

## EXTROFIA DE VEJIGA. SU REPARACION PLASTICA

Por los Dres. CARLOS RAUL GONZALEZ y SEBASTIAN CERDA  
(Río Cuarto, Córdoba)

Al traer este caso de extrofia de vejiga por nosotros operado, deseamos hacer un breve comentario respecto del procedimiento efectuado como así también del resultado obtenido.

Creemos necesario, antes de entrar en materia, aclarar que la elección del temperamento seguido no ha sido cosa fácil o producto de una decisión apresurada. Si así hemos actuado es en gran parte estimulados por más y recientes exitosas publicaciones, acerca de una manera de proceder que, por otra parte, ante un eventual fracaso (en el fundamental aspecto de la continencia urinaria) no anula el posterior beneficio de otras de reconocida eficacia (pero no inocuas) en el tratamiento de esta penosa afección.

Hechas estas consideraciones previas pasamos a describir el caso.

Niña de tres años de edad, con extrofia vesical completa (4 cm x 4 cm y uretra epispádica. Malformaciones asociadas: gran prolapso rectal con perineo en regulares condiciones, hernia inguinal bilateral, extensa separación de los extremos pubianos y rotación externa del fémur, vagina totalmente abierta con restos presentes de labios menores (fig. 1).

*Operación:* 15-1-60. Anestesia general.

Resección de 3 ó 4 grandes mamelones pseudopolipoides de mucosa vesical que dificultarían su cierre posterior. Liberación de vejiga por disección cortante de músculos rectos y peritoneo, sin extender demasiado esta maniobra que comprometería su irrigación e innervación.

Preparación de la uretra, dejando un delgado lecho de mucosa y movilizándolo ampliamente por disección obtusa sus costados de tejidos correspondientes al diafragma urogenital (ligamento triangular, músculos uretrales accesorios) que se moldean y suturan sin tensión sobre tubo de polietileno amplio que descansa sobre el lecho mucoso. Reconstruida uretra y mecanismo esfinteriano se adosan por encima tejidos fibrosos tratando de hundirla lo más posible en el perineo. Cierre de vejiga en tres planos dejando un pequeñísimo paso para la extremidad vesical del tubo a manera de drenaje hipogástrico. Cierre de planos músculo-aponeuróticos y aproximación de piel con puntos de tensión suplementarios. Colocación y fijación a punto del tubo aprovechando los cabos largos de los hilos de piel, de manera que el segmento fenestrado quede en situación intravesical, obteniéndose un doble drenaje vesical y uretral.

Acoplamiento en ambos extremos de prolongaciones que van a una bolsa recolectora de orina, fija al costado de la cama (fig. 2).

Al 7º día se retiran los puntos de tensión y la cincha de esparadrapo ancho con que se rodeó a la enfermita para aproximar los extremos pubianos y aflojar la tensión sobre los tejidos suturados. Al 10º día se extraen los puntos de piel y el tubo de drenaje obteniéndose cierre per primam del defecto.

Técnicamente no se ha aportado nada de original, a no ser, si así puede llamarse, el tubo de drenaje único que no hemos visto descrito en ninguna otra parte y, que, a manera de drenaje vesical y uretral evita la formación de fístulas por mal funcionamiento imputable a acodaduras o incrustaciones calcáreas; es además fácilmente desplazable sin provocar traumatismos o desgarros.

Durante 4 ó 5 días la incontinenencia es total, pero a poco y coincidentemente con el cierre de la fístula vesical, comienza a esbozar continencia que se manifiesta por chorros

aislados que aumentan con los esfuerzos y la defecación. Al mejorar el estado intrínseco y con el acrecentamiento del estado general de la niña, que ya no puja, y cuyo prolapso rectal y hernias se han reducido, la continencia se acentúa.

A casi un año de la intervención, mediante también (esto es muy importante) el tenaz



Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

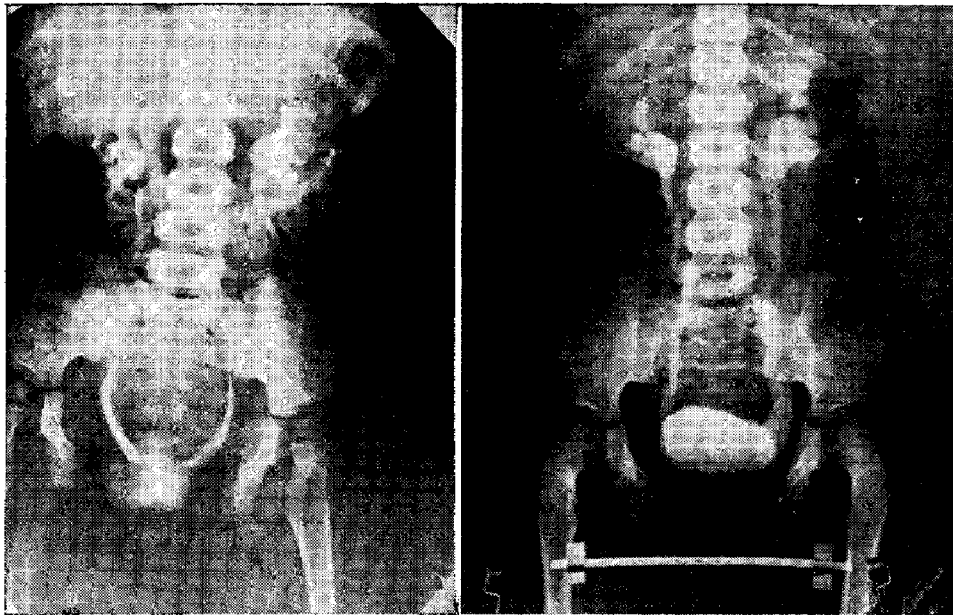


Fig. 4

Fig. 5

trabajo de reeducación de la micción a que es sometida por la madre, el resultado puede calificarse de aceptable; hay incontinencia de esfuerzo y micción frecuente (por reducida capacidad vesical), aunque durante el día y mientras es sometida a control sus ropas prácticamente permanecen secas (fig. 3).

## COMENTARIOS

Indudablemente no ha transcurrido tiempo suficiente para abrir juicio definitivo en este caso. Serios inconvenientes derivados del caso en sí, edad 3 años (los mejores resultados parecieran obtenerse al operar en los primeros meses de vida) vejiga muy engrosada y esclerosa muy poco desarrollada, periné pobre, excesiva separación de los extremos pubianos, vislumbraban de comienzo una difícil solución en cuanto a la continencia de orina.

No obstante ello, si luego de una prudencial espera esta situación continúa, mucho queda por hacer todavía. Una osteotomía iliaca bien llevada, que modifique la rotación externa y permita buena aproximación de los extremos pubianos con su correspondiente síntesis, podría a su vez, permitir una de las buenas intervenciones correctoras de la incontinencia de esfuerzo en la mujer. Una ileocistoplastia corregiría la pequeña capacidad vesical y el reflujo. En última instancia queda abierta la posibilidad a una uretra perineal continente u otro tipo de intervención, aunque menos anatómica, también de reconocida eficacia como es la uréterosigmoidostomía.

## BIBLIOGRAFIA

- De Lasa, E.*: Rev. Arg. de Urología: Extrofia vesical. Tratamiento por anastomosis urétero-intestinal. Vol. XXIV, 146. Enero-marzo, 1955.
- Esperme, P. y Claret, A.*: Rev. Arg. de Urología: Extrofia de vejiga: su tratamiento. Tomo XXII, 166. Sep.-dic., 1953.
- Flocks, R. and Culp, D.*: The perineum in epispadias. Jour. Urol., vol. 81, N° 3, marzo, 1959.
- Gross, R.*: The surgery of infancy and childhood. W. B. Saunders, 1954.
- Hinnman, F.*: A method of lengthening and repairing the penis in extrophy of bladder. Jour. Urol., vol. 79, N° 2, febrero, 1958.
- Lowsley y Kirwin*: Clínica Urológica, tomo II.
- Marion, G. et Pérard*: Technique des operations plastiques sur la vessie et sur l'uretre. Masson et Cie. 1942.
- Swenson, O.*: Changin trends in the management of extrophy of the bladder. Surgery. A57, vol. 42, pág. 61.
- Swenson, O.*: Cirugía Pediátrica. Editorial Iiteramericana S.A. México, 1960.
- Schultz, W.*: Plastic repair of exstrophy of bladder combined with bilateral osteotomy of ilia. Jour. Urol., vol. 79, N° 3, marzo 1958.
- Sweetser, T.; Chisholm, T.; Thompson, W.; Berghund, E.; Wesolowsky, S.; Sweetser, T. Jr.*: Exstrophy of the urinary bladder: its treatment by plastic surgery. Jour. Urol., vol. 75, N° 3, marzo 1956.