

ILEOCISTOPLASTIA EN VEJIGA NEUROGENICA

Por el Doctor JUAN MARIANO FAZIO

El caso que paso a relatar se trata de un joven de 13 años entre cuyos antecedentes se consigna haber nacido de parto normal con un mielomeningocele lumbosacro que fue operado a los tres meses de edad. La deambulacion y locuela se hicieron en los plazos normales. Es hijo único y tuvo un hermanito setemesino que murió al nacer con una malformación congénita. Nunca hubo continencia de orina pese a las tentativas de reeducación vesical. Las heces se controlan cuando son bien formadas. El psiquismo es normal; aún supernormal. El aspecto del niño lo muestra bien constituido, en aparente buen estado general. Presenta pie cavo equino bilateral que le permite una marcha casi normal. Los testículos se palpan en bolsas. El prepucio es exuberante por lesión crónica de un orinal. Examen neurológico: anestesia en silla de montar; esfínter anal átono e insensible; reflejos rotuliano y aquiliano normales. Análisis normales, salvo ligera infección urinaria.

Estudio radiográfico: Radiografía simple de árbol urinario: falta de unión de las láminas vertebrales de la 5ª lumbar y sacras.

Urografía de excreción (Figura 1): Imagen de riñón en herradura no complicado. Uretrocistografía (Figura 2): Uretra anterior permeable, pasaje filiforme de la sustancia de contraste en zona membranosa, uretra posterior ampliamente abierta (signo de Schramn), vejiga pequeña, de paredes trabeculadas sin divertículos ni reflujo vésico renal.

Cistometría retrógrada: muestra una curva de vejiga autónoma con 90 cm de capacidad, llegando la manometría a 65 cm de agua. Residuo 20 cm. Se repite la cistometría bajo anestesia raquídea y se obtienen los mismos valores.

Esfinterometría retrógrada (esfinterómetro de Bors): El esfínter externo resiste 70 cm de agua.

Panendoscopia: se confirman los datos uretrocistográficos.

Ante el cuadro clínico de un joven de 13 años con incontinencia de orina por vejiga neurogénica autónoma hipertónica, fija ya por esclerosis como lo demuestra la cistometría bajo anestesia, con escaso residuo y con un esfínter externo aparentemente útil se decide realizar una vejiga de reemplazo y ampliación con ileon.

En la intervención que se realiza el 9 de mayo de 1961 se practica cistectomía parcial de cúpula y anastomosis lateral de un segmento ileal de 20 cm de longitud.

En el postoperatorio no hubo alteraciones electrolíticas dignas de mención. La sonda uretral se retiró a los 20 días de la intervención y poco tiempo después el enfermo tiene micciones de 100 a 150 cm cada 2 a 3 horas, con residuo despreciable. La continencia diurna es perfecta. En muy raras ocasiones tiene enuresis nocturna.

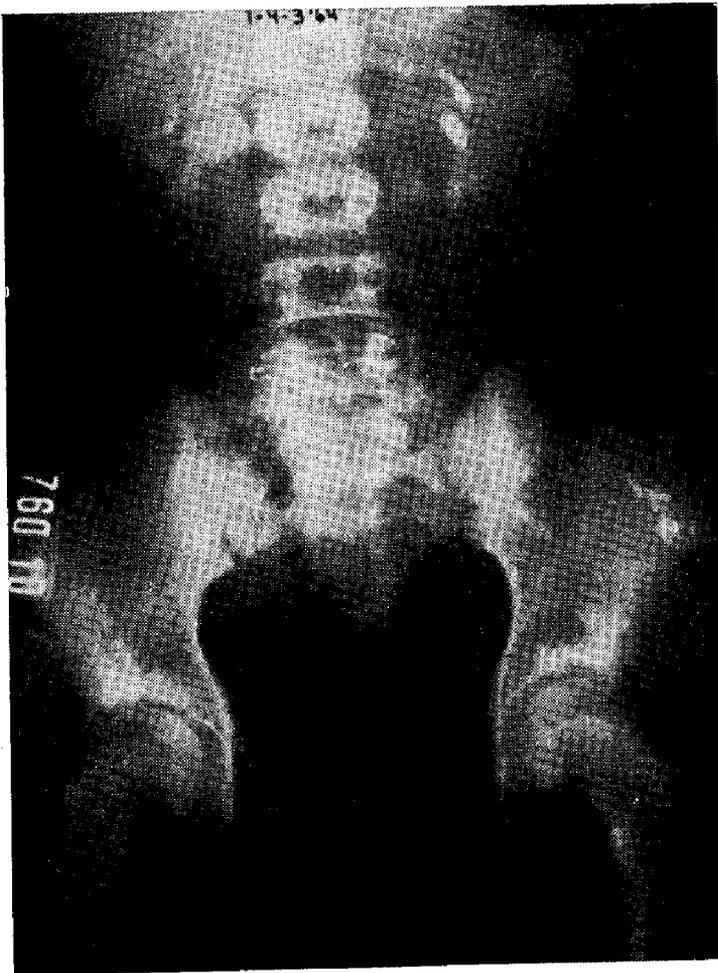


Fig. 1

Cistometría postoperatoria: Capacidad 220 cm, con 40 cm de agua de presión en el cistómetro y sensación de lleno vesical.

