

## Complicaciones y evolución clínica de pacientes portadores de carcinomas de vejiga tratados con cistectomía radical y ureterostomía cutánea transileal

Dres. COIMBRA FERRARI, F.; MONTES DE OCA, L.; ZAMAR, M.; CORIGLIANO, J. L.; RAMELLA, G. (\*)

**RESUMEN:** Se expone la experiencia de los autores al realizar ureterostomías cutáneas transileales en 38 pacientes portadores de diferentes estadios de neoplasias malignas de la vejiga, detallando las complicaciones observadas y la evolución clínica de los pacientes.

(Rev. Arg. de Urología, Vol. 56, Pág. 133, 1991)

Palabras clave: Vejiga - Neoplasias vesicales malignas - Ureterostomía cutánea transileal

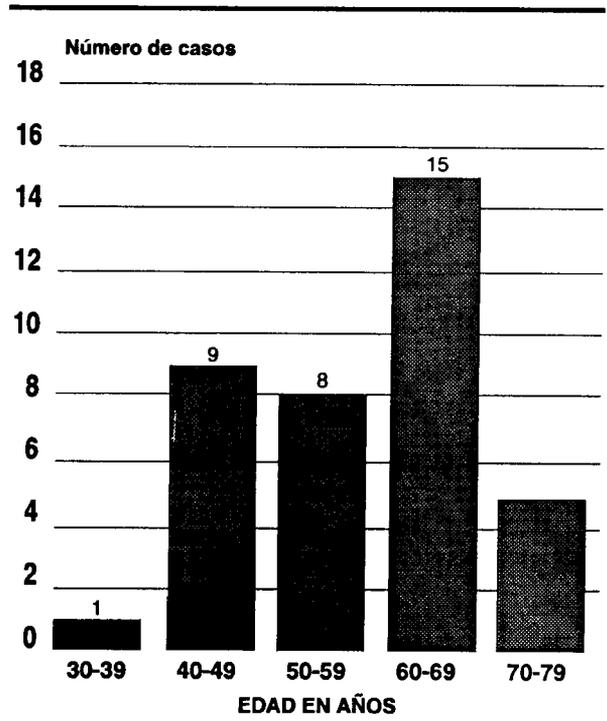
### INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico del carcinoma de vejiga se efectúa, según el caso, mediante la resección transuretral de vejiga, cistectomía parcial o total. Esta última debe ir siempre acompañada de una derivación urinaria. En 1911 Zaayer describió la ureterostomía cutánea transileal y Bricke (1) en 1950 fue el primero que popularizó esta derivación urinaria, uno de los métodos más utilizados en la actualidad. Aunque este procedimiento quirúrgico ha tenido en sus orígenes un porcentaje de morbimortalidad postoperatorio elevado (2, 4, 5, 6) en la actualidad y debido a los adelantos en el manejo clínico-quirúrgico del pre, intra y postoperatorio inmediato se han reducido sensiblemente las complicaciones (7, 8, 9, 10). A los fines de disminuir la morbimortalidad operatoria y postoperatoria, algunos autores (11, 12, 13) han recomendado la realización de la intervención transileal y luego, una vez que el paciente se ha recuperado de la intervención, la segunda etapa constituida por la cistectomía.

El objetivo del siguiente estudio retrospectivo consiste en presentar nuestra experiencia en una serie de 38 pacientes portadores de un carcinoma de vejiga tratados con cistectomía y ureterostomía cutánea transileal. En el pre-

Tabla 1

Edades de los Pacientes



(\*) Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Córdoba 2351, 4º piso, C.P. 1120. Buenos Aires, Argentina.

sente trabajo detallaremos las complicaciones (morbimortalidad operatoria) evolución clínica y sobrevida de los pacientes).

## MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio fueron seleccionados 38 pacientes con carcinoma de vejiga tratados con cistectomía radical más ureterostomías cutáneas transilicales en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" entre abril de 1973 y setiembre de 1990. Cinco de los pacientes eran de sexo femenino y 33 de sexo masculino, evidenciando una relación hombre:mujer de 6:1. En el momento de la operación la edad de los pacientes fue desde los 30 a 79 años con una media de 57 +/- 11 años (ver Tabla 1).

