

vecindades de la misma la espermatogénesis se detiene en las fases gónicas y se observa vacuolización de muchas células.

En la porción inicial del cordón se observa el corte de muchos vasos arteriales y venosos y dentro de las luces de éstos trombos oclusivos. Algunas arterias tienen trombos parietales.

Histodiagnóstico: Infartamiento venoso de testículo.

Se trata en definitiva de un "bistournage" incompleto. Pero con lesiones ya establecidas que bajo ninguna forma justificaban la permanencia de la glándula gonadal, máxime con lesiones vasculares evidentes que conducirían a la necrosis del órgano; que tenía su expresión en las vacuolas celulares y en la desorganización arquitectónica del tejido testicular.

Como decíamos al principio no es muy frecuente que se presenten las torsiones en un estadio como el presente, pues nuestra experiencia nos ha señalado que llegan al comienzo de su dolencia haciendo posible una solución conservadora o en un estado más avanzado con participación de edema de escroto, líquido en la vaginal y todo el complejo testicular derivado del trastorno mecánico.

Sólo nos resta recordar una afección que provoca infarto testicular debida a un pellizcamiento de la vaginal por torsión de Hidátide, pero a nuestro entender no se trataba de esta rareza nosológica por cuanto el examen pudo comprobar la integridad de aquel resto embrionario.

Rev. Arg. Urol. Nefrol.  
Tomo 40 - Año 1971.

Segundo Premio - Temas Clínico-quirúrgicos XI Congreso Argentino  
de Urología 1970

## CISTECTOMIA TOTAL ILEOCISTOPLASTIA CON CONSERVACION DEL TRANSITO TRANSURETRAL TECNICA DE COUVELAIRE MODIFICADA

Dres. JUAN GHIRLANDA, JORGE PROKOPIC

El diagnóstico de una neoplasia de vejiga, coloca al urólogo en forma frecuente ante la disyuntiva de tener que elegir entre un tratamiento que no siempre satisface su criterio y convicciones oncológicas; pues se aparta de las reglas que tendrían que regir su tratamiento; y otro que si bien cubre todos los requisitos, crea por una parte situaciones reñidas con el mínimo confort ofrecible a un paciente y por otro exige derivaciones urinarias por lo general imperfectas en lo concerniente a la seguridad o protección del árbol urinario alto.

Tal situación, debe su existencia al hecho de que estas localizaciones neoplásicas asientan en un órgano único, con función de reservorio y aptitud evacuante, que permite su vaciamiento periódico y voluntario.

Múltiples han sido los intentos para alcanzar el desideratum en el tratamiento de tales males, es decir, la erradicación de la neoplasia por un lado; efectuando la exéresis del órgano y cumpliendo de esa manera con uno de los principales axiomas de la cirugía oncológica (cáncer = ectomía); y por

el otro, la creación de un sistema que supla aquellas propiedades inherentes a la vejiga.

Malos han sido en general los resultados, justificando y explicando la gran cantidad de técnicas que han sido propuestas para tal fin.

Ureterostomías cutáneas, uréterosigmoideostomías con o sin conservación del tránsito intestinal, exclusión de asas intestinales con abocamientos ureterales en ellas, etc.

Terminadas las posibilidades, es curioso observar, ante el fracaso de algunas de ellas, el retorno a otras técnicas ya abandonadas, con la esperanza de que corrigiendo posibles defectos de técnica o aprovechando contemporáneas adquisiciones, se consigan resultados más alentadores.

Tal situación, ha motivado y justificado la existencia de orientaciones terapéuticas conservadoras, las que, ante una neoplasia vesical, aconsejan conductas que conserven en lo posible la vejiga o en el peor de los casos parte de ella, a veces, hasta haciendo peligrar el porvenir del organismo en aras de mantener la posibilidad de conservar el órgano y no mutar de esa manera al enfermo, de la situación de neoplásico en la de inválido.

Tales hechos animan a la búsqueda de nuevas posibles técnicas o la revisión de otras abandonadas, que traten de solucionar ambos problemas, el neoplásico y el reparador, de manera satisfactoria.

Los intentos de creación de receptáculos destinados a recibir la orina, luego de efectuada la cistectomía total, son numerosos, sin embargo son escasas las tentativas de obtener una neovejiga capaz de lograr la evacuación de su contenido por la vía natural, esto es la transuretral.

En 1888 Tizzoni y Poggi en el animal y R. Couvelaire en 1950 en el hombre, idearon y describieron una técnica que según la consulta de la bibliografía efectuada por nosotros, no ha tenido el eco esperado.

Con la esperanza de conseguir una vejiga funcionando, intentamos la realización de la siguiente técnica, que pasamos a detallar.

Enfermo con preparación para cirugía intestinal, decúbito dorsal, intubado con sonda nasogástrica y cateterizada una vena del brazo. Vejiga cate-terizada con sonda plástica N° 18.

Incisión mediana infraumbilical. Apertura del peritoneo y exploración de las cadenas ganglionares ilíacas. Desperitonización de la vejiga, llegando hasta el espacio interdeferencial, investigación de los conductos deferentes y uréteres, ligadura y sección de los primeros.

Liberación amplia de los espacios láterovesicales, sección de los ligamentos pubovesicales, sección de ligamentos véscorrectales, sección de la glándula prostática, sobre sonda uretral ya colocada, dejando una pequeña porción de la misma.

Exteriorización de la vejiga completando su exéresis, sección de los uréteres, dejándolos reparados.

Se efectúa hemostasia de la porción de glándula prostática remanente mediante puntos en U con catgut N° 1 simple que se dejan reparados (en general tratamos de colocar 4 puntos cardinales).

Control de la hemostasia y taponamiento temporario.

Apendicectomía con jareta y epiploplastía.

Elección de asa ileal de unos 25 cm. ubicada a unos 15 a 20 cm. de la válvula ileocecal.

Tal elección la efectuamos como es ya común guiados por dos detalles:

- a) excursión de la misma que permita su movilización hasta la uretra prostática; y
- b) conformación vascular que permita una pronta y segura ligadura y sección vascular.

