

# VEJIGA ILEAL: OPERACIÓN DE BRICKER

## CASOS CLINICOS

---

Por el Dr. JOSE FORZIANO

El trabajo que hoy presento a la consideración de Uds. tiene, por objeto mostrar un resumen sobre los resultados obtenidos en 14 casos de derivación de orina utilizando un segmento ileal, según técnica de Bricker.

No voy a entrar en consideraciones sobre las ventajas o desventajas de esta u otra derivación de orina; sólo quiero referirme en esta comunicación de algunos detalles, de la indicación operatoria, técnica empleada, complicaciones post-operatorias inmediatas y mediatas y resultados alejados.

### INDICACION OPERATORIA

La edad de estos enfermos oscilaba entre los 35 y 80 años y todos tenían síntomas referibles a su aparato urinario de meses o años de duración, (hematuria, disuria, polaquiuria, etc.) provocados por neoplasia de vejiga demostrada por cistoscopia y biopsia.

El estudio radiológico (pielografía descendente) de todos estos enfermos demostró hidronefrosis bilateral en 6, unilateral en 4 y en los otros 4 la pielografía descendente podía considerarse dentro de los límites normales.

La urea en sangre estaba elevada en 10 enfermos, siendo normal en 4.

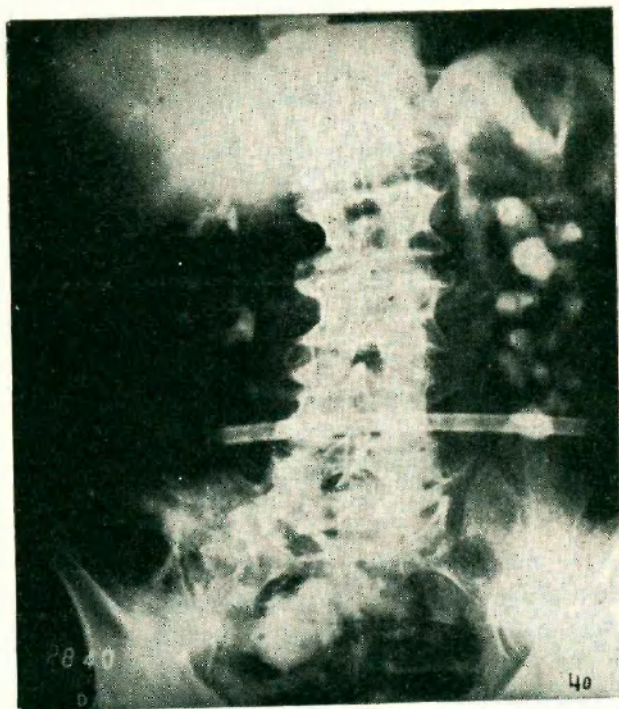
El estado general de estos enfermos en 6 era malo y en el resto podemos catalogarlo como bueno.

En 6 enfermos se llevó a cabo una cistectomía total: 4 en el mismo acto operatorio y 2 entre los 20 y 25 días de la primera operación.

A un enfermo se lo sometió a radioterapia y a otro a cobaltoterapia. A los 6 enfermos restantes no se les practicó ninguna intervención quirúrgica complementaria, ni tratamiento radioactivo.

### PRE-OPERATORIO

Tratándose de enfermos en condiciones generales pobres (portadores de neoplasias) la preparación pre-operatoria de los mismos tiene mucha importancia. Consiste ello en dar transfusiones de sangre, controlar el desequilibrio electrolítico, combatir la infección (pielonefritis, cistitis, etc.), preparar durante 5 días, previos a la operación, el intestino con neomicina oral, dieta con un mínimo de residuos y enemas evacuantes.