Cistografía retrógrada postoperatoria (figura 3): Vejiga ileal de buena capacidad. Orificio anastomótico amplio, en excelentes condiciones.

Anatomía patológica de una porción de pared vesical (informe del doctor Rafael Jufé): El revestimiento epitelial de la mucosa vesical, de tipo transicional, se presenta exulcerado (descamado), en concordancia con fenómenos de inflamación crónica (infoplasmocitaria). Inmediatamente por debajo existe una

gruesa capa de tejido conectivo escleroso, rico en fibras elásticas, surcado por gruesos y dilatados vasos sanguíneos y regueros difusos de células linfoplasmáticas. La capa muscular está constituida por fascículos de fibras musculares lisas, hipertróficas. Los fascículos cercanos a la mucosa están englobados en el tejido fibroelástico el que se introduce más profundamente, predominando en zonas. Llama la atención la existencia de vasos arteriulares con densa infiltración inflamatoria en su pared, en las zonas periféricas de la toma vesical.

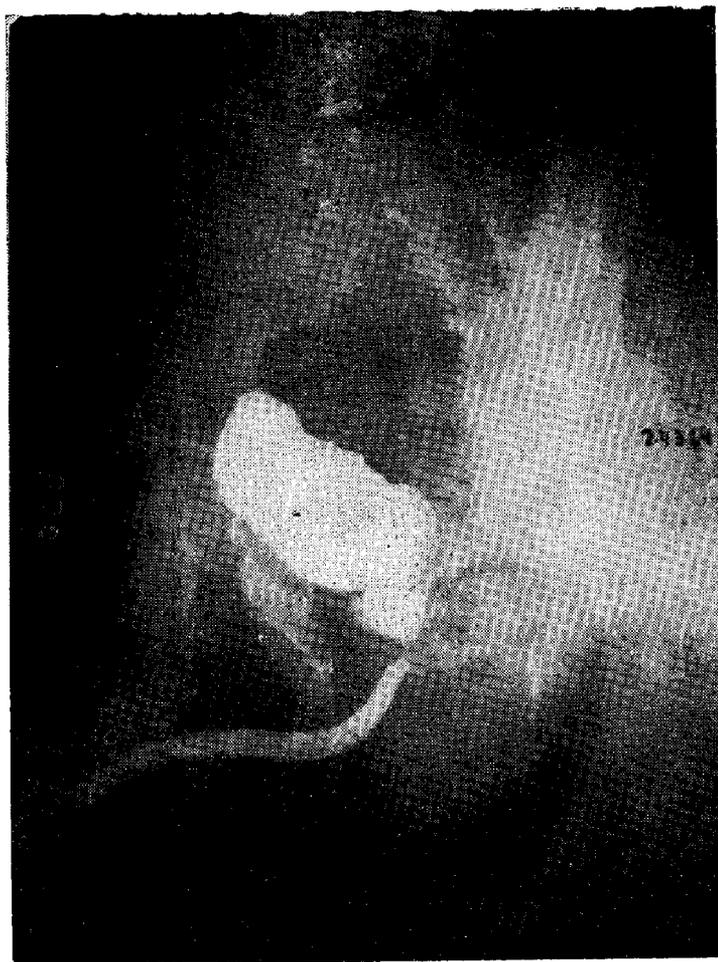


Fig. 2

El enfermo ha evolucionado perfectamente bien hasta la actualidad. Las micciones se realizan cada 2 a 3 horas en invierno y cada 5 a 6 horas en verano. En rarísimas ocasiones ha tenido enuresis nocturna. La continencia urinaria es perfecta. El joven, en excelente estado de salud, realiza una vida normal, sin inconvenientes. Las orinas son cristalinas, sin infección y no existe orina residual.

El control radiológico actual muestra su árbol urinario superior (riñón en herradura), en perfecto estado. En la cistografía retrógrada la neovejiga se rellena perfectamente bien, habiéndose ampliado con respecto al postoperatorio inmediato (figura 3).

Consideraciones generales: El problema urinario que plantean los desórdenes de la inervación vesical en las deformaciones congénitas de la médula es de gran magnitud por la repercusión que engendran en el aspecto físico, moral y social del niño y de la sociedad que lo rodea.

El tratamiento urológico de estas alteraciones estará destinado a resolver varios problemas:

En primer lugar a preservar o restaurar la función del árbol urinario alto dañada por un vaciamiento defectuoso o por reflujo.



Fig. 3

Luego a eliminar la orina residual.

En tercer término a evitar la infección y su acompañante casi obligada, la litiasis.

Por último a establecer el control de la incontinencia.

Solamente cumpliendo estos cuatro postulados podremos resolver el doble problema: el del enfermo y el del medio que lo rodea.

Cada paso o cada intervención realizada en estos pacientes deben ser cuidadosamente meditados y razonados para evitar ulteriores arrepentimientos.