Previo clampeo se efectúa sección oblicua intestinal y tratamiento del meso. Enteroenteroanastomosis término-terminal en posición ventral con res-

pecto al meso del asa aislada, sutura de bordes mesentéricos con puntos separados. Extraperitonización del segmento excluido, sutura con puntos simples de catgut N° 0 simple de la extremidad inferior de la abertura peritoneal a la parte proximal del meso aislado. Cierre del peritoneo.

Cierre de un extremo del asa en 2 planos, el primero perforante, el segundo seroseroso con puntos separados o con jareta invaginante, ambos con catgut simple N° 1, dejando reparado el segundo plano.

Se retira el taponamiento de la zona vesical.

Enterotomía en la parte media del borde antimesentérico del asa aislada, en una extensión de aproximadamente 3 cm. Sección en pico de flauta de los extremos de ambos uréteres, cateterización de los mismos con sondas plásticas de calibre apropiado, fijándolas con un punto de catgut 00 simple a la extremidad de los mismos (sin obstruir la luz o espacio ubicado entre la sonda y las paredes ureterales). Introducción de pinza de Bertola por la enterotomía del borde antimesentérico, dirigiendo la misma primero hacia el extremo cerrado del asa, haciendo presión sobre la pared láteroposterior de la misma en un punto que permita al efectuar la apertura de la pared intestinal, la introducción del uréter por lo menos en una extensión de 3 a 4 cm., una vez efectuada ésta, fijación de la adventicia ureteral al asa con 3 ó 4 puntos de catgut 00 simple.

Fijación del extremo del asa, aprovechando los chicotes que habían quedado reparados luego del cierre del extremo, a la pared abdominal, en un punto que permita ubicar desplegada la misma.

Se procede en forma similar con el otro uréter.

Con respecto a las sondas plásticas endoureterales, se pasan como es lógico por los orificios ileales, juntamente con los uréteres, haciéndolas salir por uretra, por fuera de la sonda ubicada en ella (retirando la misma para que sirva de tutor a aquéllas y volviendo luego a colocarla).

Aprovechando los puntos de hemostasis prostática que habían quedado reparados, se procede a efectuar la anastomosis uretroileal. Se enhebra un chicote de cada uno de los 4 puntos de hemostasia prostática sobre aguja cargada efectuando tomas sucesivas sobre la abertura del borde antimesentérico, dejándolos reparados.

Se completa la sutura intercalando entre esos puntos, otros con catgut 0 ó 1 simple, los que se dejan reparados hasta completar el número necesario para efectuar la sutura uretroileal en su mitad posterior, se anudan entonces los mismos.

Se introduce a voluntad el extremo de la sonda en el asa y se completa la sutura en su mitad anterior.

Se procede al abocamiento del extremo del asa que ha quedado abierto, a la pared abdominal anterior, en un punto que permita el desplegamiento del asa, resecaando porción circular de aponeurosis del músculo oblicuo mayor.

Se efectúan puntos de aponeurosis al asa con catgut N° 1 simple y cutáneos a la misma, con lino, dejando por su abertura sonda de seguridad.

Se colocan drenajes láteroileales en inmediaciones de las suturas uréteroileales e ileouretral.

Cierre de pared abdominal anterior por planos.

Control del medio interno y corrección de las alteraciones en caso de encontrarlas.

Los drenajes se movilizan a los 5 días y progresivamente se van retirando. Las sondas ureterales a los 14 días.

La evolución clínica y los controles radiológicos y de laboratorio nos permitirán seguir la marcha del postoperatorio inmediato y alejado.

Puede intentarse disminuir la secreción intestinal que tan frecuentemente obstruyó las sondas con lavajes de la neovejiga con solución de nitrato de plata al 1 % día por medio.

Hemos tenido en todos los casos fistulización de la zona uretro ileal habiendo logrado subsanarla con aspiración continua y control de la permeabilidad de las sondas uretrales e ileocutánea. Cierre de ileostomía en un segundo tiempo. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

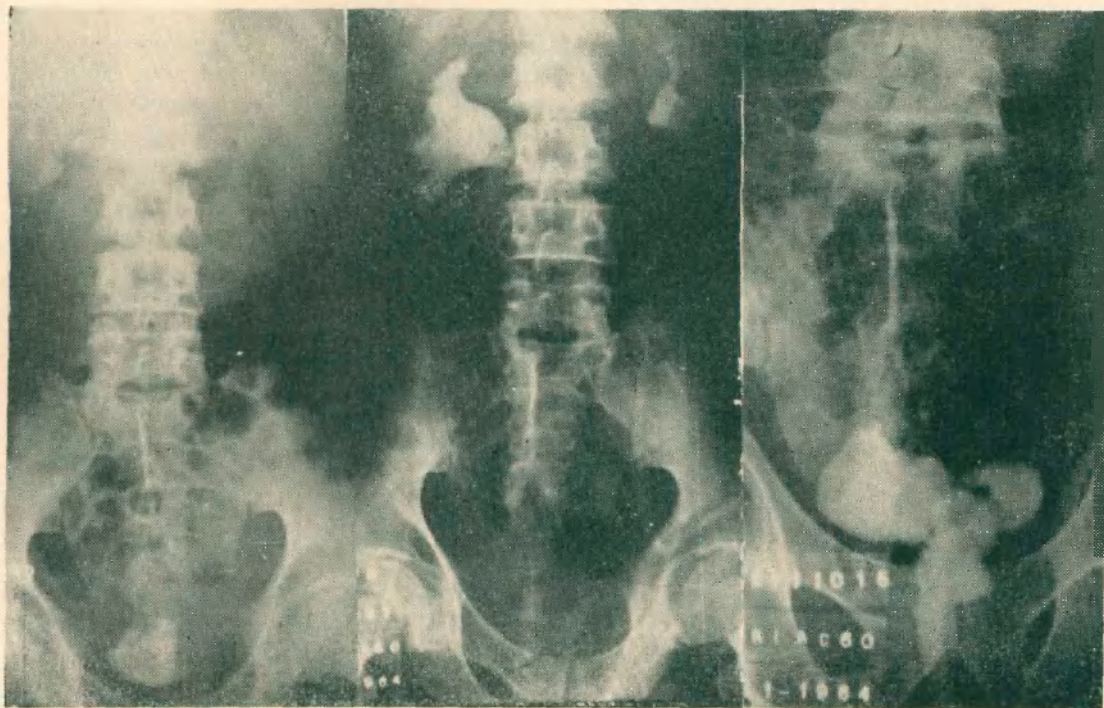


Figura N° 1 - Caso 1: A la izquierda preoperatoria. Al centro y derecha, postoperatorias.

