

LA CISTOSTOMIA TUBULADA SEGUN METODO DE LAPIDES

Dres. Oscar C. Carreño, León Bernstein - Hahn y Jorge J. Zonzini

En 1960 J. Lapidés de la Universidad de Michigan describió una técnica quirúrgica que creaba una fístula vésico-cutánea, que permitiera drenar en forma permanente la vejiga sin la presencia de sondas.

En febrero de 1965 dicho autor publicó una serie de 200 casos así tratados, sumándose otros urólogos, en una corriente que indicaba esta operación en estados precoces de las paraplejías y cuadriplejías traumáticas y otros tipos de vejiga neurogénica.

Otros métodos de cistostomía tubulada como los de Blockson y Cordonnier han dado resultados variables. Krahn, Morales y Hotchkiss realizaron cistostomías tubuladas en 16 pacientes; de ellos siete (7) según técnica de Lapidés en todos ellos tuvieron que recurrir a otro tipo de derivación, pues encontraron dificultad en mantener las bolsas sin que perdieran orina, y aparecieron como complicaciones litiasis, infecciones y estrecheces del nuevo trayecto fistuloso.

En los siete (7) casos en que practicaron el método de Cordonnier la necesidad de otro tipo de derivación se manifestó en cinco pacientes. De los dos (2) pacientes en que se empleó el método de Blockson el resultado fue satisfactorio, en uno; y no concurrió más a la clínica el otro.

En nuestros Servicios de Urología del Hospital de Niños y Centro de Rehabilitación del Lisiado hemos practicado en pacientes portadores de vejiga neurogénica, distintos tipos de derivaciones urinarias, en tres (3) casos se efectuó cistostomía tubulada según método de Lapidés.

Siguiendo la técnica del autor se talló un colgajo cutáneo de 4 x 4 cms. a base inferior que se practica un poco por encima de la mitad del trayecto entre la futura incisión transversa y el ombligo; al llegar a la vaina de los músculos rectos se reseca una superficie similar al colgajo subyacente del mismo.

A continuación se traza una incisión transversal a dos traveses de dedo por encima del pubis, de 10 a 12 cms. que toma piel y tejido celular subcutáneo hasta aponeurosis. Se le da cierto vuelo a los colgajos, especialmente al superior y se procede a la apertura de la aponeurosis y músculos en la línea media, a continuación se libera la vejiga y se marca un colgajo de 3 x 2 cms. mayor en su base que es superior, asegurando así su mejor irrigación.

El pedículo cutáneo se rota hacia el interior de la herida y el vesical hacia el exterior anastomosando entre sí los bordes laterales de los mismos. El orificio externo del tubo formado se completa suturando el segmento vesical a la piel del abdomen con puntos de catgut cromado 0. La brecha vesical se cierra a continuación, suturando con el borde superior rebatido del colgajo cutáneo.

Se sutura luego la incisión transversa por planos, dejándose un drenaje en el espacio de Retzius.

La ostomía debe permitir el paso cómodo de un dedo y el período post-operatorio inmediato se le deja una sonda que se reemplaza por una bolsa apropiada, después que ha completado el proceso de cicatrización. En ciertos casos existe la indicación de efectuar el cierre del cuello vesical, que puede llevarse a cabo durante el período quirúrgico, por vía endovesical o por vía retropúbica. Hay quien aconseja este cierre practicarlo en un segundo tiempo.

CASO N° 1: J. M. R., 19 años, sexo masculino. H. C. 3759.

Paciente que ingresa en mayo de 1963 con incontinencia de ambos esfínteres manejándose con un clamps de incontinencia.

Exámen físico: Adolescente obeso, con fimosis muy acentuada, orina infectada con 150 cm³. de residuo, escaras isquiaticas en ambos lados del tamaño de una palma de mano.

Arreflexia patelar y aquiliana. Hipoestesia con nivel D7 derecho y D9 izquierdo. Anestesia para todas las formas de sensibilidad, motilidad activa muy escasa. Rasquisquis L-4 L-5. Deformaciones: Cadera derecha luxación superior, con cabidad cotiloidea muy deformada. Cadera y rodilla izquierda en flexión. Pies equinos irreversibles.