El examen histopatológico de los tumores demostró estirpe transicional en 36 casos y epidermoide en los 2 restantes. La estadificación de las neoplasias se realizó en base a la palpación bimanual, estudios endoscópicos y urograma excretor. En aquellos casos presentados a partir de 1982 se agregó la tomografía axial computada. Dicha estadificación fue corroborada por los hallazgos anatómopatológicos. Los criterios para la estadificación clínica se basaron en el sistema T.N.M. (ver Tabla 2).

Con la finalidad de analizar los resultados obtenidos, los pacientes fueron clasificados de acuerdo a sus estadios clínicos en tres grupos, a saber:

Tabla 2

### Estadificación Clínica

Jewet & Strong U.I.C.C.

	Tx	No hay requisitos mínimos para poder evaluar.
	Tis	Carcinoma in situ plano.
0	Ta	Carcinoma papilar no invasor.
A	T <sub>1</sub>	Tumor que invade la lámina propia.
B <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	Tumor que invade el músculo superficial.
B <sub>2</sub>	T <sub>3a</sub>	Invasión de la capa muscular profunda.
C	T <sub>3b</sub>	Infiltración de la grasa perivesical.
D	T <sub>4</sub>	Invasión del peritoneo y órganos pélvicos adyacentes.
	Nx	Estado ganglionar inexplorado.
	N <sub>0</sub>	Ganglios libres de tumor.
D <sub>1</sub>	N <sub>1</sub>	MTS en un ganglio linfático único de 2 cm o menos en su dimensión mayor.
	N <sub>2</sub>	MTS en un ganglio linfático único de más de 2 cm pero no más de 5 cm en su mayor dimensión o múltiples ganglios linfáticos, ninguno de más de 5 cm.
	N <sub>3</sub>	MTS en un ganglio linfático de más de 5 cm en su mayor dimensión.
	Mx	Presencia de metástasis a distancia no puede ser evaluada.
	M <sub>0</sub>	Sin metástasis a distancia
	M <sub>1</sub>	Metástasis a distancia

**Grupo I:** tumores superficiales (Ta-T1).

**Grupo II:** tumores infiltrantes contenidos en la vejiga (T2-T3a)

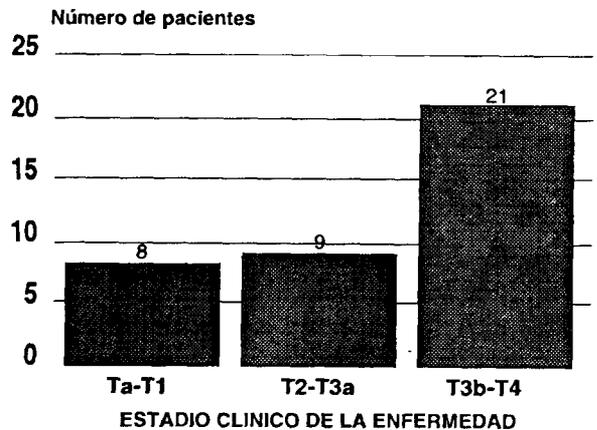
**Grupo III:** neoplasias infiltrantes de la grasa pelviana (T3b-T4) (ver Tabla 3). Dentro de este último grupo se efectuó la mayor parte de las intervenciones. Las medidas de las edades de los pacientes en cada grupo fueron: 54 +/- 14 años para el Grupo I; 56 +/- 8 años para el Grupo II y 60 +/- 10 años para el Grupo III.

En 36 de los pacientes se efectuó cistoprostatectomía radical, y los dos restantes permanecieron con vejiga in situ. En 10 del total de los pacientes se efectuó linfadenectomía ilíaca bilateral.

En 7 de los 38 pacientes intervenidos, la anastomosis ureteroileal se efectuó en un asa de más de 20 cm de

Tabla 3

### Estadio Clínico



longitud. En 8 pacientes la operación de Bricker se llevó a cabo en dos tiempos, reservando la cistoprostatectomía radical para la segunda intervención.

### TECNICA

La técnica quirúrgica seguida en todos los casos es la clásica descrita por Bricker. Solamente haremos mención de algunos detalles quirúrgicos que habitualmente realizamos.

