

# OPERACION DE BRICKER EN PACIENTE MONORRENO POR TUMOR DE VIA EXCRETORA

Dr. Juan A. Pagano

## Resumen

Se presenta un caso de tumor recidivado de vía excretora al que se le realiza uretro-próstato-cistectomía total con uretrectomía residual y derivación cutánea de orina a lo Bricker, con buena evolución posoperatoria.

Paciente M. N., de sexo masculino, de 67 años, argentino, nacido en la provincia de Misiones, ingresa el 5 de octubre de 1976 al Hospital G. Rawson, División Urología, H.C. 1056/17, con hematuria intensa, total y con coágulos.

## Antecedentes de enfermedad actual

En mayo de 1971, hematuria, es estudiado y se le realiza una nefrectomía izquierda. Anatomía patológica: carcinoma transicional medianamente diferenciado de pelvis renal, con invasión de parénquima renal circunvecino. Nefritis intersticial inespecífica. (Hospital Dr. Ramón Madariaga, Dr. Guiverguise Bit Chakoch, informe 3922 del 27 de mayo de 1971.)

En marzo de 1975, nueva hematuria, polaquiuria y disuria. Es estudiado nuevamente y con diagnóstico de tumor de vejiga se lo somete a una cistectomía parcial submucosa. Anatomía patológica: carcinoma exofítico de vejiga. Dr. Bit Chakoch, protocolo, 13.072. En el posoperatorio se realizan varias instilaciones de Onco-Tepal intravesicales.

En mayo de 1976, nuevo episodio hematórico por recidiva de tumor vesical.

**Estado actual:** octubre de 1976.

– *Citología exfoliativa:* Papanicolaou grupo "D" (colgajo de células neoplásicas).

– *Urograma:* buena función renal derecha, vejiga desplazada hacia el mismo lado, poca capacidad, piso elevado y falta de relleno en la hemivejiga izquierda.

– *Uretrocistografía:* falta de relleno en piso vesical y cara posterior.

– *Palpación bimanual bajo anestesia:* vejiga tumoral, algo fija en su pared lateral izquierda, en donde se palpa proceso neoplásico de aspecto infiltrativo.

– *Cistoscopia y biopsia:* vejiga de 150 cm<sup>3</sup> de capacidad, medio muy turbio por hematuria y esfacelo de tejidos. No se logran ver los meatos por estar invadidos de tumor sangrante, de aspecto infiltrativo, multicéntrico, superficie cerebriforme, base de implantación sésil, periimplantación congestivoedematosa.

Se ven implantes tumorales de las mismas características en uretra posterior.

*Anatomía patológica de la biopsia endoscópica:* carcinoma transicional papilífero de vejiga. (Hospital Rawson: Dra. Pedernera, protocolo: 104.382.)

Dadas las características de los estudios realizados y con diagnóstico de tumor de vía excretora (urotelio) recidivado, se decide realizar la uretro-próstato-cistectomía con derivación externa de orina mediante un conducto ileal. (Operación de Bricker.)

**Operación:** 24 de octubre de 1976.

– Laparotomía mediana supra e infraumbilical. La exploración del abdomen no evidencia signos de metástasis vis-

cerales ni adenopatías. Se ve muñón ureteral izquierdo que llega hasta el cruce con los vasos ilíacos, engrosado, de 2 cm de diámetro aproximadamente, duro, macizo (tumoral).

– Ligadura de ambas arterias hipogástricas. Liberación y sección del uréter derecho que es de características normales. Se reseca el extremo distal del mismo para estudio histopatológico.

– Aislamiento del asa ileal de 20 cm aproximadamente y reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis término-terminal.

– Anastomosis urétero-ileal, término-lateral e ilio-cutánea en fosa ilíaca derecha.

– Apendicectomía profiláctica.

– Se realiza la resección del muñón residual izquierdo ureteral por vía extraperitoneal junto con la vejiga y la próstata y por perineotomía anterior se libera la uretra en su totalidad, reseándola con el resto de la pieza.

– Se drena la cavidad abdominal y la Loge de la cistectomía por drenaje perineal.

Buena evolución posoperatoria.

## Anatomía patológica de la pieza operatoria

Descripción macroscópica: vejiga con tumor vegetante que ocupa la mayor parte de cúpula y trigono, infiltrando también uréter.

Descripción microscópica:

1) Carcinoma transicional semidiferenciado que infiltra hasta capa muscular interna de la vejiga.

2) Ureter izquierdo: carcinoma transicional. Infiltra hasta la capa muscular interna.

3) Ureter derecho: pared muscular hipertrófica. No se observa infiltración neoplásica.

4) Uretra: implantaciones múltiples de carcinoma transicional papilífero.

(Hospital Rawson, Dr. E. Penhos, protocolo: 104.382, 26 de octubre de 1976.)

En mayo de 1977, después de 7 meses de operado, el paciente está en muy buen estado general. Se realiza urograma de control:

– placa simple: se observa la bolsa colectora de orina pegada al ileostoma cutáneo;

– placa a los 15 minutos: buena concentración y eliminación renal derecha. Se comienza a rellenar el conducto ileal;

– placa a los 20 minutos: se despegó la bolsa colectora para poder visualizar el relleno del asa intestinal aislada;

– placa a los 60 minutos: se observa la disminución de la radiopacidad de la sustancia de contraste en el sistema urétero-pielo-calicial y en el asa ileal, producto de la falta de obstrucción en el mismo.