

había orina y a la palpación bimanual se encontró una masa del tamaño de una cabeza de feto.

Los estudios respectivos mostraron que la vejiga estaba completamente desplazada hacia la izquierda.

El enfermo fue intervenido y se pudo enuclear una masa de límites perfectamente definidos, salvo en el fondo, a nivel de la iliaca primitiva. El informe anatomopatológico habló de un proceso inflamatorio inespecífico, pero no conforme con el mismo, hicimos otras consultas con otros anatomopatólogos y llegamos a la conclusión de que se trataba de una linfomatosis.

La evolución fue desgraciada pues el paciente pocos meses después entró en caquexia, falleciendo de su enfermedad general. Su primera manifestación fue una enorme tumoración paravesical que pesaba alrededor de un kilo y medio.

Quería hacer esta acotación porque los tumores paravesicales se ven escasamente y habrá que pensar en una enfermedad de sistema, como en el caso que acabo de citar.

*Dr. Prat.* — Agradezco la colaboración del doctor Delporte. Efectivamente es pobre la casuística que existe sobre tumores paravesicales. En nuestro caso, fue bastante difícil proceder a la enucleación por la gran continuidad con el pubis.

Sección Urología  
Instituto de Oncología Angel Roffo

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971  
Sociedad Arg. Urología, 26-8-71

## URETEROSTOMIA CUTANEA TRANSILEAL SIMPLIFICADA

Dres. CARLOS H. SCORTICATI \*, ALBERTO MARTINEZ y FELIPE SMITH

Es universalmente aceptado, que la derivación urinaria que garantiza la mejor función del riñón, motivo primordial de toda exclusión vesical, es la ureterostomía cutánea transileal, que se difundiera ampliamente luego de las comunicaciones de Bricker en 1950.

Esta afirmación, que fuera muy discutida por los partidarios de la derivación colónica, está refrendada, últimamente, por valiosas estadísticas y por evaluaciones clínicas y experimentales, entre las que destacamos los trabajos de Small, Boyarsky y Glenn en 1968 y los de Kursch, Albert y Persky en 1970.

Es por ello que en el Instituto de Oncología damos preferencial indicación a este tipo de derivación, tanto en los casos que se asocian a cistectomía radical, con intenciones de curar quirúrgicamente el cáncer de vejiga, como en aquellos pacientes, en que por el estadio avanzado de la neoplasia, sólo pretendemos mejorar o preservar la función renal y aislar la vejiga tumoral del tránsito urinario, aliviando así gran parte de la sintomatología y confiando el tratamiento ulterior a la terapéutica física o química, que posibilitan a veces prolongadas sobrevividas.

La modificación que hemos adoptado, luego de haberla sometido a la crítica del Ateneo de Tumores del Instituto es, nada más, que la aplicación a la urología de la técnica que Tomoda describiera en 1951, para el restablecimiento de la continuidad esófagoduodenal, en las gastrectomías totales

(fig. 1), utilizando un segmento de asa intestinal aislada, en forma de omega, realizando la exclusión por una simple ligadura no reabsorbible en cada extremo del segmento aislado y la restitución de la continuidad del tránsito intestinal, por una anastomosis láterolateral por debajo de la ligadura. En la bibliografía mundial sólo hemos hallado un aporte de Michel Levallois, de Avignon, a un simposio sobre "Reemplazos de vejiga", en 1967, en que emplea este método de exclusión, para realizar una vejiga ileal.

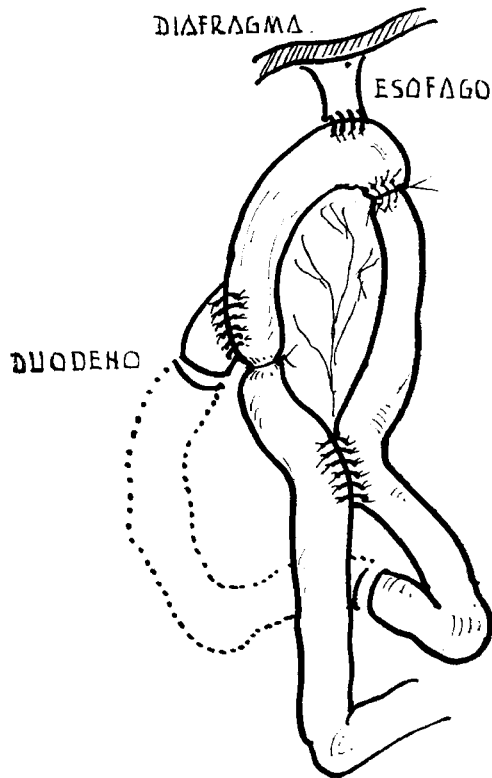


Fig. 1: Método de Tomoda.

