

## VESICO - CERVICO - PLASTIA

Dres. Juan A. Mocellini Iturralde y Juan C. Millan

Interesados por los resultados observados en nuestro medio y en el extranjero con esta técnica operatoria, decidimos adoptarla en el tratamiento de las cervicopatías estenosantes de nuestros pacientes, desde el año 1962.

Consiste el procedimiento en efectuar sobre la cara anterior de la vejiga una incisión en "V", cuyo ángulo debe corresponder al orificio del cuello. A partir de éste se prolonga la sección a expensas de la pared uretral anterior, en 1 cm aproximadamente, quedando transformada la incisión en una "Y".

Con este abordaje véstico-uretral, se obtiene una amplia visión del cuello, en su vertiente uretral y del triángulo al reclinar el colgajo superior.

Es así posible efectuar la cervicotomía posterior, bajo control visual, con hemostasia muy satisfactoria, y simultáneamente intervenir los uréteres inferiores si es necesario, ya que el amplio campo operatorio lo permite.

En la reconstrucción se sutura el colgajo vesical descendido al extremo de la sección uretral, de modo que transformamos a la misma en un ángulo abierto hacia la vejiga y que queda ocupado por el colgajo de ésta. Se completa la sutura, borde a borde. Fig. nº 1.

Se consigue así ampliar los diámetros del cuello, por la cervicotomía posterior y por la interposición de la cuña vesical.

1ra. Observación: A. G. 11443-Sala 6. Hosp. Fernández. 31 años. Masc. Por su polaquiuria debida a la esclerosis cervical se le efectúa resección endoscópica en 2 oportunidades, persistiendo la sintomatología con menor intensidad. Un año más tarde vesicocervicoplastia (julio 1962) y alta a los 13 días, asintomático (evolución 6 años).

2da. Observación: S. M. 28 años-Masc. Hist. 12107. Sala 6-Hosp. Fernández. Polaquiuria intensa, micción cada 5' por esclerosis cervical tuberculosa. Riñón izquierdo excluido, ureteropionefrosis T. B. C.

Después de la nefroureterectomía izquierda se procede a la cervicoplastia. 28-8-62. Alta recuperado, micción cada 4 horas, asintomático, (evolución 6 años).

3ra. Observación: J. L. Hist. 20357. 7 años-Masc. (O. S. Ministerio de Hacienda).

Polaquiuria y hematuria periódicas, crisis infecciosas, residuo vesical 70 cm<sup>3</sup>. Estasis pieloureteral moderado. Se procede a la vesicocervicoplastia (7-11-62) con recuperación total y cese de las hematurias (tiempo de evolución 6 años).

4ta. Observación: O. A. 5 años. Masc. Hist. 5903-CEMIC.

Hipertenso 200/150. Ritmo de galope, pulso 120 por minuto.

Anemia hipocrómica, ascitis, circulación colateral, ortopnea, 4 episodios de edema agudo de pulmón. Polaquiuria y disuria moderadas. Presentaba esclerosis cervical, estenosis de uretra, divertículos vesicales, estenosis uretral derecha con dilatación supraes-tricular, atrofia renal izquierda.

Previa talla, se efectúa la vesicocervicoplastia (8-9-62), y posteriormente reimplante ureteral derecho y uretrotomía perineal, en dos tiempos operatorios.

Se obtiene, desde que fue tallado, control médico de la hipertensión, normalización cardiovascular, desarrollo estatura-ponderal hasta ese momento detenido. Cursa la es-

cuela primaria normalmente recuperación del ritmo miccional, evacuación por la estomía perineo escrotal (tiempo de evolución 5 años).

5ta. Observación: C. A. 36 años. Masc. Sala 6. Hospital Fernández. H; 19345. Concorre por disuria, polaquiuria progresivas y crisis de infección. Se comprueba la existencia de una cervicopatía y se lo interviene quirúrgicamente en 1965. Recuperación del ritmo miccional, control de la infección urinaria.

6ta. Observación: Clientela particular. T. Y. 41 años-Masc. Un año antes se le efectuó una operación, probablemente una prostatectomía, luego aparece incontinencia y posteriormente retención completa; otro colega efectúa una resección endoscópica, sin modificarla. En estas condiciones se le propone la vesicocervicoplastía, advirtiéndole al paciente que reaparecería la incontinencia posterior a la primera operación. Se realiza la intervención en agosto de 1965 y simultáneamente suspensión a lo Marshall-Marchetti. Recupera la permeabilidad uretrocervical, con incontinencia ortostática.