#### CASO N° 1 (Figura N° 1)

F. L. 50 años, argentino, soltero, albañil.

Fecha de ingreso: 2 de septiembre de 1964.

Antecedentes hereditarios y familiares: s/p.

Antecedentes personales: chancro sífilítico y blenorragia a los 18 años, ambos tratados y controlados. Operado de hemorroides a los 30 años. Fumador de 10 cigarrillos por día, bebedor discreto. Vivió en Azul hasta los 18 años.

Enfermedad actual: hace 5 meses comienza con ardores miccionales, polaquiuria, no refiere hematuria.

Estado actual: enfermo lúcido, eupneico, decúbito indiferente. Piel y mucosas húmedas y rosadas; cabeza y cuello: s/p; tórax: ap. respiratorio: s/p; ap. circulatorio: se auscultan 2 tonos normales en los 4 focos, silencios libres; T. A. Mx. 140 Mn. 80 mm Hg; pulso: 80 por min. igual, regular, amplio, tenso; abdomen: blando, depresible, excursiona bien con la respiración, indoloro a la palpación superficial y profunda. No se palpa hígado, bazo, ni tumoraciones; miembros: s/p.; sistema nervioso: reflejos cutáneos y ósteotendinosos conservados. Resto s/p.; aparato urogenital: orina: turbia; uretra: permeable al cistoscopio; residuo: 0; vejiga: indolora a la palpación del hipogastrio y palpación bimanual; uréteres: puntos uretrales indoloros; riñones: no se palpan, indoloro a la palpación bimanual y puñopercusión el derecho, doloroso el izquierdo; genitales externos: quiste en la cabeza del epididimo izquierdo, resto s/p.; tacto rectal: esfínter tónico, glándula prostática de tamaño, consistencia, forma, límites, sensibilidad conservada; fondo de vejiga sin particularidades.

Análisis: Wasserman y Kahn negativas; hematíes: 4.310.000 leucocitos: 6.400 fórmula s/p; Hto. 42%; uremia: 0,35 gr. ‰; glucemia: 1,07 gr. ‰; eritrosediment. 1 h 10 mm, 2 h 22 mm; T.C. 6', T.S. 2'; orina: D: 1.010, alb. no, glucosa no, reacción: Ac. sedimento: piuria.

Estudio radiográfico: Rx. directa: s/p. Urograma de excreción: buena función secretora y evacuadora derecha. Mala función secretora y evacuadora izquierda. Cistograma: falta de relleno en hemivejiga izquierda.

Examen endoscópico: cistoscopia: enfermo muy dolorido; uretra: libre, no hay residuo; capacidad: 150 c.c. (se queja de gran molestia); cuello: convexo por la presencia de



2 lóbulos prostáticos; mucosa vesical: muy congestiva, con neoformaciones; meato ureteral izq.: entreabierto y rodeado de tumoración sesil; meato ureteral derecho: s/p; se decide efectuar cistoscopia con anestesia raquídea y biopsia de vejiga; el 7 de septiembre de 1964 se efectúa la misma, no pudiendo agregar más datos a los ya consignados, se efectúa biopsia de vejiga.

Estudio anatomopatológico de biopsia endoscópica de vejiga: microscopía: sobre ejes conjuntivos se disponen las células epiteliales en unas 10 capas, con despolarizaciones, hiperchromatismos nucleares y atipias, observándose en la base, zona que impresiona como de infiltración; biopsia con grandes zonas hemorrágicas que dificultan algo la observación, que también está trastornada por presentarse el material algo disociado; conclusión: epiteloma paramalpighiano papilífero con zonas de infiltración superficial.

Se inicia preparación para intervención quirúrgica.

Parte quirúrgico: 1° de octubre de 1964.

Cirujano: Dr. Juan Ghirlanda. Ayudantes: Dres. Juan Goldaracena, Jorge Prokopic. Anestesia general sin inconvenientes.

Se siguen los pasos quirúrgicos ya descritos, efectuando uréteroileoanastomosis del uréter derecho y abocando el izquierdo que se encuentra muy dilatado a piel.

El examen de la pieza operatoria refiere la existencia de una neoplasia epitelial de vejiga que infiltra hasta la capa muscular externa de la misma.

El día 6 de octubre comienza a mojar por el extremo inferior de la herida, por lo que se coloca aspiración continua en dicha zona.

Se retiran catéter ureteral y drenajes en los tiempos ya establecidos.

El día 23 de octubre prácticamente no moja por herida hipogástrica.

El día 26 de octubre se retira aspiración continua, el enfermo refiere deseos miccionales cuando las sondas se obstruyen con moco.

Enfermo en franca recuperación, el día 23 de noviembre se efectúa urograma de control que informa:

Rx. directa: s/p.

Urograma de excreción: buena función secretora bilateral, el riñón izquierdo de morfología normal, el riñón derecho ectasia uréteropielocalicilar a partir de la zona de anastomosis con el ileón.

El día 3 de diciembre refiere intensos dolores en pelvis ósea y aparición de bultoma en cara anterior de tórax. Se efectúa biopsia de la tumoración comprobándose metástasis de epiteloma vesical.

Paulatinamente desmejora su estado general con la aparición de metástasis múltiples que nos hacen resignar de tratar de aliviar la hiperpresión del árbol urinario derecho.

Fallece el día 5 de febrero de 1965.

