

LA DETUBULARIZACION, ¿MEJORA LA CONTINENCIA EN EL REEMPLAZO DE VEJIGA?

Dres. Lobel, B.; Guille, F.; Labrador, J.; Cipolla, B.; Roth, S.; Staerman, F.; Corbel, L.

RESUMEN: *Camey* en los años 70 promovió el reemplazo de la vejiga. En 1987, la Asociación Francesa de Urología nos dio la oportunidad de estudiar 729 ileocistoplastias tubularizadas (operación de *Camey*)⁽¹⁾. En éstas, la continencia diurna fue excelente o aceptable (ligera incontinencia por stress) en el 91 % de los pacientes; la continencia nocturna fue excelente (sin uso de pañales o dispositivos) o aceptable (un pañal o menos de tres despertares en la noche) en 44 % (56 % tuvo necesidad de un dispositivo). Desde 1985 la detubularización ha intentado mejorar el porcentaje de continencia. Hoy, el análisis de la literatura muestra que la continencia diurna no ha variado y la continencia nocturna ha mejorado menos de un 20 %, incrementándose de un 44 % a un 60 %. Los principales obstáculos para la adquisición de la continencia en este grupo de pacientes, aún no han sido resueltos.

(Rev. Arg. de Urol. Vol. 59, Nº 3, Pág. 160, 1994)

I. Enterocistoplastia detubularizada y continencia

De acuerdo con *Hautmann*⁽⁴⁾: "Comparación de los resultados de continencia después de un reemplazo de vejiga son perturbados por aportes contradictorios y "semicuantitativos" en la literatura: *Kock* mismo, encontró 30 de 34 pacientes con un Kock Pouch uretral completamente continente, mientras que la experiencia de *Skinner*, con la misma técnica, es menos favorable: 40 % de los pacientes están secos en la noche solamente cuando ellos se despiertan y esto es al menos 2 veces. *Studer* manifiesta, que "algunos" de sus pacientes tienen que usar pañales durante la noche".

Analizando las diferentes publicaciones que tratan la incontinencia después de una enterocistoplastia detubularizada, no hay criterios unánimes en la evaluación de la continencia en este grupo de pacientes. Algunos autores incluyen, dentro de sus resultados favorables, a pacientes que necesitan de autocateterismo intermitente o pacientes sometidos a la implantación de un esfínter artificial.

Hautmann⁽⁴⁾ o *Gattegno*⁽²⁾ evalúan la continencia por el análisis de un cuestionario que es entregado a los pacientes; otros, prefieren hacer una evaluación en sus Clínicas.

Hautmann y *Wenderoth*⁽⁴⁾ son optimistas: con más de 200 neo-vejigas ileales el porcentaje de continencia es del 90 % (sin dispositivos, sin pañales en la noche, sin despertarse para vaciar su vejiga). *Gattegno*⁽²⁾ con la misma técnica en 53 pacientes considera que la continencia diurna se logra en 44 pacientes (83 %) (sin dispositivos, sin necesidad de pañales), es buena (incontinencia de stress ocasional, sin necesidad de pañales) en 8 pacientes (15 %) y pobre (necesidad de pañales) en 1 paciente (2 %). La continencia nocturna en esta serie es lograda en 28 pacientes (53 %), buena en 18 pacientes (34 %) y pobre en 7 pacientes (13 %).

Pagano⁽¹⁰⁾ es entusiasta, presenta 90 pacientes con *Vesica Ileale Padovana* (VIP). El reporta un tiempo de continencia diurna completa (sin protección) en más del 90 % de los pacientes. Un tiempo de continencia nocturna completa (duermen secos durante 6 a 7 horas o tienen un despertar espontáneo debido al deseo de vaciar su reservorio) es logrado en más del 80 % de los pacientes después de un seguimiento de 3 años. *Reddy*⁽¹¹⁾ es menos entusiasta presentando 27 pacientes con neo-vejiga sigmoidea detubularizada: todos los pacientes son continentales durante el día y 67 % en la noche; los res-

tantes tienen que despertarse más de 2 veces en la noche o tienen dispositivos urinarios requiriendo pañales o un Penilex.

Finalmente el tiempo de continencia nocturna parece estar en mejores manos: de un 53 a un 90%. Las diferencias entre los diversos resultados podrían haber sido menos significativas si se hubieran utilizado criterios idénticos en la evaluación de la continencia. Nosotros aquí proponemos una clasificación del tiempo de continencia diurna y nocturna, la cual tiene en cuenta un examen objetivo y una evaluación subjetiva del paciente por un cuestionario.

El tiempo de continencia diurna: será clasificado del siguiente modo:

- **Excelente:** cuando los pacientes no necesitan de medios para permanecer secos (en este grupo pueden ser incluidas las pérdidas involuntarias de gotas esporádicas que no causen problemas sociales o higiénicos).

- **Intermedio:** cuando se necesita un pañal para la continencia.

- **Pobre:** más de un pañal.

El tiempo de continencia nocturna será considerado:

- **Excelente:** cuando los pacientes no usan ningún dispositivo para mantenerse seco y no necesitan vaciar su reservorio más de 2 veces por noche.