#### OPERACION

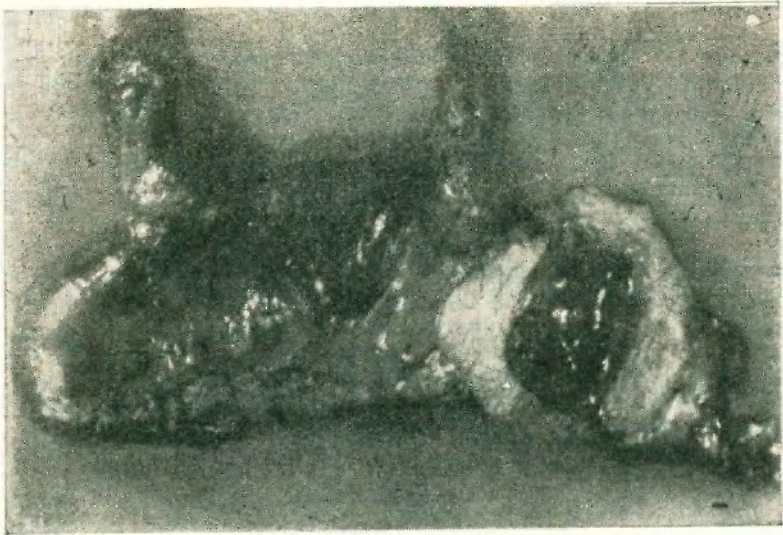
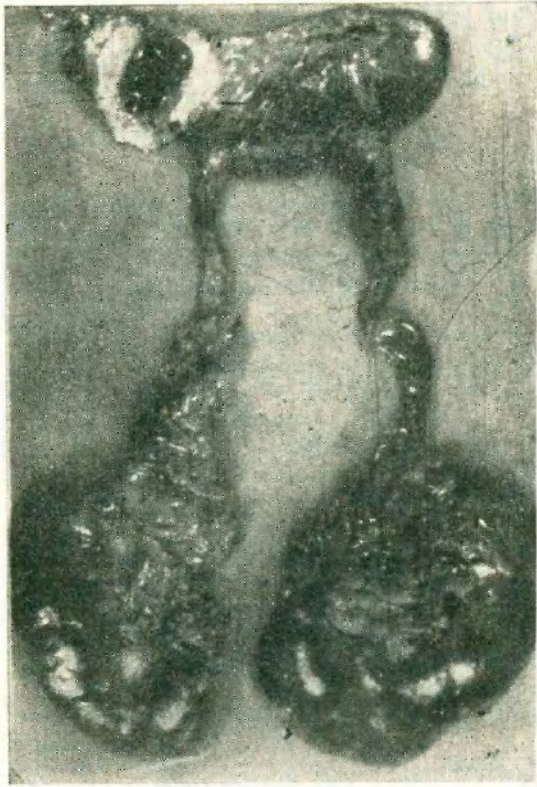
Incisión infraumbilical mediana seguida por: 1) Disección de los uréteres y sección de los mismos en una zona de tejido sano. 2) Aislamiento de segmento de íleo en una extensión de 10 a 15 cm a una distancia de 20 a 25 cm de la válvula íleocecal. 3) Sutura término-terminal de ambos cabos proximal y distal del íleo. 4) Abocamiento de los uréteres al segmento del intestino delgado aislado en su borde antimesentérico y cierre de un extremo del segmento abocando el otro a la piel en un punto de elección para el uso de una prótesis tipo ileostomía. 5) Colocación de una sonda de Pezzer acodada en la neo-vejiga por el orificio cutáneo para prevenir la estenosis del estoma y obstrucción por mucus.

#### POST-OPERATORIO

Además de las medidas corrientes en todo post-operatorio de cirugía abdominal, se llevan a cabo lavajes de la neo-vejiga 3 veces por día con solución fisiológica tibia, con 20 cc solamente para evitar el reflujo ureteral creyendo también de utilidad intercalar lavajes con solución conteniendo neomicina, durante 10 días para combatir la infección ascendente.

*Caso 1.* — R. D., 50 años. Concorre por hematurias de meses de duración, sin disuria, con ocasional polaquiuria. Tacto rectal: próstata normal. En la palpación bimanual se toca una tumoración localizada en la cara posterior y lateral derecha de la vejiga. Cistoscopia: Tumor vegetante sobre cara lateral derecha y posterior de la vejiga. Operación ureteroenterostomía cutánea. 15 días más tarde cistectomía total por vía suprapúbica y perineal. Evolución: Fallece al año y medio en uremia y con metástasis en pulmón.

*Caso 2.* — S. B., 35 años. Hematurias de 2 años de duración con periodos de orinas claras. Estudio radiológico renal: Normal. Cistoscopia: Vejiga con lesión en cara posterior de aspecto vegetante. Evolución: Al repetirse la cistoscopia se observa invasión de trigono y cuello. Operación: Uréteroenterostomía cutánea. No se hace cistectomía total. Evolución: Enfermo fallece a los 8 meses con metástasis en columna vertebral y pulmón.



*Caso 3.* — D. Mc D, 65 años. Hematuria de meses de duración. Cistoscopia: Lesión vegetante localizada en la proximidad del orificio ureteral derecho. Operación: Se realizaron 2 resecciones y fulguraciones endoscópicas del tumor. Debido al aumento de los síntomas vesicales se realizó una uréteroenterostomía cutánea. A los 20 días cistectomía total. Evolución: Fallece a los catorce meses con metástasis en pulmón y recidivas locales.

*Caso 4.* — 68 años. Uremia de 1,20. Hematuria de meses de duración. Cistoscopia: Lesión vegetante que toma cara lateral derecha y posterior de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía cutánea. Evolución: Fallece a los ocho meses con lesiones metastásicas en pulmón y locales. No se hizo cistectomía.