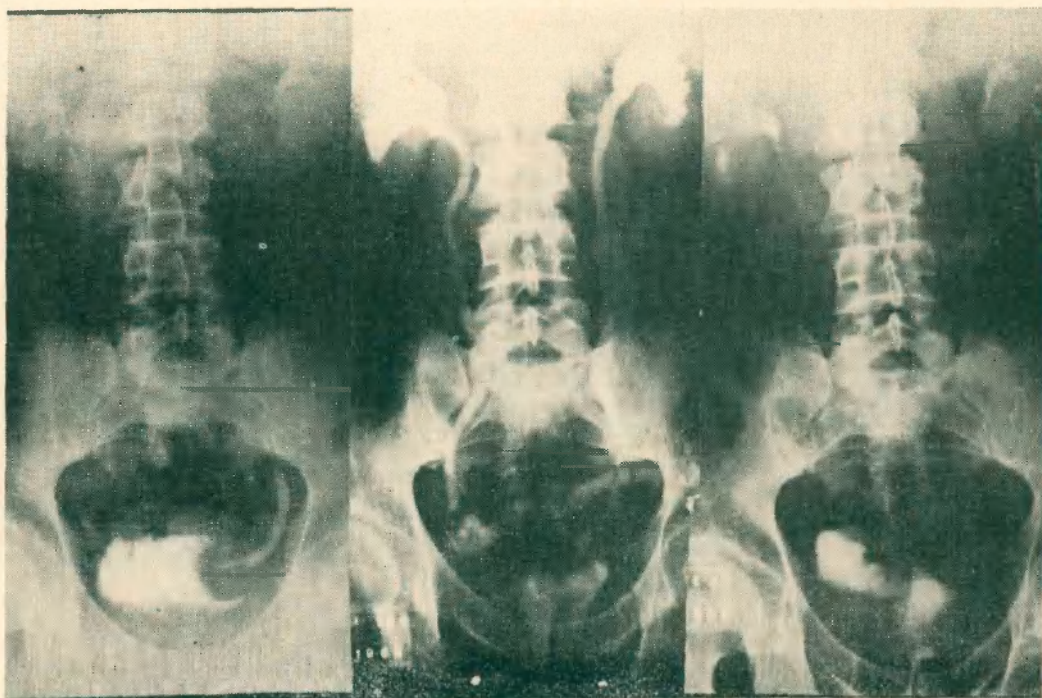


Figura N° 2 - Caso 2: A la izquierda, preoperatoria. Al centro, postoperatoria manteniendo ileostomía. A la derecha: ya cerrada.

## CASO N° 2 (Figura N° 2)

F. L., 41 años, argentino, casado, mecánico.

Fecha de ingreso 29 de junio de 1966.

Antecedentes hereditarios y familiares: s/p.

Antecedentes personales: hepatitis a los 38 años. Niega venéreas, fumador de 30 cigarrillos diarios desde los 19 años.

Enfermedad actual: refiere haber presentado hace 1 año hematuria terminal que fue aumentando de intensidad con el correr del tiempo, hasta hacerse completa. No refiere otra sintomatología.

Estado actual: enfermo lúcido, eupneico, decúbito indiferente, piel y mucosas húmedas y rosadas.

Cabeza y cuello: s/p.; tórax: ap. respiratorio: s/p.; ap. circulatorio: se auscultan 2 tonos normales en los 4 focos, silencios libres; T.A. Mx. 140 mm Mn. 70 mm Hg.; pulso: 80 por min. igual, regular, amplio, tenso; abdomen: blando, depresible, excursiona bien con la respiración, indoloro a la palpación superficial y profunda. No se palpa hígado, bazo ni tumoraciones; miembros: s/p.; sistema nervioso: reflejos cutáneos y ósteotendinosos conservados; aparato urogenital: orina: turbia; uretra: permeable al cistoscopio; vejiga: indolora la palpación del hipogastrio y palpación bimanual; uréteres: puntos ureterales indoloros; riñones: no se palpan, indoloros a la palpación bimanual y puñopercusión; genitales externos: s/p.; tacto rectal: esfínter tónico, próstata de tamaño, consistencia, sensibilidad y límites conservados; fondo de vejiga: s/p.

Análisis: hematíes: 4.300.000 leucocitos: 7.000 fórmula: s/p. Hto. 40 %; uremia: 0,25 gr. %; glucemia: 0,70 gr. %; eritrosedimentación: 1 h. 6 mm, 2 h. 14 mm, T.C. 4', T.S. 2; orina: rojiza, turbia, ácida, D: 1.015. Hb. muy abundante, glucosa: no.

Estudio radiográfico: Rx. directa: s/p. Urograma de excreción: buena función secretora y evacuatora bilateral, ectasia ureteral izquierda inferior. Cistograma: vejiga de bordes irregulares, con fatas de relleno en su parte izquierda, cuello y bóveda.

Examen endoscópico: cistoscopia: uretra: libre, no hay residuo; se lava vejiga para obtener medio transparente; capacidad: 250 c.c.; cuello: irregular por la presencia de tumoraciones que ocupan su circunferencia; mucosa vesical: cubierta por formaciones tumorales; meatos ureterales: no se visualizan.

Se inicia preparación para intervención quirúrgica.

Parte quirúrgico: 5 de julio de 1966.

Cirujano: Dr. Juan Ghirlanda. Ayudantes: Dres. Héctor Berri, Carlos Pascale.

Anestesia peridural completada con pentothal novocaína.

Se siguen los pasos quirúrgicos ya descriptos.

El informe anatomopatológico de la pieza operatoria refiere la existencia de un epiteloma papilífero paramalpighiano, multicéntrico que infiltra el corion, pero respeta en los cortes efectuados la capa muscular.

El día 11 de julio comienza a mojar por el extremo inferior de la herida operatoria, por lo que se coloca aspiración continua en dicha zona.

Se retiran drenajes y catéteres en los plazos ya mencionados.

El día 29 de julio se retira aspiración, el enfermo no moja más por dicha zona.

El día 1° de agosto se efectúa urograma de excreción que demuestra stop en ambas uniones uréteroileales, resto del examen s/p.

El día 5 de agosto análisis rutinarios informan: glucemia: 0,96 gr. %; Uremia: 0,21 gr. %; eritros. 92/116; hematíes: 3.920.000, leucocitos: 11.500.

Cistografía demuestra reflujo ileoureteral.

El día 10 de agosto refiere deseos miccionales en oportunidad de haberse tapado las sondas.

El día 12 de agosto se decide retirar sonda de ileostomía cutánea, sonda uretral funciona bien.

El día 22 de agosto el enfermo moja progresivamente menos por abocamiento cutáneo del asa intestinal, continúa con sonda por uretra que funciona sin problemas.