7ma. Observación: S. M. de H. 46 años-Masc. CEMIC Hist. 208549. Comienza su padecimiento con polaquiuria progresiva y disuria inicial moderada desde un año antes de ser vista por nosotros. En el exámen se comprueba estenosis ureteral bilateral, vejiga crispada (cistitis T. B. C.) y esclerosis de cuello. Tratado médicamente, mejora la capacidad vesical y se aprovecha para efectuarle la cervioplastia y reimplante a lo Leadbetter del ureter derecho. Al año persiste la dilatación ureteral derecha y franca recuperación de la actividad vesical. Se lo reintervendrá nuevamente por la estenosis ureteral.

8va. Observación: C. P. 11 años. CEMIC. Hist. 28273. Consulta por disuria y polaquiuria intensa desde hace años, con crisis de infección urinaria periódica, estasis ureteral derecha por estenosis terminal y esclerosis cervical. Se le efectúa la vesicocervicoplastía y reimplante del uréter comprometido a lo Leadbetter en Nov. de 1967. Evoluciona satisfactoriamente con desaparición de las crisis de infección urinaria. Micción espaciada, fácil y controlada.

9na. Observación: D. F. Masc. Cemic N° 29.246. Nos consulta por retención completa de orina. En el estudio a que se lo somete se determina que ésta es condicionada por esclerosis cervical. El 11-4-67 se le efectúa una vesicocervicoplastia. La evolución posterior es totalmente satisfactoria.

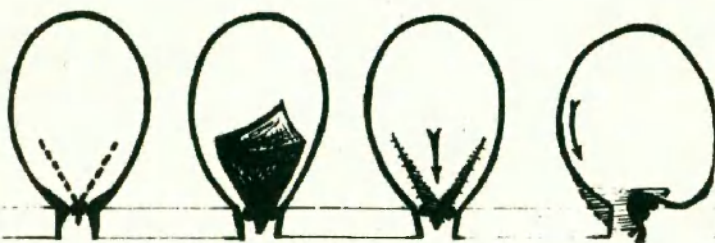
10ma. Observación: C. R. masc. 32 años. CEMIC. 216.527. Consulta por infección urinaria recidivante. Se determina la existencia de una cervicopatía estenosante con 90 cm<sup>3</sup> de residuo. Se lo opera el 10-5-68 y evoluciona satisfactoriamente.

Presentamos los resultados obtenidos en 10 observaciones con esta técnica operatoria con la que se consigue la ampliación del cuello vesical, como no la brinda ninguna otra. Se obtiene así mismo la desaparición del retrofondo vesical y vasculación de la pared anterior descendiendo al cuello embudiforme a la posición de mayor declive. Incluso luego de fracasos con otros procedimientos a los que no les desconocemos su sencillez. Creemos por tanto interesante relatar estas observaciones.

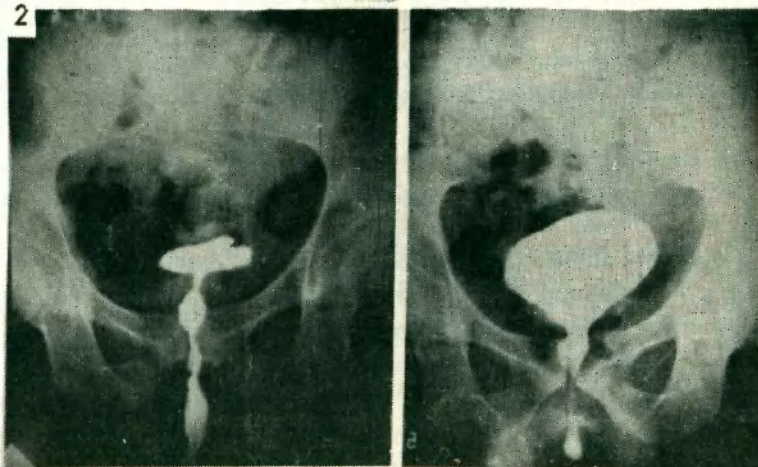
No hemos tenido ningún accidente ni contratiempo operatorio, como tampoco morbilidad alejada en seis años de observación en algunas de ellas.

## VESICO-CERVICO-PLASTIA

1.



2



2

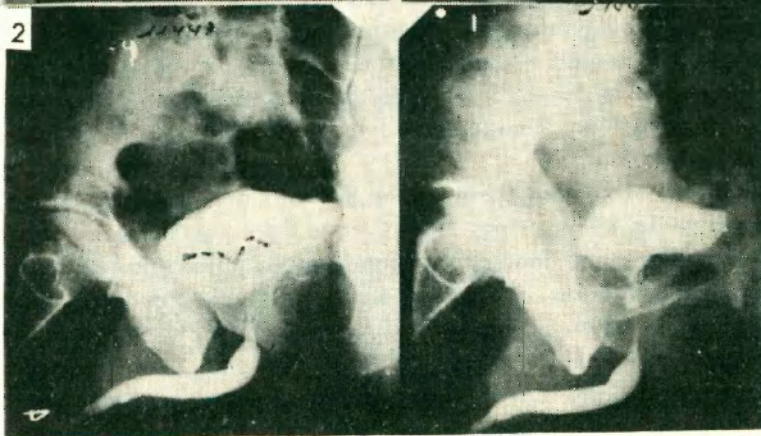


Fig. 1 - Técnica operatoria

- a) Incisión en Y sobre cara vesical anterior y pared anterior de uretra.
- b) Cervicotomía posterior
- c) Descenso del colgajo vesical y sutura borde a borde
- d) Vasculación de la pared vesical