En nuestros casos para la confección del asa ileal generalmente utilizamos el ileon terminal, excepto en aquellos pacientes irradiados, en los cuales escogemos la zona de intestino delgado que se encuentra alejada del área afectada por la irradiación.

La longitud del asa intestinal se la determinó en la mayoría de los pacientes en función de las características de la pared abdominal y de las arcadas vasculares, no obstante esto, tratamos que la longitud no excediera los 20 cm.

La esqueletización del meso no debe ser extensa para evitar la necrosis del segmento aislado. La anastomosis termino-terminal del intestino se realizó previo corte oblicuo de las bocas, para asegurar una buena vascularización, realizando a posteriori una sutura en dos planos, el primero de ellos con puntos totales y el segundo con puntos seromusculares.

Los uréteres fueron identificados y aislados por apertura del peritoneo parietal posterior. El uréter izquierdo es pasado retroperitonealmente por delante de los grandes vasos. Ambos uréteres se implantan en el borde antimesentérico del asa proximal mediante la técnica de Boeminghaus por medio de una anastomosis término-lateral. Luego, se efectúa la retroperitonización de los uréteres uniendo la serosa ileal a los colgajos del peritoneo parietal posterior abierto de la disección ureteral.

## RESULTADOS

Las tablas 4, 5, 6 y 7 detallan la morbimortalidad y sobrevida de la población estudiada.

### 1) Mortalidad

Dos pacientes murieron en el hospital en el período inmediato (primeras 48 horas del postoperatorio). Uno de ellos por hemorragia interna masiva y el otro por trombosis de la arteria mesentérica. Siendo la mortalidad inmediata de 5.2%. La edad media de los pacientes fallecidos en este período fue de 67 +/- 4 años y resultó ser significativamente mayor ( $p$  mayor 0,0005) que la media del total de la población en estudio (57 +/- 11 años).

La mortalidad observada durante este período no tuvo relación con el grupo clínico al que pertenecía el paciente ya que estuvo presente en los grupos I y III.

Cuatro pacientes murieron en el período del postoperatorio mediato (considerado éste hasta la finalización de la hospitalización). Tres de los pacientes fallecieron por presentar shock séptico y el restante a causa de un tromboembolismo pulmonar. Siendo la mortalidad postoperatoria mediata de 10.8%. La edad media de los pacientes fallecidos en este período fue de 64 +/- 9 años y resultó ser significativamente mayor ( $p$  menor 0,0025) que la media

Tabla 4

### Mortalidad Operatoria

Período	Grupo	Estadio	Causa de Muertes	Nº de Ptes.
Inmediato	I	Ta-T1	shock hipovolémico	1
Inmediato	III	T3b-T4	Trombosis de la mesentérica	1
Mediato	II	T2-T3a	Tromboembolismo pulmonar	1
Mediato	III	T3b-T4	shock séptico	3
Total				6 (15,8%)

total de la población en estudio (57 +/- 11 años). La mortalidad postoperatoria mediata no fue observada en los pacientes del Grupo I, pero se la observó con mayor incidencia en los pacientes que pertenecían a grupos clínicos con enfermedad neoplásica más avanzada. En total la mortalidad mediata e inmediata fue del 15,8% (ver Tabla 4).

### 2) Complicaciones tempranas

Son aquellas que se observan dentro del período de hospitalización. En nuestro estudio sobre un total de 38 pacientes se observaron 29 complicaciones (ver Tabla 5)

Tabla 5

### Complicaciones Tempranas

	Nº de casos	%
Shock séptico	4	13,3
Meningoencefalitis	1	3,3
Abceso subfrénico	1	3,3
Supuración de herida	8	27,5
Atelectasia pulmonar	1	3,3
Hemorragia digestiva alta	2	6,6
Shock hipovolémico	1	3,3
Trombosis de A. mesentérica superior	1	3,3
T.E.P.	1	3,3
Fístula urocútea	2	6,6
Ileo parálitico	3	10,3
Dehiscencia de la anastomosis ileo-ileal	2	6,6
Umbilicación de la ileostomía	1	3,3
Abdomen agudo por cuerpo extraño	1	3,3
Total	29	100 %