El día 28 de agosto análisis de rutina informan: glucemia: 0,84 gr. %; uremia: 0,26 gr. %; hematíes: 4.100.000, leucocitos: 6.200, fórmula s/p.

El día 12 de septiembre el enfermo nota que al hacer esfuerzos para exonerar el intestino aparecen deseos miccionales orinando alrededor de la sonda y pudiendo cortar el chorro urinario para luego voluntariamente poder reiniciar la micción.

El día 16 de septiembre se efectúa nuevo urograma de excreción que demuestra:

Rx. directa: s/p.; urograma de excreción: buena función secretora y evacuatora bilateral; morfología normal.

En forma progresiva va disminuyendo el tamaño del orificio de la ileostomía cutánea.

Se saca sonda de uretra y se indica vendaje compresivo sobre cura plana de orificio de ileostomía.



El enfermo orina sin dificultad, mojando poco por dicho orificio.

Se le autoriza a retirarse a su domicilio con la indicación de orinar cada 3 hs.

El día 25 de noviembre se efectúa nuevo urograma de excreción que informa:

Rx. directa: s/p. Urograma de excreción: buena función secretora y evacuadora bilateral; morfología normal.

Reingresa el día 4 de enero de 1968 para cierre de la fistula ubicada en fosa iliaca izquierda (ileostomía), presenta piel periorificial alterada, se indica pomada con corticoides y antibióticos y aspiración continua.

Refiere el enfermo que luego de mantener relaciones sexuales, que efectúa sin inconvenientes, sale por el orificio fistuloso "líquido lechoso y denso".

Los análisis de control informan:

glucemia: 0,80 gr. %; uremia: 0,45 gr. %; eritro: 8/14; hematies: 5.500.000; leucocitos: 5.600; fórmula: s/p.; orina: D: 1.015, ácida, ligeramente turbia.

El día 10 de enero se interviene quirúrgicamente.

Parte quirúrgico:

Cirujano: Dr. Juan Ghirlanda. Ayudantes: Dres. A. Moltalto, Antonio Cornás.

Anestesia general: s/p.

Incisión perifistulosa y oblicua, siguiendo la dirección del asa.

Se libera aceptablemente el extremo de la misma, teniendo especial cuidado en no alterar la circulación de su borda interno (mesentérico).

Luego de reseca el trayecto fistuloso, se cierra con una sutura perforante con catgut O simple y 2 planos seroserosos dejando drenaje laminar.

Cierre por planos.

Sonda por uretra.

A los 5 días se retira el drenaje, a los 12 la sonda uretral. Control radiográfico.

El día 5 de febrero es dado de alta continuando su control hasta la actualidad por consultorio externo.

Los controles efectuados periódicamente han demostrado una completa normalidad de su árbol urinario superior e inferior, con control de sus micciones y esporádicas pérdidas miccionales nocturnas. Función sexual conservada.

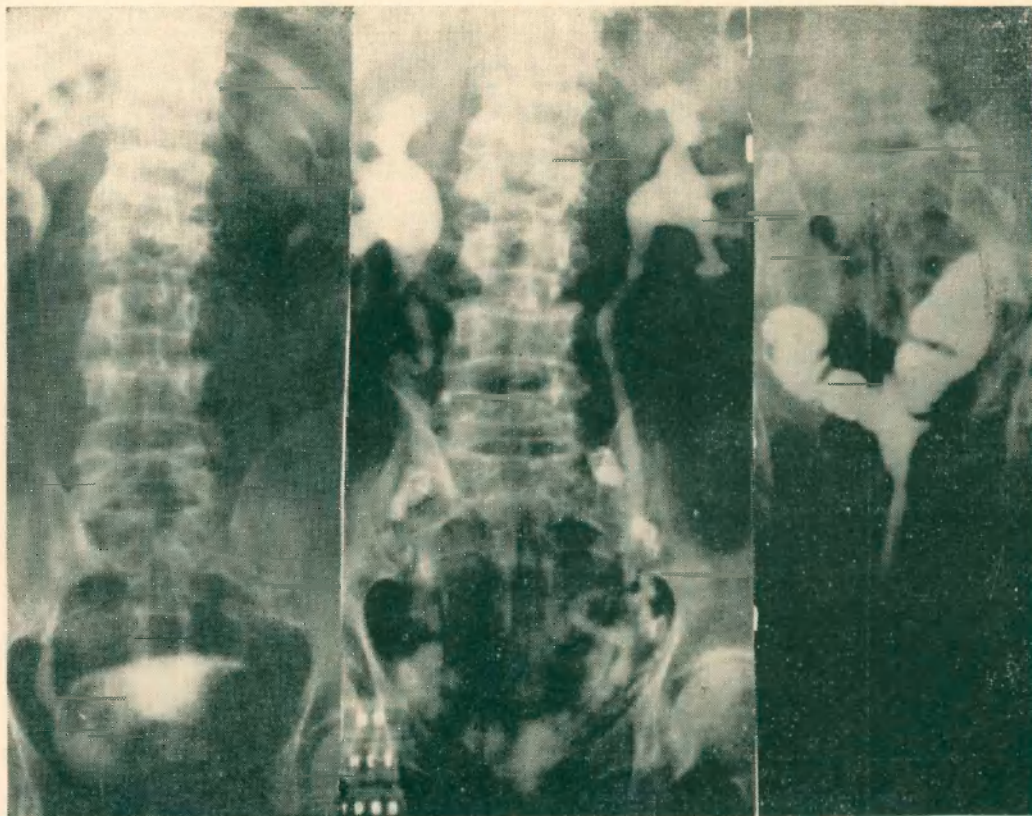


Figura Nº 3 - Caso 3: A la izquierda: preoperatoria. Al centro y derecha: postoperatorias.

## CASO Nº 3 (Figura Nº 3)

M. S., 62 años, argentino, casado, chofer.

Fecha de ingreso: 15 de octubre de 1968.

Antecedentes hereditarios y familiares: s/p.

Antecedentes personales: a los 20 y 35 años uretritis tratada, hace 8 años proceso pulmonar indeterminado tratado y curado con antibióticos. Fumador de 30 cigarrillos por día.