- **Intermedio:** cuando el paciente necesita vaciar más de 2 veces por noche y/o necesita usar pañales.

- **Pobre:** cuando el paciente necesita usar varios dispositivos para mantener su cama seca (serán incluidas dentro de este grupo, las pérdidas de orina esporádicas pero abundantes durante algunas noches).

En nuestra serie de 17 pacientes, a quienes se les hizo un reemplazo de vejiga por segmentos ileales detubularizados (en forma de U), en el seguimiento posterior durante un año utilizando la clasificación precedente, tuvimos:

Tiempo de continencia diurna:

- **Excelente** en 82% (14 pacientes).

- **Intermedia** en 12% (3 pacientes).

Tiempo de continencia nocturna:

- **Excelente** en 35% (6 pacientes).

- **Intermedia** en 12% (2 pacientes).

- **Pobre** en 53% de los pacientes (9 pacientes). A 3 pacientes de este último grupo se les implantó un esfínter artificial.

II. Limitaciones de la continencia en el reemplazo de vejiga _____

El uso de segmentos de intestino detubularizados para el reemplazo de vejiga ha contribuido a crear un reservorio de orina de gran capacidad (más de 300 cm³) y de baja presión (menos de 40 cm de agua). Los avances en

las técnicas quirúrgicas facilitan una mayor disección del ápex prostático.

En realidad, la continencia urinaria es generalmente recuperada durante el día, pero aún permanece problemática en la noche debido al nuevo complejo vésico-esfinteriano creado durante la operación.

Esto se caracteriza por una alteración del reflejo que adapta el tono del esfínter externo a la elevación de la presión en el reservorio, por perturbación en la sensación de "llenado" en el reservorio y por cambios osmólares en el neo-reservorio ileal durante la noche.

Jakobsen⁽⁵⁾ estudió la resistencia de las presiones uretral e intestinal en 4 pacientes sometidos a reemplazo de vejiga ileocecal. La media de la Presión Uretral Máxima disminuye durante el sueño de 48 a 41 cm de agua, facilitando la incontinencia.

El tiempo de continencia diurna es controlado no sólo por una presión baja en el reservorio y el tono sostenido del esfínter externo, sino también debido a una contracción voluntaria del esfínter estriado y del músculo elevador del ano. Esta contracción voluntaria no existe en la noche.

Parece más difícil de obtener una continencia con un neo-reservorio que después de una Prostatectomía Radical. *Matos-Ferreira*⁽⁶⁾ después de analizar la literatura, estimó que la incontinencia después de una Prostatectomía Radical es de 7,6 a 13,6%. Probablemente la compañía A.M.S. confirmará estos porcentajes basándose en los datos sobre las indicaciones de implantes de esfínteres artificiales. La causa de la incontinencia después de una Prostatectomía Radical es diferente debido a la inestabilidad de la vejiga, como también a la laxitud del esfínter. No obstante, *Marshall y Walsh*⁽⁶⁾ estiman que la continencia después de un reemplazo de vejiga se logra más rápidamente que después de una Prostatectomía Radical.

¿Cómo mejorar la continencia? _____

Hautmann y Walsh^(3,8) establecieron que la edad del paciente es un factor importante: 89% de los operados antes de los 70 años eran continentes, comparados al 50% de los operados después de los 70 años. La mayoría de los pacientes con una indicación de reemplazo de vejiga no son jóvenes y los pacientes añosos, en buenas condiciones generales, tendrían la oportunidad de vaciar sus vejigas a través de sus uretras.

Schilling y Friesen⁽¹³⁾ sugirieron una Cistectomía transprostática selectiva y enfatizaron la importancia de las estructuras neuro-vasculares y la ausencia de traumas en el ápex prostático. *Camey*⁽¹⁾, sin embargo, ha mostrado las ventajas de una remoción completa de la próstata evitando un cáncer posterior en la próstata remanente, disminuyendo el riesgo de recurrencia de tumores papilares secundarios en la uretra y mejorando la calidad de la anastomosis ileouretral.

La terapia conservativa puede ofrecer alguna ayuda⁹. Algunos países han creado grupos de apoyo para ayudar a los pacientes incontinentes a sobrellevar su discapacidad. A algunos se les ha aconsejado levantarse 3 veces en la noche, pero la mayoría de ellos no soporta tal programa:

Las medidas conservativas son importantes: la enuresis puede ser disminuida por restricción de líquidos o por el uso de un análogo de la Hormona antidiurética (Acetato de Desmopresina administrado como spray nasal).

Tratamiento farmacológico con agentes anticolinérgicos: se utilizan antiespasmódicos o antidepresivos tricíclicos para disminuir la alta presión de las contracciones de la neovejiga y aumentar la baja presión uretral. La Nifedipina (Antagonista del calcio), puede inhibir las contracciones de la neo-vejiga. La Oxibutinina mejora la inestabilidad vesical. No obstante, a pesar de que estas drogas disminuyen la presión y aumentan la capacidad del reservorio, no modifican las cifras de continencia.