*Caso 5.* — 58 años. Hematuria de meses de duración. Cálculo coraliforme en riñón derecho. Uremia 0,90. Estado general bueno. Cistoscopia: Lesión que toma la cara lateral derecha y parte de la cara posterior de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía cutánea. Se hace cobaltoterapia. Evolución: Enfermo fallece en uremia a los 3 meses.

*Caso 6.* — J. R., 67 años. Hematuria de meses de duración. Estado general bueno. Cistectomía parcial ocho meses antes. Cistoscopia: Lesión vegetante localizada en techo y cara posterior de vejiga. Operación: Uréteroenterostomía cutánea con cistectomía total a las 3 semanas. Evolución: Fallece a los 4 meses con recidiva local y obstrucción intestinal y peritonitis.

*Caso 7.* — L. M., 65 años. Hematuria de meses de duración. Cistoscopia: Lesión vegetante que toma mitad derecha de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía. No se practicó cistectomía. Evolución: Fallece en uremia y fistula vesical con peritonitis a los seis meses de operado.

*Caso 8.* — M. H., 72 años. Hematuria de meses de duración. Estado de nutrición deficiente. Hidronefrosis bilateral. Cistoscopia: Lesión papilar que toma la cara derecha y posterior de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía sin cistectomía. Evolución: Sin complicaciones post-operatorias, fallece a los 15 días en uremia, bronconeumonía terminal y pielonefritis.

*Caso 9.* — V. H., 63 años. Hematuria de más de un año de duración. Estado general malo. Uremia elevada. Operado 2 veces. Cistoscopia: Lesión vegetante que toma cara lateral izquierda y posterior de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía cutánea. No se hizo cistectomía. Sin complicaciones postoperatorias. Evolución: fallece a los 17 días de pielonefritis y pionesfrosis bilateral y neoplasia ulcerante de vejiga.

*Caso 10.* — C. C., 80 años. Hematuria y cistitis de meses de duración. Cistoscopia: Lesión infiltrante que toma cara lateral derecha y posterior de la vejiga. Uremia elevada. Estado general pobre. Operación: Uréteroenterostomía cutánea. Sin cistectomía. Evolución: El enfermo fallece a los 15 días de operado con uremia elevada, pielonefritis y bronconeumonía terminal.

*Caso 11.* — J. G., 58 años. Hematuria, disuria de meses de duración. Cistoscopia: Lesión que toma prácticamente toda la vejiga respetando trigono y parte de cara lateral izquierda. Operación: Uréteroenterostomía cutánea y cistectomía total en un tiempo. Evolución: Fallece a los 43 días en uremia.

*Caso 12.* — P. C., 52 años. Hematuria y disuria de meses de duración. Estado general muy pobre. Cistoscopia: Lesión que toma más de la mitad de la vejiga respetando zona de trigono y parte cara lateral derecha. Operación: Uréteroenterostomía cutánea y cistectomía total en un tiempo. Evolución: Fallece a los 67 días en uremia.

*Caso 13.* — M. L., 73 años. Hematuria de meses de duración. Estado general bueno. Cistoscopia: Tumor que toma toda la cara posterior y cara lateral izquierda de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía cutánea y cistectomía total en un tiempo. Evolución: El enfermo fallece en anuria post-operatoria a la semana.

*Caso 14.* — E. D., 61 años. Hematuria de meses de duración. Hematocrito de 15 cuando se internó. Diagnóstico de neo de vejiga e histoplasmosis. Cistoscopia: Tumor que toma cara posterior y cara lateral izquierda de la vejiga. Operación: Uréteroenterostomía cutánea y cistectomía total en un tiempo. Evolución: Muy buena. Vive sin problemas a los 6 meses de operado.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Entre las indicaciones de la operación de Bricker o Ureteroenterostomía cutánea tenemos el cáncer de vejiga. El pronóstico de esta intervención es sombrío pues siempre se la realiza en enfermos con pobre estado general, con insuficiencia renal, uréteres dilatados y pielonefritis. El pronóstico mejora con la precocidad del diagnóstico e indicación operatoria. Así los enfermos que mostraron úrea normal y uréteres ilesos en el acto operatorio evolucionaron favorablemente.

Es importante tener presente que la causa de muerte demostrada por necropsia en los enfermos que fallecieron en el postoperatorio inmediato fue una pielonefritis, que condicionaba la insuficiencia renal y que probablemente se agravó por el acto operatorio.

En este grupo de enfermos no se presentaron complicaciones post-operatorias inmediatas referentes a la vitalidad del asa intestinal, tránsito intestinal, peritonitis, y falla en la sutura urétero-intestinal.

Esta operación será tanto más efectiva cuando más temprano se realice, es decir que debemos llevarla a cabo antes de que se instale una insuficiencia renal irreversible.