Enfermedad actual: hace 4 años comenzó con hematuria terminal periódica, consultó a un facultativo quien diagnosticó pólipos vesicales, no aceptando la indicación terapéutica.

Hace 2 meses hematuria total con coágulos y disuria.

Estado actual: enfermo lúcido, eupneico, decúbito indiferente, piel y mucosas pálidas; cabeza y cuello: s/p.; tórax: ap. respiratorio: s/p.; ap. circulatorio: se auscultan 2 tonos normales en los 4 focos, silencios libres. T.A. Mx. 150 Mn. 90 mm Hg.; pulso: 75 por min. igual, regular, amplio, tenso; abdomen: blando, depresible, excursiona bien con la respiración, indoloro a la palpación superficial y profunda, no se palpa hígado, bazo, ni tumores; miembros: s/p.; sistema nervioso: reflejos cutáneos y óstectendinosos conservados; aparato urogenital: orina: hemática; uretra: permeable al cistoscopio; residuo: 0; vejiga: indolora a la palpación superficial de hipogastrio y bimanual; uréteres: puntos ureterales indoloros; riñones: no se palpan, indoloros a la palpación bimanual y puñopercusión; genitales externos: epidídimo derecho duro y algo doloroso a la palpación deferente: s/p.; resto, s/p.; tacto rectal: esfínter tónico, glándula prostática de tamaño, consistencia, regularidad, sensibilidad y límites conservados; fondo de vejiga libre aunque a la palpación bimanual se la encuentra ocupada.

Análisis: hematias: 3.970.000; leucocitos: 7.200; Hto.: 37 %; uremia: 0,43 gr. %; glucemia: 1,20 gr. %; eritrosedimentación: 40/72 T.C. 4', T.S. 2'.

Estudio radiográfico: Rx/simple: s/p. Urograma de excreción: buena función secretora y evacuadora bilateral, uréter derecho con discreta ectasia a nivel de su tercio inferior. Cistograma: buena capacidad, con grandes faltas de relleno

Examen endoscópico: uretra: libre, no hay residuo; capacidad: 200 c.c.; medio aclara con lavado continuo; cuello vesical: cóncavo con pequeñas formaciones papilares en la vertiente vesical; mucosa vesical: ocupada por tumoraciones papilares que ocupan las paredes laterales y trigono, libre parte de pared posterior; meatos ureterales: no se logra individualizarlos.

Se inicia preparación para intervención quirúrgica.

Parte quirúrgico: 19 de octubre de 1968.

Cirujano: Dr. Juan Ghirlanda. Ayudantes: Dres. A. Montalto, Jorge Prokopic.

Anestesia peridural continua, complementada con general con pentothal.

Se siguen los pasos quirúrgicos descriptos, efectuando la sección de la glándula prostática prácticamente sobre su límite anterior.

Estudio anatomopatológico de la pieza operatoria: epitelioma paramalpighiano con infiltración inicial del corion, no se observa infiltración de la capa muscular.

El día 26 de octubre al mejorarse se coloca aspiración continua sobre la extremidad inferior de la herida operatoria.

Se retiran drenajes y catéteres ureterales en los tiempos ya establecidos.

El día 10 de noviembre se suspende aspiración continua.

El día 2 de diciembre se efectúa control radiográfico:

Rx. directa: s/p. Urograma de excreción: buena función secretora bilateral, con ectasia bilateral por encima de la zona de anastomosis uréteroileal.

El día 16 de diciembre comienza a referir intenso dolor en zona púbica.

El día 27 de diciembre se efectúa nuevo control radiográfico:

Rx. directa: rarefacción con erosión de la rama horizontal izquierda del pubis.

Urograma de excreción: buena función secretora bilateral, ectasia bilateral yuxtaileal.

Se agrega Deltisona a la medicación.

Análisis de rutina demuestran normalidad en las cifras de los mismos con eritrosedimentación elevada.

El día 28 de diciembre se saca la sonda de la ileostomía colcándose a punto la sonda uretral que funciona bien con poca cantidad de moco.

Moja progresivamente menos por orificio de ileostomía cutánea.

El día 10 de febrero enfermo muy bien, deambulacion sin inconvenientes, no refiere deseos miccionales.

El día 13 de febrero se efectúa nuevo control radiográfico que informa:

Rx. directa: s/p. Urograma de excreción: buena función secretora bilateral, buena función evacuadora bilateral, aunque aún persisten pelvis ectásicas.

El enfermo se retira con autorización a su domicilio, con sonda uretral, evolucionando bien.

El día 2 de marzo se saca sonda uretral y se indica vendaje compresivo sobre orificio



de ileostomía, presentando incontinencia de orina por lo que se vuelve a colocar sonda uretral a permanencia. Se le aconseja controles periódicos cada mes.

No vuelve a la consulta, hasta el mes de septiembre en que concurre con muy mal estado general, se lo interna y fallece.

El estudio demuestra diseminación neoplásica múltiple.

## CONSIDERACIONES

Del análisis de los casos tratados, llama la atención ante todo la falta de deseo miccional del tercer paciente coincidiendo con la exéresis completa de la glándula prostática, tal circunstancia podría ante la repetición de tal hecho fundamentar especulaciones sobre el mecanismo tan discutido de la iniciación del acto miccional.

El defecto en la unión del o de los uréteres con el asa tendrá que ser ante todo pesquisado por los medios rutinarios, y en caso de presentarse solucionado con previa nefrostomía según nuestra opinión. En el primer caso no se procedió de tal manera, por la aparición de metástasis.

Bajo los mismos controles, hay que tener la prudencia necesaria para no precipitarse en tal indicación, pues la evolución de los otros casos mostró normalización posterior. Creemos importante agregar a la medicación de rutina corticoides por su acción antiflogística.

No tenemos experiencia sobre la utilidad o inconvenientes que la telecobaltoterapia previa o principalmente posterior puede ofrecer o acarrear a la presente técnica.

Creemos finalmente que en caso de considerarlo posible, es preferible efectuar la exéresis vesical y la neovejiga en un solo tiempo.

