

VEJIGA ILEAL: OPERACION DE BRICKER

Dr. Petrone, Eduardo - Dr. Garcés, José M. - Dr. de Marco, José M.
Dr. Rochman, Elías J. - Dr. Ponti, Oscar

Conclusiones

Se presentan 19 casos de vejiga ileal operados según la técnica de Bricker, como derivación previa a la cistectomía total, por cáncer de vejiga, o como cirugía de derivación paliativa.

Se mencionan algunos detalles de técnica que creemos pueden contribuir a disminuir la incidencia de complicaciones y mejorar la sobrevida de estos pacientes.

Esta derivación urinaria descrita por Bricker en el año 1948, es una de las numerosas técnicas ideadas hasta el presente sin que ninguna de ellas reúna las condiciones ideales requeridas.

Este tipo de vejiga ileal asegura una sobrevida prolongada al provocar una baja incidencia de infección ascendente y de reabsorción de orina. Ambas complicaciones dejan de producirse cuando se logran los siguientes requisitos:

- 1º) la presión endocavitaria en el segmento intestinal no debe ser mayor de 100 milímetros de mercurio;
- 2º) el contenido de orina no debe ser mayor de 14 a 30 centímetros.

Ambas circunstancias se ven favorecidas por el peristaltismo intestinal y la aparición de una coordinación neuromuscular entre el vaciado ureteral y el vaciado del conducto ileal.

Entre las complicaciones observadas en estos pacientes podemos diferenciar aquellas que dependen de la técnica operatoria y que pueden evitarse cuidando detalles de la misma y las que dependen del estado del paciente, que a su vez dependerá de la etiología del proceso que provoca la intervención.

La técnica seguida en todos nuestros casos es la clásica descrita por su autor, teniendo especial cuidado en aquellos detalles que contribuyen a disminuir el número de complicaciones.

La elección del asa ileal está dada por la vascularización del íleon terminal que permite, aprovechando la arcada que une la rama íleo-cólica con la mesentérica terminal, realizar la sección a una altura que, por lo general, corresponde a unos 15 centímetros de la válvula íleo-cecal, posibilitando una anastomosis cómoda y la confección de la vejiga ileal con una buena nutrición de una longitud no mayor de 25 centímetros.

La esqueletización del meso debe ser lo suficiente extensa para permitir una buena movilización del asa, no siendo necesario llegar al pie del mismo, y debe efectuarse ligando vaso por vaso, para evitar la formación de hematomas, que pueden llegar a producir la necrosis del segmento aislado, por compresión vascular. La anastomosis urétero-intestinal es realizada a puntos separados, en un plano con Dexon 5-0, perforante total de intestino y uréter efectuando en este último un corte longitudinal (espatulización) para ampliar la superficie de anastomosis, en especial cuando los ureteres son de calibre normal.

Ante un uréter dilatado es conveniente efectuar una sutura continua, que asegure la impermeabilidad de la misma.

La anastomosis término-terminal del intestino se realiza previo corte oblicuo de las bocas, para asegurar una buena vascularización, realizando una sutura monopiano con seda 4-0.

Se sutura la brecha mesentérica y se fija prolijamente el asa al peritoneo parietal.

El abocamiento del asa se realiza en el hemiabdomen derecho en un punto equidistante entre la cresta ilíaca antero-superior y el ombligo, marcado previamente con el paciente de pie, y que variará según la constitución anatómica del

mismo, a fin de asegurar una buena adaptación de la prótesis colectora. El abocamiento del asa en la fosa ilíaca izquierda puede efectuarse en caso de necesidad obteniéndose una buena función.

La porción distal del asa se fija a peritoneo y a piel, previa eversión en puño de camisa.