1. *Abceso subfrénico*: 1 caso (3,3%) el cual fue resuelto mediante drenaje quirúrgico, evolucionando favorablemente.
2. *Supuración de herida quirúrgica*: 8 casos (26,6%) de estos dos (6,6%) evolucionaron con dehiscencia de la herida, tres casos (10%) presentaron evisceración de la herida la cual fue resuelta quirúrgicamente. El 100% de los casos evolucionó favorablemente.
3. *Atelectasia pulmonar*: 1 caso (3,3%). Se observó una buena evolución con tratamiento médico.
4. *Tromboembolismo pulmonar*: 1 caso (3,3%). Se indicó tratamiento médico con anticoagulantes presentando una evolución desfavorable con el fallecimiento del paciente.
5. *Hemorragia digestiva alta*: 2 casos (6,6%). Se realizó tratamiento con anti H2, protectores de la mucosa gástrica, con una evolución favorable.
6. *Shock hipovolémico*: 1 caso (3,3%). Se observó en el postoperatorio inmediato, desencadenando el deceso del paciente.
7. *Shock séptico*: 4 casos (13,3%). En todos los casos se indicó el tratamiento antibiótico correspondiente. Tres de los pacientes (10%) fallecieron.

8. *Trombosis de la arteria mesentérica superior*: 1 caso (3,3%), el que falleció.
9. *Fístulas urocúteas*: 2 casos (6,6%). Evolucionaron favorablemente, resolviéndose espontáneamente sin necesitar tratamiento quirúrgico.
10. *Meningoencefalitis*: 1 caso (3,3%). Agente causante: candida albicans. Fue indicado tratamiento anti-biótico evolucionando el paciente favorablemente.
11. *Ileo paralítico*: 3 casos (10%). Estos se resolvieron espontáneamente.
12. *Dehiscencia de la anastomosis ileo-ileal*: 2 casos (6,6%). Se realizó en todos los casos tratamiento quirúrgico con exclusión del asa fistulizada mediante una ileo-transverso anastomosis latero-lateral con ligadura del colon transverso.
13. *Umbilicación de la ileostomía*: 1 caso (3,3%).
14. *Abdomen agudo por cuerpo extraño*: 1 caso (3,3%). Se resolvió quirúrgicamente con evolución favorable.

### 3) Complicaciones tardías

Se consideran complicaciones tardías aquellas que se presentaron luego del período de hospitalización. En nuestro estudio sobre 38 pacientes se observaron 17 complicaciones tardías (44.7%) (ver Tabla 6).

Tabla 6

#### Complicaciones Tardías

	Nº de casos	%
Eventración de ileostomía	1	3,2
Eventración de herida quirúrgica	3	13,3
Pielonefritis	2	12,3
Estenosis ureteroileal	11	64,7
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

1. *Eventración de ileostomía*: 1 caso. Sólo se efectuó control.
2. *Eventración de herida operatoria*: 2 casos. No fueron resueltos por medios quirúrgicos y sólo se efectuó control.
3. *Pielonefritis*: 2 casos (12,3%). Fueron medicados y controlados con ATB.
4. *Estenosis uretero ileal*: 11 casos (64,7%), de los cuales 7 fueron resueltos mediante nefrostomía a cielo abierto y a 4 pacientes se le efectuó nefrostomía percutánea.

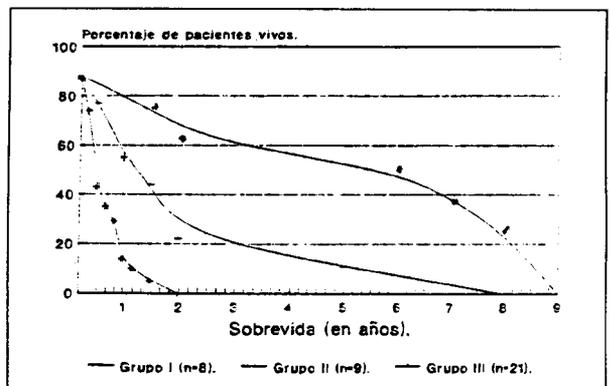
La mayor parte de estas complicaciones se presentaron en los grupos I y II, en virtud a la mayor sobrevida de los pacientes de estos grupos con respecto a los del Grupo III, posibilitando el desarrollo de este tipo de complicaciones.