#### *Técnica de la ureterostomía cutánea transileal simplificada.*

La operación se inicia con los pasos clásicos de liberación y sección de los uréteres, y transposición del uréter izquierdo, a la cavidad abdominal por debajo de la raíz del mesosigma, realizando concomitantemente ligaduras de las arterias hipogástricas. Reparados los uréteres, se elige un asa de íleon terminal aproximadamente de unos 20 a 25 cm. de longitud (más largo que en la operación de Bricker clásica, por la disposición en omega del asa), dependiendo la longitud de la constitución del paciente en relación con el espesor de la pared abdominal.

Se efectúa la interrupción del tránsito intestinal por medio de una ligadura simple de seda trenzada, en el extremo proximal del asa a aislarse, que se pasa transfictivamente, a través del mesenterio, rasando la pared intestinal. Esta ligadura debe ajustarse fuertemente, para obtener una impermeabilidad absoluta.

Igual maniobra se realiza en el extremo distal del asa la que es digitalmente exprimida, antes de ajustar la ligadura.

Se realiza la restitución de la continuidad intestinal por una anastomosis

amplia latero-lateral de intestino, en 2 planos cerca de ambas ligaduras, por lo que el asa aislada toma una disposición en omega.

Con lino fino se hace una jareta en el mesenterio del asa aislada, como profilaxis de hernias internas.

Hemos peritonizado las ligaduras de intestino, mediante algunos puntos seroserosos de lino para mayor seguridad, aunque no estamos convencidos de su necesidad. Y últimamente lo hemos abandonado sospechando que ello podría favorecer una eventual permeabilización.

Se procede entonces a la apertura del asa aislada, en su parte media y antimesentérica en una extensión de unos 3 cm., la que constituirá la ileostomía cutánea. Por ella procedemos a limpiarla minuciosamente, realizándose entonces la urétero-ileo-anastomosis en cada uno de los extremos del segmento desfuncionalizado.

Esta unión la hacemos con uréteres cateterizados, y con técnica mucomucosa minuciosa.

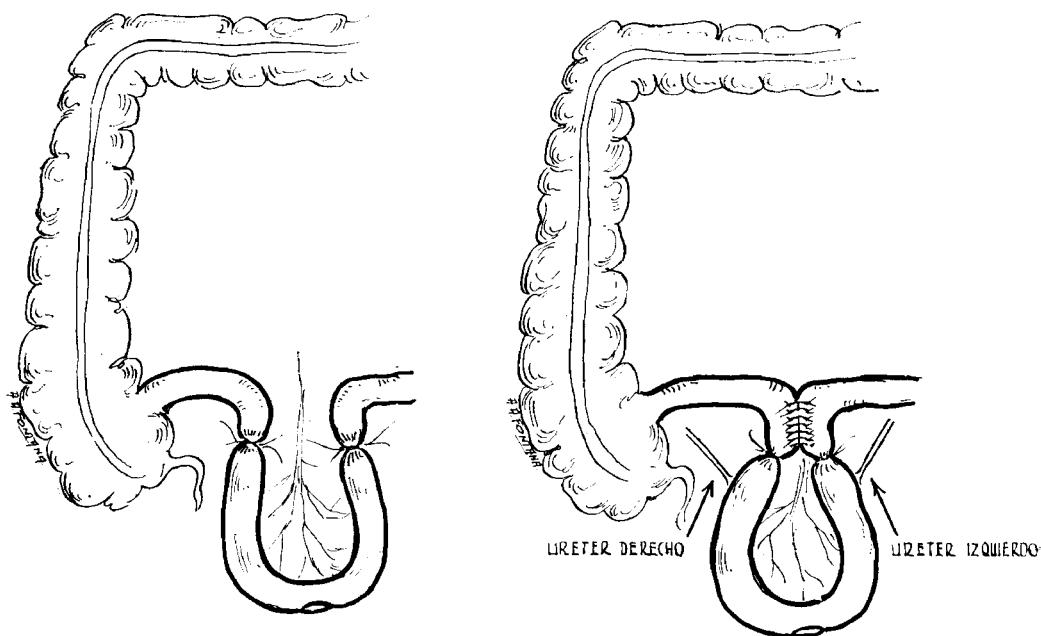


Fig. 2: Su aplicación a la derivación urinaria.