Antecedentes: Meningocele operado a los dos (2) años de edad.

A su ingreso se le coloca Foley N° 16. En enero de 1964 se le practica Urografía de excreción, sin particularidades patológicas.

Abril de 1964 Cistografía con Cistometría. Residuo 70 cm³. primer deseo miccional a los 60 cms³., micciona alrededor de sonda a los 100 cm³. Cistografía: Vejiga de bordes lisos y pequeña capacidad.

En junio de 1964 presenta fístula uretrocutánea en el ángulo peno-excrotal.

En septiembre de 1964 se practica cistostomía tubulada según técnica de Lapides.

Presenta en el período post-operatorio mediatodificultades en adaptar una bolsa u orinal pues la orina se escurre entre los pliegues de la piel abdominal.

Consulta en un Servicio hospitalario donde se le cierra la fístula vésico-cutánea y se le practica plástica de uretra posterior y operación de Stockel en junio de 1965.

Se reinternar en Noviembre de 1965 presentando un residuo urinario de 60 cms.³, divérticulo de uretra anterior de 4 cms. de diámetro, fístula suprapúbica permeable la cual cierra en diciembre de 1965.

CASO N° 2: S. G., 18 años. Sexø femenino. H. C. 5098.

Ingresa el 3 de julio de 1965 por incontinencia esfintérica, consecutiva a agenesia del sacro.

Paciente muy obesa. Reflejos tendinosos muy disminuidos.

En el Hospital de Niños fue tratada de pie Boot bilateral.

Sensibilidad superficial y profunda conservada.

Pielografía del 21-8-1965: Rx. simple de árbol urinario s/p.

Urografía de excreción: Pobre visualización bilateral. Ureterectasia bilateral inferior. Vejiga grande Nivel SI.

Cistografía: No hay residuo. Vejiga piriforme de esfuerzo con reflujo ureteropielico bilateral. Orejuela de Hutch lado izquierdo.

Cistometría: Residuo 50 cms³. Orina alrededor de sonda a las 200 cms³. Presión voluntaria máxima 40 mm. de mercurio. Presión efectiva total 65 mm. de mercurio.

Cistoscopia: Meatos ureterales en hoyo de golf. Hiperhemia, trabeculaciones. Celdas y columnas de 11 grado, lado izquierdo orejuela Huth.

El 2 de septiembre de 1965 se le practica cistostomía tubulada según técnica de Lapides.

En la evolución post-operatoria presentó dermatomycosis alrededor de la ostomía cutánea, cuadros pielonefríticos a repetición; la adaptación del orinal fue deficiente por los excesivos pliegues cutáneos que la hacían perder orina especialmente cuando estaba acostada.

El 8 de junio de 1966 se le practica una Vejiga Ileal de sustitución según técnica de Bracket, con una evolución muy satisfactoria.

CASO N° 3: M. B., 8 años, sexo femenino. H. C. 638.

Operada a las 24 horas de su nacimiento de mielomeningocele lumbar.

Consulta en 1960 por incontinencia de ambos esfínteres, pielografía descendente muestra buen dibujo pielocalicial bilateral con vejiga de escasa capacidad.

Se le indica tratamiento conservador y en abril de 1966 concurre con incontinencia vesical. Pielografía descendente muestra sistema urinario superior normal, vejiga de buena capacidad que llega a nivel de primera vértebra sacra.

Cistografía retrógrada: no se comprueba reflujo.

El 12 de mayo se le practica cistostomía tubulada según técnica de Lapidus con sutura de la uretra, desarrollando en el período post-operatorio una permeabilización de la uretra, permaneciendo internada al presente en el Hospital de Niños.

CONCLUSIONES

En nuestra pequeña experiencia los resultados con este tipo de derivación urinaria no han sido satisfactorios. Los inconvenientes que hemos tenido coinciden con los expresados por varios autores como Krahn, Morales y Hotchkiss y López Engelking.

Los principales problemas que queremos subrayar son: 1) Operación técnica dificultosa por tratarse habitualmente de pacientes obesos.