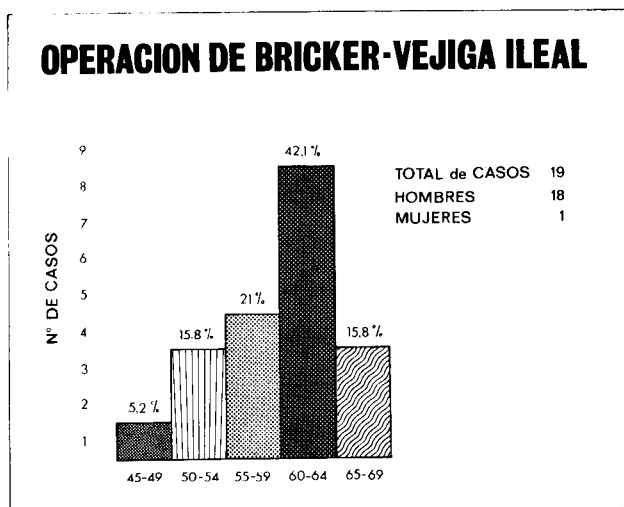
En las últimas intervenciones hemos dejado drenaje peritoneal (tubo), pareciendo que el íleo posoperatorio se acorta, hecho que puede atribuirse a la aspiración de la orina derivada en la cavidad peritoneal durante la intervención, o la que puede filtrarse en las primeras horas luego del acto quirúrgico.

La existencia de un íleo paralítico (más de 6 días), o la instalación de un cuadro peritoneal, es estudiado con una radiografía simple de abdomen y una ileografía, que mostrará cualquier filtración hacia la cavidad peritoneal, exigiendo la inmediata intervención.

En ningún caso hemos usado cateteres ureterales o sonda evacuadora del asa. La prótesis colectora puede ser de goma, adaptable a la ostomía cutánea mediante almohadilla de látex (de fabricación nacional), o de plástico con material adhesivo (importadas). Con ninguna de ellas hemos tenido inconvenientes en su provisión.

Presentamos la evolución de 19 casos, 18 hombres y 1 mujer, intervenidos en los últimos 4 años, cuyas edades oscilan entre 45 y 69 años (cuadro 1).

CUADRO 1



En todos ellos la causa de la intervención fue el cáncer de la vejiga, muchos con tratamientos previos, cuyos estadios y biopsias preoperatorias se detallan en el cuadro 2.

CUADRO 2
Motivo de la intervención

Cáncer de vejiga	19 casos	
Sin tratamiento previo . .	13 casos	
Con tratamiento previo . .	6 casos:	Cistectomía parcial Radioterapia Cistectomía parcial y reimplantación ureteral Endorresecciones

	<i>Biopsia preoperatoria</i>		<i>Estadio preoperatorio</i>	
Carc. anap. indiferenciado	2	T2	6 casos	
Carc. transicional	17	T3	10 casos	
		T4	3 casos	

CUADRO 3
Estudio urográfico preoperatorio

Total de casos	19
Normales	5
Patológicos	14
(Hidronefrosis uni o bilateral) Anulación funcional	

Estudio urográfico posoperatorio

Total de casos	11
Recuperación	10
Anulación funcional	1

Los controles posoperatorios han sido exámenes de laboratorio y urográficos.

En ninguno de los casos se observó acidosis o infección urinaria importante, y la recuperación morfológica y funcional mostrada por los urogramas ha sido satisfactoria (cuadro 3), observándose en 1 caso la anulación funcional de un riñón, debido a una estrechez de la anastomosis ureterointestinal.

Entre las complicaciones inherentes al acto quirúrgico se observa una incidencia importante de infecciones de la pared, tal como se puede apreciar en el cuadro 4.