Completada la anastomosis, verificamos su impermeabilidad, mediante la distensión del asa, con aire o con agua, tal como nos enseñara el Dr. H. Pagliere, lo que nos tranquiliza sobre la bondad de la anastomosis.

Se elige la zona de la pared donde se hará la ileostomía, reseccándose una pastilla de aponeurosis y de piel, suficientemente amplias.

Se colocan algunos puntos desde el íleon terminal a la fosa ilíaca para cerrar esta brecha que podría condicionar hernias internas.

Se fija el asa a la aponeurosis y se sutura con elementos reabsorbibles la apertura del íleon a los bordes de la piel, quedando constituida una ileostomía plana.

Previo drenaje peritoneal para-ileal y del espacio de Douglas, se cierra la pared.

*Ventajas atribuidas a este método.*

Creemos que ellas son múltiples: la primera y principal es que se *evita totalmente la cirugía del mesenterio* y ello es muy importante por muchas razones, las que están sustentadas en un demostrado concepto anatómico: los últimos 30 ó 40 centímetros del íleon *son los peor irrigados* de todo el intestino delgado. Al respecto transcribimos los fundamentos anatómicos quirúrgicos de Paitre, Lacaze y Dupret sobre la vascularización del íleon que dicen:

"A nivel de las asas ileales y a partir de la terminación de la arteria mesentérica superior, la vascularización se *empobrece*; las arcadas irregulares e inconstantes se hacen más escasas y disminuyen de diámetro; las tónicas intestinales, menos irrigadas, son de color más pálido.

El sistema de las arcadas cesa completamente a 30 ó 40 centímetros por encima del ángulo ileocecal. Este último segmento intestinal es vascularizado por la rama distal, o término ileal, de la bifurcación de la arteria mesentérica superior, que forma, antes de anastomosarse con la rama ileal de la arteria íleo ceco apéndice cólica un vaso paralelo único, de pequeño calibre, situado a 3 ó 4 centímetros del borde mesentérico del intestino y de donde parten los vasos rectos. Al lado de esta disposición frecuente existen otras todavía menos favorables, en las que las anastomosis, en nada contribuyen a la vascularización de la porción terminal del íleon. En estos casos, la última arteria ileal proporciona dos ramas, una colateral para constituir la arcada anastomótica, que permanece alejada de varios centímetros del borde intestinal y no emite ningún vaso recto, y una terminal que alcanza oblicuamente el ángulo ileocecal y proporciona solamente, algunos ramitos al íleon.

La insuficiencia de la vascularización de los últimos centímetros del íleon explica que sean tan precarias las suturas de la ileotransversostomía o ileosigmoidostomía, siendo siempre de temer la desunión y justifica que en la hemicolectomía derecha la sección del intestino delgado se haga lejos del ángulo ileocecal, en territorio bien irrigado" (Paitre y Cols.).

Es decir que, de acuerdo con la técnica clásica la ureterostomía cutánea transileal se realiza con el segmento de íleon menos vascularizado, al que se le efectúa la sección del meso y sus vasos, comprometiéndose aún más su irrigación.

La no sección del mesenterio ofrece así las siguientes conveniencias:

A — Está garantizada la buena vascularización del asa aislada y de la anastomosis entérica, dado que en ningún momento se interesa su irrigación.

B — Se elimina la posibilidad de una hemorragia posoperatoria, pues la hemostasia del meso que debe ser minuciosa suele ser dificultosa en los mesenterios gruesos y muy adiposos.

C — Por las mismas razones se evita la posibilidad de la formación de hematomas en el meso, que indudablemente complica el posoperatorio, por su efecto sobre la vascularización, o por su infección secundaria.

D — Al no tocarse el meso, elemento de gran actividad reflexógena, se disminuye francamente la incidencia de íleo posoperatorio.

E — Se reduce la posibilidad de fracaso de la sutura urétero intestinal al tener el intestino garantizada su correcta irrigación.

La segunda ventaja del método, es que la continuidad intestinal se realiza por una anastomosis laterolateral, muy amplia y en 2 planos.

Lo que significa mayor seguridad por mejor vascularización, más fácil realización, una luz totalmente garantizada pues la boca puede hacerse sin inconvenientes de 5 a 7 cms. de extensión, lo que protege también de estenosis alejadas y se evitan 3 cierres de intestino obligados en caso de que quisiéramos hacer una anastomosis latero-lateral con la técnica clásica de Bricker y que comportan por sí mayores posibilidades de complicaciones posoperatorias.