Tal manera de pensar la vemos avalada por los siguientes hechos:

1º) para ubicar el asa en posición extraperitoneal tendremos que efectuar un amplio despegamiento del peritoneo adherido a las paredes de la pelvis, maniobra que hemos encontrado dificultosa en casi todos los casos en que se han efectuado operaciones como las de Bricker extraperitoneales, en un tiempo alejado al de la cistectomía total. Tal dificultad no se presenta si se opta por efectuar la técnica intraperitoneal, sin embargo las frecuentes fistulizaciones a nivel de la zona uretroprostática ponen reparos a tal elección;

2º) es imposible dejar de tener que resignar varios centímetros del uréter terminal al efectuar su desinserción cutánea para efectuar la urétero-ileoanastomosis; y

3º) la decisión de efectuar en un solo tiempo una cistectomía total y neovejiga en un enfermo portador de una neoplasia vesical, es válida ante el enfermo, su familia y nosotros mismos, por la índole de su enfermedad y el propósito de limitar el grado de invalidez post-operatoria.

Por otro lado, el intentar una neovejiga en un enfermo cistectomizado previamente, presupone una aparente curación de su mal anterior y una casi ausente repercusión sobre su estado general, desde el momento que nos permite pensar en la posibilidad de una operación de tamaño envergadura para solucionar un problema muchas veces sólo de confort.

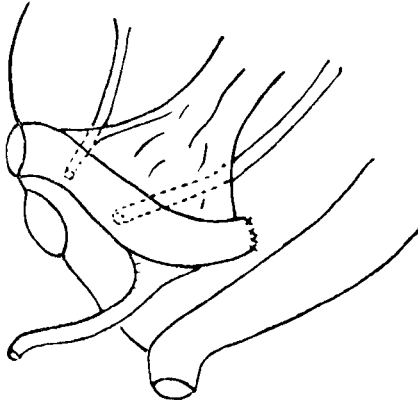
La decisión ante el enfermo, sus familiares y nosotros mismos, ya no es la misma.

Un fracaso en el primero de los casos, estará según nuestra manera de pensar, respaldado por el intento de solucionar en forma completa el problema neoplásico-invalidez, en el otro en cambio, sólo el de la invalidez.

Hemos tenido la oportunidad de presenciar ambas situaciones.

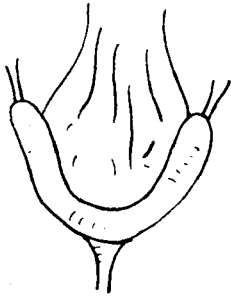
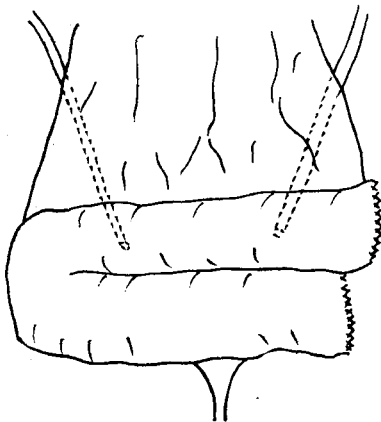
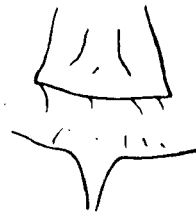
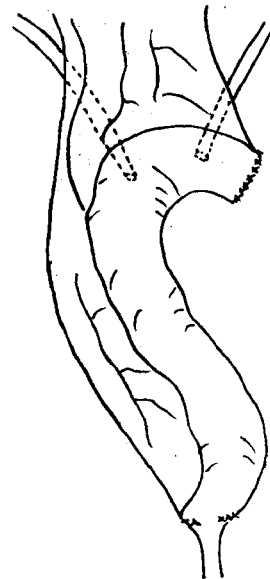
Con respecto a la técnica quirúrgica, fue como ya mencionamos R. Couvelaire, quien en el año 1950 intenta suplir a la vejiga, mediante la exclusión de un asa ileal, la que anastomosada por su borde antimesentérico

al pico de la próstata, es luego perforada mediante la presión que por vía transuretral se efectúa con un beniqué (figura N° 4). No creemos que sea la mejor comunicación que se puede lograr, y es por eso que pese a la fistulización temporaria que se produce, preferimos la anatomosis boca a boca del orificio ileal con el uretral.



COUVELAIRE

figura N° 4

PYRAH  
figuras N° 5 y 6MELLINGER SUDER  
figura N° 7GANDIN  
figura N° 8

Pyrah, figuras N° 5 y 6, en 1957, utiliza el mismo criterio, es decir la anastomosis con intento primario de tránsito urinario transuretral, pero efectuando la anastomosis uréteroileal en los extremos del asa.

No estamos de acuerdo con tal criterio por:

- 1º) se hace imposible llevar uno de los extremos del asa a piel como derivación transitoria y de seguridad;
- 2º) se crean mayores condiciones para que se puedan presentar trastornos de obstrucción en la unión uretroileal y principalmente uréteroileal.

Otras técnicas como las de Mellinger y Suder, figura N° 7, y la de Gandin, figura N° 8, colocan el asa en distintas orientaciones que pueden condicionar trastornos en el tránsito urinario o dificultad en la ubicación del asa en el espacio de Retzius.

## DISCUSION

Antes de iniciar el análisis de los estudios que creemos deben efectuarse para poder llegar a indicar tal intervención, nos parece importante dejar sentado que de ninguna manera vemos en la misma la solución para el sinfin de problemas que a diario se nos presentan ante una neoplasia vesical.

Sin embargo, tenemos la intención de tratar de reglar, dentro de normas que sean todo lo elásticas que la medicina exige, el estudio de los enfermos portadores de tal mal para de esa manera poder lograr conclusiones estadísticas de la utilidad de cada técnica terapéutica, para cada grado evolutivo de la enfermedad.

Como en toda neoplasia de vejiga analizaremos:

- a) el tumor:
  - b) el árbol urinario; y
  - c) el enfermo.
- a) el tumor:
  - 1) tipo histológico: determinado por la biopsia endoscópica, no creemos que defina por propia gravitación la conducta a adoptar entre el sin fin de posibilidades a seguir.
  - b) ubicación: determinará la posibilidad de efectuar tratamientos conservadores, siempre que todos los otros datos lo permitan, algunas ubicaciones crearán impedimentos para poder conservar el órgano.
  - 3) tamaño y número: desde luego constituirá uno de los elementos más importantes para elegir entre la exéresis total o parcial, o tratamientos no quirúrgicos.
  - 4) infiltración: es sin lugar a dudas otro de los parámetros que nos autorizará a aceptar la cirugía radical, cuando todos los otros elementos la aconsejen.