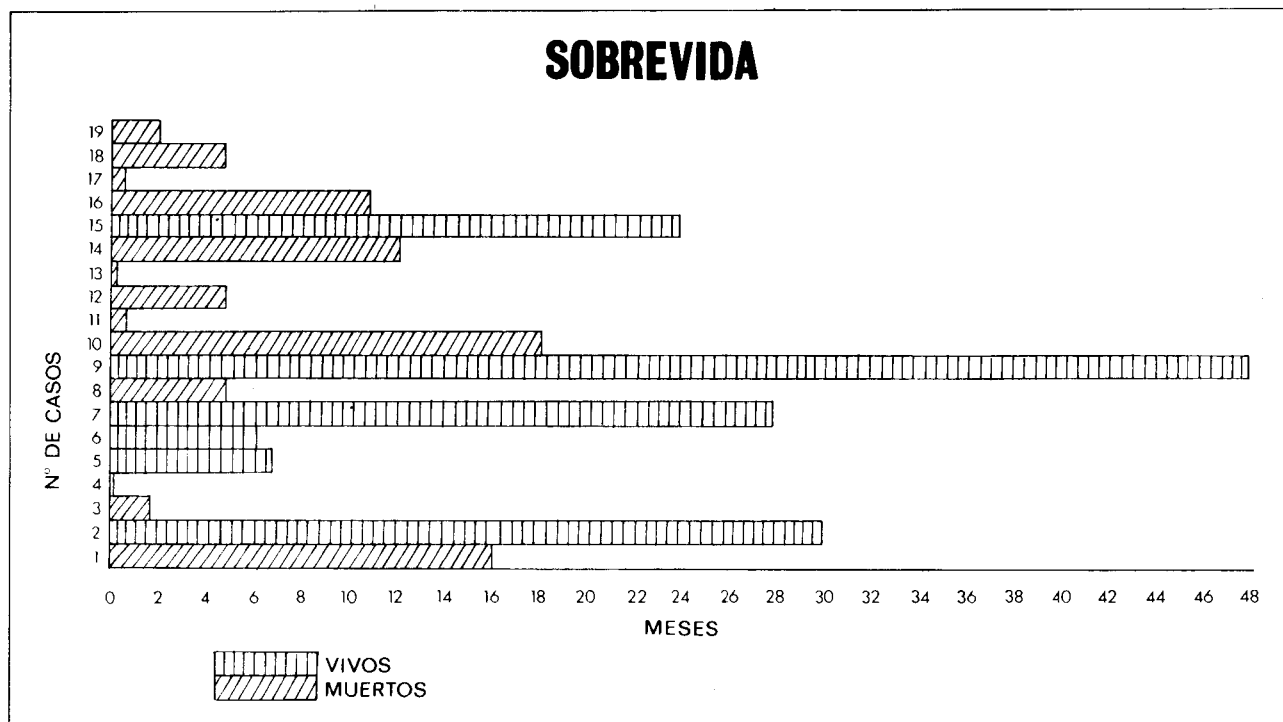
CUADRO 4
Complicaciones

Shock endotóxico	1
Paro respiratorio	1
Hematoma del mesenterio del asa	1
Desprendimiento urétero-intestinal	3
Fístula intestinal (anastomosis)	3
Ileo paralítico prolongado	4
Infecciones de pared	14
Infección del Retzius	1
Eventración	1
Evisceración	1

Sólo 2 casos de muerte fueron atribuibles al acto quirúrgico, 1 caso de peritonitis por dehiscencia de la anastomosis intestinal y 1 caso de shock endotóxico.

De los 19 casos presentados el seguimiento osciló entre 1 día y 48 meses, detallados en el cuadro 5.

CUADRO 5



Bibliografía

- Bricker, E. M.: "Bladder substitution after pelvic eversion". *Sur. Clin. N. Amer.*, 30; 1511, 1950.
- Cordonier, J. J.: "Ileal bladder substitution: an analysis of 78 cases". *J. Urol.*, vol. 77, 714, 1957.
- Parkhurst, E. C.: "Experience with more than 500 ileal conduit diversion in a 12 year period". *J. Urol.*, 99; 434, 1968.
- Macalister, C. L. O.: "Modern trends in urology. The preparation of an ileal loop". Buther Worth, Londres, 1960.
- Harbach, C.: "Ileal loop cutaneous urinary diversion. A critical review". *J. Urol.*, 105, 511, 1971.
- Schmidt, J. D.; Rubin, F., y Culp, D.: "Complications, result and problems of ileal conduit diversion". *J. Urol.*, 109; 210, 1973.
- Stan, A.; Rose, D.; Cooper, J. F.: "Antireflux ureteroileal anastomosis in human". *J. Urol.*, 113; 170, 1975.
- Marshall, F.; Leadbetter, W., y Pretler, S.: "Ileal conduit paraostomal hernias". *J. Urol.*, 114; 40, 1975.
- Rainer, M., Engel: "Complications of bilateral uretero-ileocutaneous urinary diversion. Review of 208 cases". *J. Urol.*, 101, 508, 1969.
- Oliveri, Claudio: "Neovejiga a expensas de un segmento aislado de ansa ileal". *Rev. Arg. de Urol.*, vol. XXVII, 1-3, 1958.