La tercera ventaja: más breve y simple la intervención, al prescindir de la sección y reconstitución del mesenterio y al hacerse una única sutura intestinal. Esta condición es también apreciable, pues estas operaciones son siempre largas y los enfermos en quienes se practican son especialmente lábiles por su enfermedad urinaria.

Y la cuarta condición es que cuando las circunstancias sean favorables, esta técnica se presta para enterocistoplastias uniendo la parte media del asa al trigono vesical, o al pico de la próstata.

### Objeciones a esta técnica

1º) *Forma de realizarse la exclusión intestinal*: mediante una ligadura, gruesa, irreabsorbible, exclusivamente. A este respecto, consideramos que la experiencia acumulada en 20 años con la técnica de Tomoda, en cirugía gástrica, es suficientemente concluyente, sobre la falta de complicaciones. La ligadura debe estar bien ajustada, para evitar filtraciones y la comunicación entero-urinaria.

*Segunda objeción*: El asa aislada, por su disposición en omega, debe ser algo más larga que en la operación de Bricker clásica, lo que aumenta la superficie absorbente; pero al no haber ectasia, no hemos observado tendencia a la acidosis hiperclorémica; y

*Tercera objeción*: La operación se termina por una ileostomía plana, en vez de la clásica en botón de camisa, lo que no condiciona ningún inconveniente para la aplicación de los colectores adhesivos.

### RESUMEN:

Se presenta una técnica de ureterostomía cutánea fransileal que es nada más que la aplicación de la técnica del reemplazo del estómago por asa intestinal aislada, que presentara M. Tomoda en 1951, aplicado a la urología y se realiza una valuación crítica de sus virtudes e inconvenientes.

### DISCUSION

*Dr. Rocchi*. — Quiero felicitar a los comunicantes por hacernos conocer esta gran simplificación de la técnica de las derivaciones urétero-ileales. Incluso, tuve oportunidad de ayudar al doctor Scorticati en uno de los casos que presenta. El método tiene la ventaja del acortamiento del tiempo de postoperatorio, que es más tranquilo para el paciente. Uno de los defectos del método es la recanalización. A raíz de ello, un autor americano, Warren, en lugar de la simple ligadura de seda hace un punto en U; a pesar de eso, observa recanalizaciones.

Fue muy interesante un caso de cirugía de vía biliar del Hospital, en que se intervino a una mujer con una estenosis del colédoco; se le hizo una operación con la técnica de Tomoda y la mencionada modificación de Warren. Al poco tiempo, se recanalizó el asa y hubo bastante pasaje intestinal. La paciente falleció y en la necropsia se encontró que en el punto en que se hizo la sutura pretendiendo aislar el intestino, estaba canalizado mediante un manguito fibroso. Se había necrosado la parte central, donde estaba el punto colocado.

Me permitiría sugerir al doctor Scorticati que en lugar de hacer la ligadura, se practique la sección de los cabos intestinales y su cierre por sutura; así nos quedaríamos a mitad del camino entre el Bricker y el Tomoda.

Deseo preguntar a los comunicantes si no han tenido casos de recanalización.

*Dr. Pagliere*. — El doctor Scorticati ha señalado a esta técnica como mucho más sencilla y aparentemente menos riesgosa que la de Bricker.

Hace una semana, hemos perdido precisamente un enfermo con una Bricker por dehiscencia de la anastomosis, aunque si bien se hubiera podido hacer alguna objeción de orden técnico, es dudoso que hayan intervenido los factores que el doctor Scorticati ha señalado sobre la relativa escasa vascularización de los segmentos.

Se me ocurre que puede haber alguna interrupción en la peristalsis del asa. En el postoperatorio de estos enfermos se podría hacer un estudio radiográfico para determinar esa circunstancia.

Como dice el doctor Rocchi, es lógico pensar, en los casos de esta técnica, en la posibilidad de la recanalización, dada la facilidad con que el intestino tiene tendencia a incorporar los cuerpos extraños de vecindad. De ahí que esa complicación sea factible y es probable que la sección del asa no complique mucho la situación y evite la recanalización.

De cualquier manera me parece muy interesante el procedimiento y prometemos que en la próxima operación de derivación transileal utilizaremos esta técnica.

*Dr. Rebaudi.* — Desearía preguntar a los comunicantes cuántos casos realizaron, qué complicaciones tuvieron y qué sobrevida observaron.

*Dr. Carreño.* — Me voy a permitir adherirme a las felicitaciones de los preopinantes por este interesante trabajo.

Considero que el método tiene algunas ventajas. Lo que indudablemente era un interrogante para mí era la ligadura.