Si bien en casos en donde se pueda presumir la no infiltración de las capas musculares por la neoplasia, no será ella sola la que determine la conducta a seguir, si, por propia gravitación disminuirá las posibilidades de cistectomía total en caso de comprobarse.

No creemos que pueda ir aumentándose sin límites, la magnitud de la intervención en relación directa a la de la neoplasia, pues llegaríamos, si así procediésemos, a indicar intervenciones de gran morbilidad y poder mutilante, en enfermos en donde la dolencia ha dejado de ser orgánica para transformarse en sistémica.

No por conocidos, pensamos que deban dejar de ser mencionados los trabajos que sobre relación entre el grado de infiltración y sobrevida publicaron Whitmore y Marshall en 1956 y Wallace en 1959. Baker, citado por Renato de Araujo y Henrique Constantin Jimenez, demostró a su vez que cuando la neoplasia llega a la capa muscular muestra una gran tendencia a propagarse por las paredes.

Cuando la muscular está inicialmente invadida, se demostró 6,7 % de metástasis en ganglios regionales y cuando se encuentra acentuadamente invadida la proporción llega al 50 %, elevándose al 59 % cuando la neoplasia invade el tejido perivesical.

El tacto rectal, la biopsia mediante la resección endoscópica y la policistografía, son los medios de los que nos valemos actualmente (1970), junto con el urograma de excreción, para estudiar el tópico en discusión, que se completará si el tratamiento quirúrgico es el elegido por la palpación intraoperatoria.

5) propagación extravesical y/o a distancia: con los conocimientos actualmente en nuestro poder, nos inhiben de efectuar tratamientos mutilantes, con pretensiones curativas. El perfeccionamiento de estudios linfográficos, posiblemente nos permitan en el futuro poder ampliar las indicaciones de la cirugía radical, asociándole la linfadectomía perivesical.

- b) el árbol urinario: las alteraciones de la excreción ureteral las consideramos, ante



la falta de otra patología coetánea, fruto de la infiltración vesical de la zona perimeática. Estadísticamente está probado que la sobrevivida de enfermos con neoplasias vesicales que presentan ectasias ureterales, está sensiblemente disminuida cualquiera sea el medio terapéutico empleado y la técnica elegida.

c) el enfermo: la magnitud de esta intervención, limita en cuanto a la elección del enfermo apto para la misma. Su edad y sobre todo su estado general, serán los que unidos al estado del árbol urinario superior y grado y extensión de la neoplasia se constituirán en elementos definitorios para tal decisión.

Al efectuar ahora la crítica retrospectiva de la indicación efectuada a cada uno de los enfermos presentados, tendremos que reconocer que:

1º) en el caso N° 1 existían elementos probatorios de que nos hallábamos ante una neoplasia infiltrante de vejiga, estadio T<sub>2</sub> de la U.I.C.C., tal situación nos inhibiría actualmente de efectuar tal indicación terapéutica.

2º) el caso N° 2 probablemente sea el ejemplo más típico de la situación a nuestro criterio ideal para la realización de la técnica descrita. Enfermo joven, con muy buen estado general y perfecto estado del árbol urinario superior, con una neoplasia que por su extensión impide la conservación del órgano y que por su estadio (T<sub>1</sub>) hace presumir la escasa posibilidad de metástasis ganglionares y/o a distancia.

3º) el caso N° 3, clínicamente similar al N° 2 (aunque con edad límite) presentó metástasis en plazo breve (menos de 1 año).

Si bien según nuestro criterio la indicación fue aceptable, la rara posibilidad de metástasis ganglionares según su estadio (menos del 50 %) fue real e hizo estériles los esfuerzos para brindarle una solución ideal.

## CONCLUSIONES

De ninguna manera consideramos a la presente técnica como solución de lesiones que sabemos pueden evolucionar favorablemente con técnicas más conservadoras y de mucho menor mortalidad o morbilidad.

Somos por convicción de escuela y propia partidarios de las soluciones más radicales entre las que conservan la vejiga, siempre que tales indicaciones no estén reñidas con principios básicos.

Sin embargo consideramos que debe tenérsela presente en casos de neoplasias extendidas a grandes zonas de la mucosa vesical de enfermos con edad y estado general aptos para el intento de la misma.

## RESUMEN

Se presenta modificación de la técnica de Couvelaire y consideraciones con respecto a la misma y a su indicación en ciertos tumores de la vejiga.

Se analiza la evolución de 3 enfermos tratados con la misma.

Se compara con otras técnicas de ileocistoplastia con conservación del tránsito transuretral.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Couvelaire, R.: Le reservoir ileal de substitution après la cystectomie total chez l'homme. *J. d'Urol.* 57:408-17.1951.

<sup>2</sup> Pyrah, L.: Use of segments of small and large intestine in urological surgery, with special reference to problem of ureterocolonic anastomosis. *J. Urol.* 78:683-720.1957.

<sup>3</sup> Mellinger, G. T. and Suder, G. L.: Ileal reservoir (ureteroileourethral anastomosis). *JAMA* 163:2183-86.1958.

<sup>4</sup> Gandin, M.: Ureteroileourethral anastomosis: case report. *J. Urol.* 83:279-82.1960.

<sup>5</sup> Mellinger, G. T. and Klatte, P. B.: Ureteroileourethral anastomosis. *J. Urol.* 82:459-61.1959.

<sup>6</sup> Marshall, V F.: Current clinical problems regarding bladder tumors. *Cáncer* 9:543-90.1956.

<sup>7</sup> Mellicow, M. M.: Histological study of vesical urothelium intervening between gross neoplasms in total cystectomy. *J. Urol.* 68:261-79.1952.

<sup>8</sup> Mostofi, F. K.: Potentialities of bladder epithelium. *J. Urol.* 71:705-14.1954.