### 4) Sobrevida

La sobrevida de los pacientes de los diferentes grupos se detallan en la Tabla 7. La sobrevida media de los pacientes del Grupo I fue de 64 +/- 43 meses; la del Grupo II 28 +/- 31 meses y la de Grupo III 8 +/- 6 meses. La sobrevida de los pacientes del Grupo I fue significativamente mayor que la del Grupo II (p 0,05). La sobrevida de los pacientes del Grupo II fue significativamente superior a la del Grupo III (p 0,005). En el Grupo I ninguno falleció por cáncer en un seguimiento de nueve años, mientras que en los grupos II y III las altas se produjeron por progresión de la enfermedad.

Tabla 7

#### Sobrevidas por Grupo



### COMENTARIOS

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

- 1) En los casos de Grupo I (T<sub>a</sub>-T<sub>1</sub>) de la U.I.C.C., existían elementos probatorios de que nos halláramos ante una neoplasia superficial de vejiga; tal situación nos inhibiría actualmente de efectuar esta derivación ya que en este momento existen nuevos procedimientos terapéuticos.
- 2) En los casos del Grupo II (T<sub>2</sub>-T<sub>3a</sub>) probablemente sea el ejemplo más adecuado para indicar este procedimiento, ya que si bien es una neoplasia infiltrante, generalmente son enfermos con buen estado general y aceptable árbol urinario superior.
- 3) En los casos del Grupo III (T<sub>3b</sub>-T<sub>4</sub>) la cistectomía y la ureterostomía cutánea transileal se efectuó como una cirugía de necesidad.

Con respecto a la decisión de efectuar en un solo tiempo la exeresis vesical y la neovejiga en un enfermo portador de una neoplasia vesical, creemos que es válida, ante un enfermo, su familia y nosotros mismos. Un fracaso en el



# ORIGINAL

## **Voltarén**

Diclofenac Sódico\*

\*Droga descubierta y desarrollada por CIBA-GEIGY

## **Geigy**

### **Información para prescribir**

**Indicaciones:** Formas inflamatorias y degenerativas de las enfermedades reumáticas. Afecciones musculoesqueléticas agudas - Gota aguda - Inflamación y tumefacción postraumática y postoperatoria - Cuadros dolorosos y/o inflamatorios en ginecología, por ejemplo: dismenorrea. Cólico renal y biliar (ampollas). Como adyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias graves de garganta, nariz y oído (la fiebre por sí sola no es una indicación). **Posología:** De 75 a 150 mg/día, dependiendo de la indicación (dismenorrea: hasta 200 mg diarios). Amolgel: 1 o 2 por día como máximo, como Terapia aguda o inicial, durante no más de dos días. Emulgel: de acuerdo al tamaño de la zona dolorosa a tratar. aplicar 2-4 g en el sitio afectado 3-4 veces por día y friccionar suavemente. **Contraindicaciones:** Úlcera péptica, hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, al ácido acetilsalicílico o a otras drogas inhibidoras de la síntesis de prostaglandina-sintetasa. Hipersensibilidad conocida al metabisulfito de sodio o a otros excipientes (ampollas). Proctitis (supositorios). Hipersensibilidad conocida al isopropanol y al propilenglicol (Emulgel). **Precauciones:** Antecedentes o síntomas de enfermedad gastrointestinal, insuficiencia hepática, cardíaca o renal. Embarazo. Porfiria. Cautela en sujetos de edad avanzada. Pacientes con depleción del volumen extracelular por cualquier causa. Pacientes en tratamiento con diuréticos, anticoagulantes o antidiabéticos. Durante el tratamiento prolongado se recomienda el control periódico de la función hepática y del cuadro hemático. Posibles reacciones de hipersensibilidad al metabisulfito de sodio, particularmente en pacientes con asma (ampollas). No aplicar sobre lesiones cutáneas o heridas abiertas. Evitar el contacto con los ojos o las membranas mucosas. No ingerir (Emulgel). Voltarén, en las presentaciones que se comercializan en la República Argentina, no debe ser utilizado en niños menores de 14 años. **Efectos Colaterales:** En ocasiones: trastornos gastrointestinales. cefaleas. mareos o vértigos, erupción, elevación de GOT y GPT. Raramente: úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad. En casos aislados: alteraciones del sistema nervioso periférico, eritema multiforme, púrpura, anomalías de la función renal, discrasias sanguíneas. Emulgel: ocasionalmente puede presentarse erupción cutánea o prurito, enrojecimiento o escozor de la piel. **Presentación:** VOLTAREN comprimidos recubiertos de 50 mg: envases con 15 y 30 comprimidos. VOLTAREN Retard comprimidos recubiertos de 100 mg: envase con 15 comprimidos. VOLTAREN supositorios de 100 mg: envase con 5 supositorios. VOLTAREN ampollas de 75 mg/3 ml: envase con 6 ampollas. VOLTAREN Emulgel (1%): pomo con 50 g de emulgel.