Entiendo que el cierre de los muñones, aunque alargue un poco el acto operatorio, puede dar mayor seguridad. En fin, el tiempo podrá aclarar estas cosas.

*Dr. Scorticati.* — Antes que nada quiero agradecer los conceptos emitidos sobre nuestro trabajo, pero quisiera aclarar algunas de las cosas que fueron comentadas.

Con respecto a la técnica de Warren, a que se refiere el doctor Rocchi, el gastroenterólogo que colaboró conmigo en las primeras operaciones hechas en el Instituto, es de opinión que la técnica de Warren, crea las condiciones para el fracaso. Son puntos que atraviesan la pared. En cambio, la simple ligadura externa no tiene ninguna continuidad con el interior de la luz intestinal. En esta forma, contesto en cierta medida a la inquietud del doctor Pagliere sobre la incorporación de cuerpos extraños al aparato digestivo. Este cuerpo extraño no está dentro del aparato digestivo sino por fuera del mismo.

Por otra parte, si aparece una comunicación entre el ileon y la vía urinaria es posible solucionarla aplicando una nueva ligadura.

Con respecto a las dificultades que puede presentar la peristalsis en esta asa en omega, como llamamos a este tipo de técnica, ileostomía en Omega, no hemos encontrado problemas de esta naturaleza en los pacientes.

Algunos de los enfermos tenían un riñón anulado funcionalmente por su proceso tumoral vesical previo. En los controles radiológicos posteriores la conexión es satisfactoria. En el paciente que intervinimos con el doctor Rocchi, en el Instituto Bancario, practicamos una radiografía posterior con una buena función renal bilateral.

Tampoco hemos encontrado dificultad en la evacuación del asa aislada. Observamos hoy mismo en un paciente la buena peristalsis de ese segmento ileal.

Evidentemente, el hecho de la fuerte musculatura del ileon es el motivo fundamental del éxito y de la ventaja de la ileostomía cutánea sobre las ureterostomías cutáneas. Los músculos parietales en su disposición entrecruzada actúan a manera de verdaderos diafragmas sobre el débil músculo ureteral.

El ileon vence además a la acción muscular de la pared. La evacuación ha sido siempre suficientemente buena.

El doctor Rebaudi nos preguntó cuántos casos tenemos. Empezamos a aplicar esta técnica luego de la evaluación teórica que hicimos en marzo de este año. Hasta ahora, hemos practicado cinco de estas operaciones.

Los dos primeros pacientes tuvieron una evolución postoperatoria excelente dentro de lo que se puede pedir en esta cirugía tan importante. Están bien, sin ningún tipo de fistulización. Se trataba de cánceres avanzados de la vejiga, en donde no practicamos la cistectomía por ser irrealizable y en los que se había descartado toda otra terapéutica. La intervención se llevó a cabo para obtener la derivación urinaria de riñones que se estaban dilatando e infectando. Obtuvieron una mejoría manifiesta. Han recuperado su estado general y se encuentran sin dolores ni molestias.

El tercer caso era también un cáncer avanzado de la vejiga, en que se practicó la próstato-cistectomía total con esta técnica. Desgraciadamente, al cuarto día y con un postoperatorio mejor que los anteriores, con una peristalsis recuperada en el primer día, hizo una hemorragia de estómago que provocó su deceso. La necropsia nos demostró que la cavidad peritoneal estaba totalmente libre y en perfectas condiciones. A uno de los uréteres no lo habíamos abocado al asa en Omega, porque era un paciente muy obeso, habíamos tenido dificultad en la disección y ese uréter no nos mostraba condiciones apropiadas para la anastomosis. Preferimos hacer de ese lado una ureterostomía cutánea con la posibilidad de que después pudiéramos practicar una nefrectomía. El patólogo, doctor Celeste, nos informó acerca de la perfecta anastomosis del uréter al ileon.

Desgraciadamente, este enfermo falleció por una hemorragia gástrica, por úlceras múltiples.

El cuarto paciente es del Instituto de Servicios Sociales Bancarios. Como lo comentó el doctor Rocchi, tuvo un postoperatorio excelente, no tuvimos eventualidades de ninguna naturaleza y anduvo bien.

El quinto enfermo, que todavía está internado en el Instituto, presentaba un gran tumor de vejiga con exclusión funcional del riñón izquierdo. Realizamos la pielografía por punción percutánea y obtuvimos líquido hemático, de donde tuvimos la presunción de que podría tratarse de una enfermedad del urotelio, de un tumor difuso de la vía excretora. Con el auxilio del residente de oncología, uno de mis colaboradores, practicamos la nefrectomía y