — El abandono de los uréteres cuando la resección es submucosa es una técnica conocida, quedando parte de la muscular.

Voy a recordar un caso que operé en la clínica privada; se trataba del portador de una neoplasia infiltrativa vesical que había anulado la función de un riñón con la porción correspondiente del uréter; no pude practicar una cistectomía con un abocamiento previo en un tiempo. Me tuve que limitar a intentar una cistectomía parcial con reimplantación de uréteres pero la reinfiltración fue tan intensa que una vez que resequé toda la porción infiltrada y la perivesical, me quedaba escasa cantidad de tejido para trabajar. Apenas si podíamos hacer un conducto en forma muy precaria sobre un tubo del calibre de una sonda número 22. Había que entender que ese tubo no podía mantenerse después.

Hacía tiempo que el riñón derecho no funcionaba, lo que se demostraba en todos los urogramas. La infiltración masiva iba más allá de la perivejiga, pero hubo que realizar el vaciamiento de la pequeña pelvis. El resultado próximo fue el siguiente: ese riñón, que anteriormente no funcionaba, empezó a funcionar. El uréter lo aboqué a ese tubo residual y lo mantuve drenado con un tubo de material plástico y lo exterioricé. Ese riñón funcionó abundantemente con orina, que llegaba con una discreta concentración de elementos de desecho. El uréter que no fue tocado, posiblemente sufrió un proceso séptico. A ese enfermo lo seguimos algunos meses; con el dedo explorábamos la cavidad que se había formado porque tenía conciencia de que no podía haber cavidad alguna. Era una superficie que daba el aspecto de una mucosa al tacto. Por un año quedamos más o menos satisfechos, pero a los ocho meses después se produjo una siembra de todo el peritoneo; era algo inextensible y por supuesto, ese riñón se obstruyó completamente y el paciente falleció en uremia.

Es difícil concebir la cavidad que se forma en la pequeña pelvis. En las neoplasias perivesicales es un recurso al que, a veces, habrá que apelar.

*Dr. Irazu.* — La experiencia que ha realizado el doctor Rebaudi es maravillosa sobre todo contemplando las hermosas radiografías que nos ha traído.

Como curiosidad, me agradecería saber cómo se hacen las micciones en estos pacientes. Hay casos de cistectomías parciales donde existe la duda sobre cómo ha quedado la vejiga;

puede sospecharse una deshicencia de la pared y esas vejigas después se han reconstruido parcialmente con la misma pared perivesical.

Eso demostraría lo que nos ha enseñado el doctor Rebaudi, que la vejiga puede reconstituirse a semejanza del propio órgano. Si el doctor Rebaudi fuera tan gentil podría explicarnos cómo funciona esa vejiga, ya que sabemos que las vejigas de sustitución no solamente no tienen el poder de una vejiga normal sino que al mismo tiempo, hay que debilitar el cuello para que la micción se haga sin disuria.

*Sr. Presidente.* — Conozco uno de los enfermos presentados en el trabajo del doctor Rebaudi. El resultado ha sido maravilloso desde el punto de vista del enfermo, al que vemos desde hace más de un año en nuestro servicio del hospital Ferroviario. A mí me crea siempre un pequeño problema este procedimiento. No llego a interpretar bien cómo se ha formado esa vejiga, cómo se ha tapizado, es decir, no comprendo cómo se ha formado ese epitelio que tapiza esa cavidad que hemos podido observar radiográficamente. No sé si es a punto de partida de la mucosa uretral. Tampoco interpreto bien la magnífica tolerancia a la intervención.

En las cistectomías parciales con reimplantación del uréter, nos da mucho que hacer el uréter que se desprende y se fistuliza. Es un problema tan complejo, que muchas veces la única solución que se encuentra es la práctica de una cistectomía.

Descaría preguntarle al doctor Rebaudi nos diga si esos cuatro enfermos han tenido micciones espontáneas o han tenido que estar con sonda en forma indefinida. Quisiera saber además, si les ha dejado catéter ureteral para drenar la orina de los uréteres, para formar esa especie de cavidad o si se ha dejado libre esa cavidad cruenta.

Como bien lo señala el doctor Rebaudi en las cistectomías totales, la hemostasia debe ser perfecta, cosa que no se consigue tan fácilmente, al extremo de que nos vemos obligados a dejar un taponaje en la loge.

*Dr. Rebaudi.* — El relato del doctor Schiappapietra se parece en algo al que yo hice, es decir, el abandono del uréter, sin tocarlo para nada. El doctor Schiappapietra ha colocado una sonda para la comunicación con vejiga. Eso no es lo mismo, podría existir vejiga.

Al doctor Irazu le diré que existe una vejiga que se hace en base de una dilatación para todo el organismo, que ocupa el sitio que ha quedado vacío. El organismo tiene horror al vacío. Pero allí no existe un vacío completo, puesto que hay orina que detiene el crecimiento del resto del organismo. La vejiga está indiscutiblemente en comunicación con la uretra; si colocamos una sonda por vía uretral, la misma se mantiene y si se pone una sonda por vía hipogástrica, pueden provocarse fistulizaciones que tenemos que reintervenir para cerrar esa herida abdominal. En esas intervenciones hemos podido ver —y así contesto al doctor Brea— la vejiga completamente tapizada por mucosa. Esa mucosa es una expansión de la uretra y va a ocupar el sitio donde debe estar la vejiga.

¿Cómo se hace la micción? El enfermo tiene primero, una sensación de molestia y entonces, hace fuerza con el vientre y orina. Luego, esa sensación de molestia se transforma en deseos de orinar. Si fuéramos a averiguarlo bien, comprobaríamos que no se trata de un deseo de orinar sino de una sensación que el enfermo refiere al deseo de orinar. Y crea así otro centro que no es el real.

En cuanto a la pregunta del doctor Brea no conozco absolutamente nada. Corto el uréter en sentido vertical de su dirección, lo más cercano posible a vejiga, que es donde el uréter es más pequeño y cuando no se ha tocado mucho el uréter, se lo ve retraerse y cerrarse. Existe allí un esfínter natural. El sitio es un poco más estrecho y el tejido muscular es más denso; existen pequeñas cistoides, que es fisiológico. Sería la parte más resistente del uréter porque la presión abajo es mucho mayor que la de arriba. Por eso tiene que ser mayor la cantidad de músculo del uréter. Practico la sección y el uréter queda abandonado allí en la cavidad. Me desentiendo del uréter, extirpo lo que debo eliminar, haciendo la mayor limpieza posible.

En un paciente en que practiqué la cistectomía total sin prostatectomía, las cosas andan bien, persistiendo únicamente una fistula abdominal. Por eso, de hoy en adelante, como lo destacó en nuestro trabajo, vamos a cerrar por completo para que no se produzcan fistulas.

El tapizado de esa cavidad tiene lugar a base del brote de la uretra.

*Dr. Brea.* — ¿En algunos otros enfermos ha podido comprobar si la evacuación de esa nueva vejiga es completa con la micción?

*Dr. Rebaudi.* — Es completa. Lo he verificado mediante un sondaje. La continencia a base del esfínter externo es muy precaria. El paciente siempre pierde algunas gotas de orina, aunque muy pocas.

*Dr. Schiappapietra.* — Le preguntaría al doctor Rebaudi si se puede dejar el uréter hasta su implantación.

*Dr. Rebaudi.* — No, porque se trata de un cáncer de vejiga que ha invadido todo el órgano. Si buscara una parte sana, trataría de ir más arriba.