2) Dificultad de adaptación de las bolsas orinales igualmente por tratarse de obesos con pliegues cutáneos abdominales muy marcados. 3) Lesiones irritativas de piel y dermatomycosis.

Es posible que seleccionando convenientemente los pacientes pueda en algunos de ellos ser de utilidad esta intervención quirúrgica. ‡

SR. PRESIDENTE.- Está en consideración.

DR. GUZMAN.- Luego de felicitar a los doctores Carreño, Berstein-Hahn y Zonzini por esta experiencia en la talla tubulada, creo que es necesario hacer algunas pequeñas ampliaciones o aportaciones al tema. Entiendo que es necesario documentar perfectamente bien en esos enfermos portadores de mielodisplasias, si existe o no hipertonia vesical. Da la impresión, por lo oído, que en los tres casos hay hiperquinesia vesical, y en caso de hablar de incontinencia de orina es algo un poco difícil, porque es un detrusor que está muy liberado, para un estriado que no tiene la potencia necesaria. Y el nudo de la cuestión en estos casos está en la zona medular que corresponde a la integración somatovegetativa medular. Quiere decir que si en estos enfermos podemos lograr inhibir o destruir al centro del detrusor transformándolo en atómico o aquinético, vamos a lograr en gran número de casos una mejoría sustancial del problema. Es indudable que modificando la hipertonia dentro del detrusor, la urectasia va a mejorar y concomitantemente se podrán efectuar otras pequeñas operaciones para modificar la situación general. En algunos casos que estamos siguiendo, afortunadamente, no hemos llegado a hacer ningún tipo de operación. Algunos enfermos han recuperado totalmente la continencia a las pocas semanas del tratamiento y en uno de los últimos que hemos visto, remitido por el doctor Comotto, se ha logrado el corte del chorro miccional a voluntad. Solamente queda un escape de orina por la noche pero el enfermo más o menos mantiene bien sus ropas secas durante el día. Indudablemente tendrá que ser seguido de cerca por ahora. Es indudable que la talla tubulada ha significado en su momento una verdadera adquisición un cuanto a restringir la estructura del tallo hipogástrico. Pero por lo que estamos viendo la adaptación de la bolsa es un problema mucho más serio de lo que parece.

DR. FAZZIO.- Con respecto a la vejiga urogénica del mielodisplásico yo quisiera referirme a que en algunos enfermos, especialmente en aquellos en que no hay compromiso alto grande se puede a través de un estudio exhaustivo lograr quizás un balance entre lo que es capacidad del detrusor y resistencia de lo que se puede llamar esfínter. En realidad si no tienen relación completa en muchos casos se puede lograr una cierta resistencia en base a la elasticidad de los tejidos perineales. Creo que el control de esfínterometría es difícil de conseguir. Nosotros tenemos cierta experiencia solamente a través de un catéter suprapúbico que utilizamos para saber la verdadera resistencia frente a un tipo posible de plástica.

Con ésto quiero decir que antes de llegar a una derivación permanente de orina, especialmente cuando no hay compromiso alto o definitivo, debe hacerse todo lo posible para recuperar la micción.

He presentado hace dos años también un caso que ya lleva cinco años de operado y está bien, con perfecta continencia y micciones cada cuatro o cinco horas. Actualmente en el hospital tenemos una niña que ni siquiera ha sido operada, tiene diez años, a quien se le ha hecho una colecistoplastía de agrandamiento, con éxito. Creo que se puede estudiar muy seriamente la posibilidad de recuperación de la micción.