Para mayor información consultar el prospecto de envase o al Departamento Médico de CIBA-GEIGY Argentina - Arias 1851 - (1429) Buenos Aires. Tel.: 701-2461/69.



## **Voltarén**



# CONFIABLE

## Voltarén

## Geigy

Diclofenac Sódico

• Droga descubierta y desarrollada por CIBA-GEIGY

### Indicación para prescribir

**Indicaciones:** Formas inflamatorias y degenerativas de las enfermedades reumáticas. Afecciones musculoesqueléticas agudas - Gota aguda - Inflamación y tumefacción postraumática. Operatoria - Cuadros dolorosos y/o inflamatorios en ginecología, por ejemplo: dismenorrea. Cólico renal y biliar (ampollas). Como adyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias de garganta, nariz y oído (la fiebre por sí sola no es una indicación). **Posología:** De 75 a 150 mg/día, dependiendo de la indicación (dismenorrea: hasta 200 mg diarios). Ampollas: 1 por día como máximo, como Terapia aguda o inicial, durante no más de dos días. Emulgel: de acuerdo al tamaño de la zona dolorosa a tratar, aplicar 2-4 g en el sitio afectado 3-4 veces por día y friccionar suavemente. **Contraindicaciones:** Úlcera péptica, hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, al ácido acetilsalicílico o a otras drogas inhibidoras de la ciclooxigenasa-sintetasa. Hipersensibilidad conocida al metabisulfito de sodio o a otros excipientes (ampollas). Proctitis (supositorios). Hipersensibilidad conocida al isopropanol o al clorhidrato de efedrina (Emulgel). **Precauciones:** Antecedentes o síntomas de enfermedad gastrointestinal, insuficiencia hepática, cardíaca o renal. Embarazo. Porfiria. Cautela en sujetos de edad avanzada. Pacientes con depleción del volumen extracelular por cualquier causa. Pacientes en tratamiento con diuréticos, anticoagulantes o antidiabéticos. Durante el tratamiento prolongado se recomienda el control periódico de la función hepática y del cuadro hemático. Posibles reacciones de hipersensibilidad al metabisulfito de sodio, particularmente en pacientes con asma (ampollas). No aplicar sobre lesiones cutáneas o heridas abiertas. Evitar el contacto con los ojos o las membranas mucosas. No ingerir (Emulgel). Voltarén, en las presentaciones que se comercializan en la República Argentina, no debe ser utilizado en niños menores de 14 años. **Efectos Colaterales:** En ocasiones: trastornos gastrointestinales, cefaleas, mareos o vértigo, erupción, elevación de GOT y GPT. Raramente: úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad. En casos aislados: alteraciones del sensorio, erupción multifórmica, púrpura, anomalías de la función renal, discrasias sanguíneas. Emulgel: ocasionalmente puede presentarse erupción cutánea o prurito, enrojecimiento o escozor de la piel. **Presentación:** VOLTAREN comprimidos recubiertos de 50 mg: envases con 15 y 30 comprimidos. VOLTAREN Retard comprimidos recubiertos de 100 mg: envase con 15 comprimidos. VOLTAREN supositorios de 100 mg: envase con 5 supositorios. VOLTAREN ampollas de 75 mg/3 ml: envase con 6 ampollas. VOLTAREN Emulgel (1%): pomos con 50 g de emulgel.

Para mayor información consultar el prospecto de envase o al Departamento Médico de CIBA-GEIGY Argentina - Arias 1851 - (1429) Buenos Aires. Tel.: 701-2461/69.