Pasando en revista los diversos tratamientos que pueden ser realizados en estos niños diré que pueden ser medios médicos y quirúrgicos, que no se excluyen sino más bien se complementan.

Medios médicos:

Control de la infección urinaria

Sonda permanente.

Reeducación vesical ayudada en muchos casos con maniobra de Credé

Uso de orinales.

Medios quirúrgicos

urológicos:

- 1) Resección endoscópica o vesicourethroplastia
- 2) Operaciones esfínter (en general de resultados negativos).
- 3) Suspensión del cuello vesical
- 4) Plicatura de la uretra por vía perineal
- 5) Derivaciones urinarias.
 - a) Cistostomía suprapúbica (de necesidad)
 - b) Nefrostomía
 - c) Ureterostomía cutánea
 - d) Ureterostomía cutánea transileal
 - e) Colostomías húmedas
- 6) Cistoplastias
- 7) Cirugía del uréter terminal por estrechez o reflujo.

Medios neuroquirúrgicos:

- 1) Liberación de las raíces nerviosas de la cola de caballo
- 2) Neurectomías.

Presentaré a continuación una clasificación clínicoterapéutica que puede servir de guía para el tratamiento (según Harris, Porch y Haines).

- 1) Edad preescolar. Varones y niñas.
 - A. sin residuo ni hidronefrosis: reeducación vesical
 - B. con residuo sin hidronefrosis:
 - 1 Reeducación vesical con o sin maniobra de Credé
 - 2 Resección endoscópica o cistourethroplastia y posterior reeducación
 - C. con hidronefrosis: derivación urinaria
- 2) Edad escolar:
 - A. sin residuo ni hidronefrosis:
 - 1 varón: orinal y reeducación vesical
 - 2 niña: reeducación vesical o derivación
 - B. con residuo sin hidronefrosis:
 - 1 varón: reeducación con maniobra de Credé, resección endoscópica o cistourethroplastia cistoplastia
 - 2 niña: reeducación con maniobra de Credé, derivación urinaria
 - C. con hidronefrosis: derivación urinaria.

A todo ello y siguiendo también a los mismos autores creo que en algunos casos puede dar resultado la liberación de la cola de caballo.

Todo este plan de tratamiento urológico está supeditado siempre al estado del aparato locomotor, pues es muy distinto reeducar la vejiga de un enfermo en cama a la del que deambula, por lo que es indispensable el tratamiento en

conjunto con el Pediatra, el Ortopedista, el Terapista, etc., de estos seres que ofrecen tantos handicaps.

COMENTARIOS FINALES

La cistoplastia con ileon o colon ha sido utilizada en algunos casos excepcionales de lesiones vesicales neurológicas y he recogido de la literatura mundial algunas observaciones.

Cibert, en 1955, realiza una ileocistoplastia en vejiga neurogénica postmeningomielitis; Gil Vernet, en 1960, ileocistoplastia por vejiga neurogénica luego de traumatismo de columna lumbar, con regular resultado; Truc, en 1960, colocistoplastia en vejiga hipertónica con reflujo y excelente resultado funcional.

En nuestro país, Ercole y Rodríguez Kees publican un caso de una niña de 10 años, con incontinencia por un mielomeningocele operado a las pocas horas del nacimiento, a quien se le realizó una ileocistoplastia y una suspensión de cuello con cinta antepúbica con buen resultado.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Cibert, Durand y Gerdil*: El tratamiento de ciertos trastornos vesicales de origen nervioso por la ileocistoplastia. *Journal d'Urologie Medicale et Chirurgicale*. 61:507, 1955.
- 2) *Bitker, Michel Pascal*: Problemas urológicos de la espina bífida. La incontinencia de orina. Estudio fisiopatológico y posibilidades terapéuticas. *Semanaire des Hopitaux de Paris*. 36: 2892. 1960.
- 3) *Borst, Ernst*: Un simple esfinterómetro. *The Journal of Urology*. 60:287. 1948.
- 4) *Nash, Ellison*: Parálisis espinal congénita. El tratamiento de la incontinencia. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 20:349. 1957.
- 5) *Gil Vernet, M., Soler Rosello, A., Verly, J. Ma., Gosálbez, R.*: Vejiga neurogénica traumática. Ileocistoplastia. Resultado. *Journal d'Urologie Medicale et Chirurgicale*. 66:72. 1960.
- 6) *Truc, Levallois, Grasset, Badosa*: Colocistoplastia por vejiga neurogénica en un parapléjico. Un nuevo caso. *Journal d'Urologie Medicale et Chirurgicale*. 69:520. 1953.
- 7) *Page, H., Porch, Ph. y Haines, C. E.*: Disfunción neuromuscular del tracto urinario inferior. *The Journal of Urology*. 87:742. 1962.
- 8) *Ercole, Ricardo y Rodriguez, Kees*: La ileocistoplastia en el tratamiento de la vejiga neurogénica. A propósito de una observación personal. *Revista de Urología de Rosario*.