Rehabilitación de los músculos pélvicos antes y después del reemplazo de vejiga: mejora el tono del piso pélvico y la presión máxima de cierre uretral. También hay que entrenar al paciente a utilizar los músculos abdominales y relajar el perineo con la finalidad de facilitar la evacuación de la orina. Ello le permite controlar la frecuencia de vaciado con el objeto de aumentar la capacidad, que puede alcanzar los 600 cm³ al cabo de 3 a 6 meses.

El esfínter artificial es una solución eficiente en un paciente con baja presión en el reservorio y sin retención crónica.

Finalmente se aceptaría por el momento que del 30 al 50 % de los pacientes a quienes se les ha reemplazado la vejiga luego de una cistoprostatectomía, sufrirán cierto grado de incontinencia diurna o nocturna. Los pacientes tienen que ser advertidos de esta posibilidad antes de la operación. El cirujano no tiene que esconderse detrás de las publicaciones optimistas; esta actitud hará que la incontinencia sea mejor tolerada y tratada racionalmente por el paciente y el médico.

CONCLUSIONES

Se ha comprobado que en el reemplazo de vejiga, después de una cistoprostatectomía, la continencia urinaria es superior en los pacientes a los que se les ha preservado el esfínter uretral externo. El tiempo de continencia diurna es excelente en reservorios de intestino tubularizados y detubularizados. El tiempo de continencia nocturna, por otro lado, permanece en 30 a 50 % de los pacientes como un problema no resuelto también en reservorios detubularizados de baja presión, aún cuando ellos son de gran capacidad. La literatura, no obstante, es optimista cuando describe el tiempo de continencia nocturna en un 85 % de los pacientes. Estos resultados

se establecieron a pesar de la ausencia de sensibilidad en la neo-vejiga, la pérdida del incremento reflejo en la actividad del esfínter durante el llenado vesical y el bajo tono del esfínter durante el sueño. Estos resultados optimistas se deben a la carencia de uniformidad de criterios en la evaluación de la continencia después de un reemplazo de vejiga, sin considerar como falla de la continencia la abundante, aunque no frecuente, incontinencia nocturna.

Las soluciones más adecuadas para mejorar la continencia son la reeducación muscular y el implante de un esfínter artificial.

Los pacientes tienen que ser advertidos sobre la posibilidad de quedar incontinentes, especialmente en la noche. Este es el precio que algunos pacientes tienen que pagar con el fin de preservar la micción a través de su propia uretra.

BIBLIOGRAFIA

1. Camey, M.: Bladder replacement by ileocystoplasty following radical cystectomy. *World J. Urol.* 3:161, 1985.
2. Gattegno, B.; Doublet, J. D.; Coloby, P.; D'Acremont, B.; Thibault, P.: Functional results of ileal spheric neobladder replacement -56 patients- Meanfollow-up 20 months. *J. Urol.* 149, Abstract 644, 1993.
3. Hautmann, R. E.; Egghart, G.; Frohnenberg, D. y col.: The ileal neobladder. *J. Urol.* 139:39, 1988.
4. Hautmann, R. E.; Trouble shooting in Hohenfellner, R.; Wammack, R. (Ed.): *Continent Urinary Diversion*. Churchill Livingstone, New York, 1992.
5. Jakobsen, H.; Steven, K.; Stigsby, B. y col.: Pathogenesis of nocturnal urinary incontinence after ileocecal bladder replacement. Continuous measurement of urethral closure pressure during sleep. *Br. J. Urol.* 59:148, 1987.
6. Lobel, B.; Soret, J. Y.: Les entérocytoplasties continentes de dérivation et de remplacement chez l'adulte. *J. Urol.*, Paris, Suppl. 7, 93:429, 1987.
7. Lytton, B.; Green, D. F.: Urodynamic studies in patients undergoing bladder replacement surgery. *J. Urol.* 141: 1394, 1989.
8. Marshall, F. F.; Mostwin, J. L.; Radebaugh, L. C.; Walsh, P. C.; Blander, G. B.: Ileocolic neobladder post cystectomy: Continence and Potency. *J. Urol.* 145:502-504, 1991.
9. Matos-Ferreira, A.: Male urinary incontinence after prostatic surgery in Steg A (Ed.) *Urinary Incontinence* Churchill Livingstone, New York, 1992.
10. Pagano, F.: The "Vesica ileale Padovana" in new and alternative forms of Urinary diversion and neobladders in urologic surgery AUA Annual Meeting San Antonio PG 13, 1993.
11. Reddy, P. K.: New and alternative forms of urinary diversion and neobladders in Urologic Surgery. AUA Annual Meeting San Antonio Libertino JA (Ed.) PG 13, 1993.
12. Schiff, S. F. y Lytton, B.: Incontinence after augmentation cystoplasty and internal diversion. *UCNA* 18, 383, 1991.
13. Schilling, A. y Friesen, A.: Transprostatic selective cystectomy with ileal bladder. *Eur. Urol.*, 18:253, 1990.
14. Wenderoth, U. K.; Bachor, R.; Egghart, G. y col.: The ileal neobladder experience and results of more than 100 consecutive cases. *J. Urol.* 143:492-497, 1990.