## Voltarén

Tabla 8

Complicaciones de la cistectomía total y conducto ileal

Referencia	Nº de casos	Período	Complicaciones tempranas (%)				Complicaciones tardías (%)			Mortalidad operatoria (%)
			Obstrucción intestinal	Infección dehiscencia	Fístulas urinarias	Fístulas digestivas	PNA (*)	Estenosis ureteral	Estenosis del estoma	
Cohen and Persky	64	1956-1966	15.2	26.6	3.1	4.7	-	6.3	-	10.9
Daughtry and associates	55	1960-1970	1.8	18.2	7.3	-	-	1.8	-	9.1
Laskowski and associates	66	1958-1966	6.1	21.2	1.5	6.1	1.5	1.5	-	7.5
Johnson and associates	181	1956-1968	9.9	13.8	4.4	5.0	5.5	15.5	3.9	14.4
Johnson and Lamy	214	1969-1975	9.5	25.3	2.5	6.3	15.2	18.4	5.1	3.3
Sullivan	336	1956-1971	23.6	20.2	3.3	5.4	19.2	14.7	5.1	13.7
Leriche and associates	46	1975-1985	13.35	-	21.7	2.17	3.4	10.3	6.89	7.79

(\*) PNA: pielonefritis aguda

primer procedimiento (la neovejiga) nos limitará para solucionar el problema neoplásico.

Hemos tenido la oportunidad de presenciar esta situación en dos pacientes de nuestra serie.

El análisis de las complicaciones de los diferentes autores (ref. 9 al 20) está explicado en la Tabla 8.

Así es como respecto a la mortalidad, que en sus comienzos llegó hasta un 20%, en la actualidad existen seguimientos que la llevan a un 3%.

En nuestra serie la mortalidad se observó en el postoperatorio mediano e inmediato y fue del 15,8% (6 de 38 pacientes). Es de hacer notar que los pacientes fallecidos ocurrieron en la primera mitad de nuestra experiencia donde quizás la selección de los pacientes no fue tan estricta, realizando esta intervención a pacientes con baja condición quirúrgica y neoplasias avanzadas.

Dentro de las complicaciones tempranas el grupo dominante fue los diferentes procesos infecciosos, no se observó relación entre el sexo, edad ni estado clínico de la enfermedad.

Con respecto a las complicaciones tardías se observó que la estenosis ureteroileal fue la más frecuente. La mayor parte de éstas se presentaron en los grupos I y II, en virtud a la mayor sobrevida de los pacientes de estos grupos. En cambio los pacientes del Grupo III (con enfermedad avanzada) fallecieron por progresión de la enfermedad antes que las complicaciones tardías se desarrollaran.

La literatura (21, 22, 23, 24) nos habla de que la morbimortalidad de la ureterostomía cutánea transileal efectuada en pacientes portadores de alteraciones urodinámicas de su vía urinaria baja con respecto a la efectuada en

pacientes con cáncer de vejiga es menor. La explicación es la siguiente:

- La existencia de una neoplasia produce hipoproteïnemia, anemia y toxemia neoplásica.
- La cistectomía radical efectuada en pacientes neoplásicos prolonga el postoperatorio, cosa que no ocurre en los pacientes urodinámicos en quienes no se efectúa la cistectomía total.
- Los pacientes con afecciones neurogénicas pertenecen a un grupo etario menor, mientras que los pacientes con cáncer de vejiga oscilan entre los 40 y 70 años.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de una neoplasia de vejiga obliga al urólogo en forma frecuente a efectuar una cistectomía radical y a la creación de un receptáculo destinado a recibir la orina. Sin embargo, son escasas las posibilidades de lograr una neovejiga que reúna las propiedades funcionales de la vejiga.