Fig. 2 - Uretrocistografía - frente

- a) Preoperatorio: imagen rígida del cuello por diafragma cervical escleroso, perpendicular al fondo vesical.
- b) Postoperatorio: cuello amplio embudiforme

Fig. 2 - Uretrocistografía oblicua

- a) Preoperatoria; cuello embudiforme, luego de resección endoscópica en 2 oportunidades, pero elevado, retrofondo vesical.
- b) Postoperatoria; cuello embudiforme, descendido, sin retrofondo.

## DISCUSION

Dr. Guzmán. Deseo felicitar, a los comunicantes por el éxito obtenido con ese tipo de operación y deseo hacer algunas consideraciones en lo referente a la apertura de cuellos rígidos.

Pienso que se puede dividir en tres grupos más importantes.

Los primeros que con la simple cervicotomía endoscópica o a cielo abierto pueden solucionar su problema; se trata sin duda de casos en que no existen grandes estenosis o procesos retrovesicales.

Los segundos, en que debe hacerse una ampliación de todo el cuello, con las plásticas en V, en Y o en W. Son los pacientes que tienen un gran receso retrovesical o retrocervical.

Pero así y todo, en algunos casos no alcanza la plástica en V ni en Y combinada con la cervicotomía o la cervicectomía posterior sino que hay que combinarla con una nueva plástica en V o en Y de la cara posterior de la vejiga y del cuello, que se puede hacer muy bien, como dicen los comunicantes, con la sección anterior del cuello, donde se puede practicar una buena plástica, bajando un buen colgajo vesical, que pienso que es la única forma de hacer que exista una sola pendiente en lo que es la cara posterior de la vejiga y la uretra posterior en el momento de la micción.

En algunos cuellos con gran hipertrofia siempre va a haber un receso retrocervical. Quisiera saber qué piensan los comunicantes de estas consideraciones.

Dr. Mocellini Iturralde. Agradezco la colaboración del doctor Guzmán.

Cuando existe un gran receso retrotrigonal es menester el colgajo en la cara posterior de la vejiga. No hemos tenido la fortuna de encontrarnos con un caso como el que describe; sino lo hubiéramos practicado.

Dr. Bernstein - Hahn. Conjuntamente con el doctor Carreño presentamos al Congreso de Pediatría reunido en Salta, 26 casos de niños operados con la técnica descrita por los comunicantes y que, por otro lado, corresponde en la patología cervical de la infancia a la operación de elección en nuestro medio y en los centros urológicos infantiles de la zona este de los EE. UU.

Dr. Steinberg. Desearía preguntar si en el caso del niño en que los comunicantes practicaron una plástica en Y, efectuaron un estudio radiográfico de control postoperatorio, ya que me pareció ver una dilatación.

Dr. Mocellini Iturralde. A esa criatura había que hacerle el control bajo anestesia general. No se efectuó el mismo porque cesó la disuria, la crisis de pielonefritis, desapareció completamente la hematuria.

En dos niños se practicaron estudios preoperatorios bajo anestesia general, pero clínicamente están con orinas asépticas y en muy buen estado general.

En resumen, no podría contestar la pregunta del doctor Steinberg.

Dr. Sáenz. En la técnica que ha descrito el doctor Guzmán utilizamos como complemento una incisión transversal a nivel de la elevación del cuello, con reclinación del epitelio hacia arriba y hacia abajo, y luego, se practica el cierre para controlar la hemostasia.

Nosotros hemos practicado la cervicotomía posterior en cuña y en muchas escuelas se hace la resección del cuello con su reepitelización.

## VESICO-CERVICO-PLASTIA

Dr. Fazio. En los niños en que se practican este tipo de operaciones, ¿cuál habrá de ser su porvenir genital o seminal cuando tengan su vida sexual activa?

Dr. Mocellini Iturralde. En los adultos, sí, hemos comprobado esterilidad. En los niños, no sabemos cuál va a ser su porvenir porque lleva seis años el más antiguo de nuestros operados y está por cumplir 11 a 12 años de edad el mayor de los niños que hemos operado.