DR. BERNSTEIN-HAHN.- Agradezco las contribuciones de los doctores Guzmán y Fazio. En realidad con este trabajo no pensábamos plantear de ninguna forma el enfoque sobre el enfermo mielodisplásico ni tampoco el de las derivaciones urinarias en esos pacientes. Hemos presentado nada más que la experiencia sobre el método de Lapidés y nos hemos reservado para alguna otra oportunidad nuestra experiencia con otros métodos. Lo único que vimos en una serie bastante grande de enfermos con mielodisplasias es que evidentemente el confort es una de las cosas que debemos buscar, pero antes que eso es la vida misma que depende de la suficiencia o insuficiencia renal y que debemos controlar muy cuidadosamente porque en un momento dado ese enfermo que está continente puede sufrir una incontinencia que lo lleve a una insuficiencia renal. No tengo la estadística acá pero recuerdo perfectamente que los enfermos incontinentes que hemos visto son precisamente los que mejor estado urinario superior tienen. Considero muy interesante que nos encontramos para conversar los problemas sobre este tipo de enfermos que empezamos a ver los urólogos con el perfeccionamiento de las técnicas y de los cuidados neuroquirúrgicos. Eso hace que en este momento forzosamente cualquier serie resulta pequeña. Creo que la más importante es de la universidad de New York y no llega a 300 casos y la universidad de Columbia se permitió publicar una serie de 50 casos. Los distintos autores están tratando de hallar soluciones. Es evidente que para curar a un chico una incontinencia uretral para crearle este tipo de inconveniente, hay que pensarlo mucho. Está más justificado evidentemente cuando tratamos de solucionar un problema de insuficiencia renal incipiente como cuando se encuentra un reflujo, etc. Hay muchos enfermos y creo que todavía no hay nada, no estoy seguro, en relación con el tratamiento de la mielomeningocele. Hay una corriente que es la que nos manifestó el Dr. Guzmán de tratar de mejorar la inervación por medio de alcoholizaciones. Ahora, en realidad no existe una enfermedad que se llama mielomeningocele con entidad. Casi todos los que hemos visto fueron operados, y en esa operación que se hace actualmente a las 24 horas, o bastante precozmente, siempre se produce el corte o la sección de algún filete nervioso, que es muy difícil para un neurocirujano individualizar en un recién nacido. De manera que existen una serie de problemas derivados de la mielomeningocele. Llamamos la atención sobre dos cosas: Una que Lapidés muy entusiasmado

proclamaba su operación como una panacea, inclusive en paraplejías agudas. Creemos que no tienen lugar, y también pensamos que esta operación de ninguna manera es una cosa tan sencilla como parecen indicar sus trabajos. Nuestra experiencia en estos enfermos de mielomenigocele, que a cierta edad son obesos, ha sido muy decepcionante, y en eso coinciden una serie de autores. Aunque no ha efectuado la publicación, el doctor Ernest Borch piensa que probablemente no ha encontrado a nadie con la indicación referida al manejo de los distintos casos, sea con alcoholización, sea con neurotomía. Y en cambio, se refiere a que el manejo de las anestias selectivas puede dar alguna respuesta. Mientras tanto cuando hay insuficiencia renal, probablemente en este momento la operación de Bricket o sea la que ofrece mayores seguridades y mayor confort a los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Krahn H., Morales P., Hotchkiss R.
Experiencie with tubeless cystostomy.
The Journal of Urology Vol. 91, N° 3: 246-252. 1964.
- Lapides J. Bourne R. B., Lanning R. J.
Presente status od cutaneous vesicostomy.
The Journal of Urology. Vol. 93 N° 2: 189-195. 1965.
- López Engelking R. Relato sobre derivaciones urinarias al IX Congreso Panamericano de Urología. Uruguay 1965.
- Bors E. Comunicación personal 1966.

agregue
VIDA
a los años



SUSTANON "100" y "250"



la androgenoterapia de elección

Asociación de ésteres de testosterona de liberación gradual, que aseguran una acción notablemente prolongada y niveles terapéuticos constantes.

SUSTANON $\left\{ \begin{array}{l} \text{"100"} - 1 \text{ ampolla cada } 15 \text{ días} \\ \text{"250"} - 1 \text{ ampolla cada } 30 \text{ días} \end{array} \right.$

Cantidad de ésteres de testosterona	SUSTANON "100"	SUSTANON "250"
Propionato de testosterona	20 mg.	30 mg.
Fenilpropionato de testosterona	40 mg.	60 mg.
Isocaproato de testosterona	40 mg.	60 mg.
Caprato de testosterona	—	100 mg.
	100 mg.	250 mg.
PRESENTACION:	Cajas con 1 y 3 ampollas de 1 cm ³ . en oleato de etilo	

Una Empresa proyectada
hacia el futuro
con sentido nacional



GAS del ESTADO