De ninguna manera consideramos a la ureterostomía cutánea transileal como el procedimiento ideal de derivación. Sin embargo, este procedimiento sigue siendo un medio probado y eficaz de derivación, y nosotros lo preferimos a otros cuando se lleva a cabo juntamente con una cistectomía total para el tratamiento del cáncer vesical avanzado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bricker, E. M.: Bladder substitution after pelvic evisceration. *Surg. Clin. n. Amer.* 30:1511, 1950.
2. Butcher, H. R. Jr.; Sugg, M. L.; Mc Afec, C. A. and Bricker, E. M.: Ileal conduit method of ureteral urinary diversion. *Ann. Surg.* 156:682, 1962.
3. Burhan, J. P. and Farrer, J.: A group experience with ureter ileal cutaneous anastomosis for urinary diversion: Results and complication of the isolated ileal conduit (Bricker procedure) in 96 patients. *J. Urol.* 83: 622, 1960.
4. Glantz, G. M.: Cystectomy and urinary diversion. *J. Urol.* 96:714, 1966.
5. Pearse, H. D.; Pappas, J. T. and Hodges, C. V.: Radical cystectomy for bladder cancer 10 year survival. *J. Urol.* 109:623, 1973.
6. Riches, E.: Choice of treatment in carcinoma of the bladder. *J. Urol.* 84:472, 1960.
7. Whitmore, W. F. Jr. and Marshall, V. F.: Radical total cystectomy for cancer of the bladder 230 consecutive cases five years later. *J. Urol.* 87:853, 1962.
8. Johnson, D. E.; Jackson, L. and Guinn, G. A.: Ileal conduit diversion for carcinoma of the bladder. *South Med. J.* 63:1115, 1970
9. Johnson, D. E. and Lamy, S. M.: Complication and of a single stage radical cystectomy and ileal conduit diversion. Review of 241 cases. *J. Urol.* 117:171, 1975.
10. Sullivan, J. W.; Grabstald, H. and Willet, F.; Withmore, J. R.: Complications of ureteroileal conduit with radical cystectomy review of 336 cases. *J. Urol.* Vol. 124:797, 1980.
11. Laskowski, T. Z.; Scott, R. Jr. and Hudgins, P. T.: Combined therapy radiation and surgery in the treatment of bladder cancer. *J. Urol.* 99:733, 1968.
12. Grimes, J. H.; Hart, J. M.; Glenn, J. F. and Anderson, E. E.: Staged approach to invasive vesical malignancy. *J. Urol.* 108:872, 1972.
13. Mahoney, E. M.; Weber, E. T. and Harrison, H. J.: Post diversion of precystectomy irradiation for carcinoma of the bladder. *J. Urol.* 114:46, 1975.
14. Cohen, S. M. and Persky, L.: Ileal conduit in the treatment of radiation treated pelvic malignancies, a comparative review. *J. Urol.* 120:32, 1978.
15. Cohen, S. M. and Persky, L.: A ten years experience with ureteroleostomy. *Arch. Surg.* 95:278, 1967.
16. Wrigley, J. V.; Prem, K. A. and Fraley, E. E.: Pelvic exenteration: Complication of urinary diversion. *J. Urol.* 116:428, 1976.
17. Daughtry, J. D.; Susan, L. P.; Stewart, B. H. and Straffon, R. A.: Ileal conduit and cystectomy: A 10 year retrospective study of ileal conduit performed in conjunction with cystectomy and with a minimum 5 year follow-up. *J. Urol.* 118:556, 1977.
18. Pitts, W. R. Jr. and Muecke, E. C.: A 20 year experience with ileal conduit the fate of the kidneys. *J. Urol.* 122:154, 1979.
19. Jaffe, B. M.; Bricker, E. M. and Butcher, H. R. Jr.: Surgical complication of ileal segment urinary diversion. *Ann Surg.* 167:367, 1968.
20. Laskowsky, T. Z.; Scott, R. Jr. and Hudgins, P. T.: Combined therapy: radiation and surgery in the treatment of bladder cancer. *J. Urol.* 99:733, 1968.
21. Matuecu, B. P.; Shipilon, U. T.: Comparative evaluation of the different methods of urine derivation after cystectomy for bladder cancer. *Urol. Nefro.* 1989. Jul-Aug (4), P. 39-43.
22. Schmidt, J. D.; Hawtrey, C. E. and Flocks, R. H.: Complication, result and problems of ileal conduit diversion. *J. Urol.* Vol. 109:210-216, 1973.
23. Ami Sidi, A.; Dykstra, D. D. and Becher, E.: Long term follow-up or renal function in spinal cord injury patients with ileal conduit urinary diversion. *J. Urol.* 143:372A, 1990.
24. Leriche, J. P.; Archimbaud, S. B.: ureterostomía cutánea transileal.