

Neovejiga ileal ostómica continente

Continent ostomic ileal neobladder

Dres. Villaronga, A. R.

Koren, C. A.

Lombi, G.

La neovejiga ileal ortotópica es una derivación urinaria ampliamente aceptada luego de cistectomía radical por cáncer de vejiga. Cuando se necesita un reservorio ostómico se utilizan segmentos ileocecales para usar el apéndice cecal o el ileon terminal afinado como mecanismo de continencia. Los reservorios ileales ostómicos continentes como el *Kock* y *Ghonhein*, son complejos. Se presenta la técnica quirúrgica de un reservorio ileal continente ostómico de simple realización, con el mecanismo de continencia basado en el principio de *Nissen* para la funduplicatura gástrica en hernia hiatal. La técnica ha sido efectuada en 2 pacientes con buenos resultados de continencia y fácil cateterismo.

PALABRAS CLAVE: Neovejiga ileal ortotópica; Cáncer de vejiga.

The orthotopic ileal neobladder is a widely accepted urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer. When is necessary an ostomic pouch, the ileocecal segment must be used with de cecal appendix or tapered ileon like a continence mechanism. The ileal ostomic pouch are complex (*Kock and Ghonhein*). The surgery technique of an easy ostomic continent ileal pouch is presented, based on the *Nissen* principle for the gastric funduplicature in hiatus hernia. The technique was performed in two patients with good continence outcome and easy catheterism.

KEY WORDS: Orthotopic ileal neobladder; Bladder cancer.

INTRODUCCIÓN

Luego de una cistectomía radical por cáncer el urólogo dispone de varias alternativas para derivaciones urinarias permanentes, y debe elegir la adecuada para cada caso.

Desde la ureterostomía cutánea se han publicado distintas técnicas con intento de mantener una buena función renal y una mejor calidad de vida.

La ureterosigmoideostomía modificada por *Coffey* a principios del siglo pasado¹, se utiliza en la actualidad en casos seleccionados o por preferencia del cirujano.

Bricker reportó en 1950 su técnica del conducto ileal,² que también continúa utilizándose, y *Gilchrist* en el mismo año publicó el primer reservorio continente con colon derecho e ileon terminal.³

En 1975 *Kock* introduce el concepto de reservorio detubulizado con mecanismo antirreflujo y anti-incontinencia.⁴

Camey en 1979 propone el reservorio anastomosado al muñón uretral.

Se han utilizado segmentos desde estómago a recto para la confección de neovejigas o reservorios.

Los segmentos ileales son de más fácil manejo porque no requieren decolamientos

y la restitución del tránsito intestinal es simple. En general se usan para neovejigas. Cuando se necesita un reservorio ostómico habitualmente se utiliza el segmento ileocecal para utilizar el apéndice cecal (*Mitrofanoff*) o para afinar el ileon terminal (*Indiana*). Los segmentos ileales ostómicos continentes son complejos (*Kock*, *Ghonheim*, o *Xu*).⁶⁻¹⁰

La derivación más comúnmente aceptada es la neovejiga ileal ortotópica (tipo *Padovana*,¹¹ *Studer*¹² o similares).

Cuando existen contraindicaciones que impidan el uso de la uretra, como tumor en trigono, uretra prostática o peneana, o se requiera dejar el reservorio fuera de la pelvis para tratamientos radiantes por invasión local o metástasis ganglionares, se utilizan reservorios ostómicos continentes.

Cuando no es posible usar el apéndice, se puede confeccionar el mecanismo de continencia con segmentos ileales afinados (*Monti*¹³), la válvula ileocecal (*Indiana*¹⁴) y otros.

Los mecanismos de continencia en estos casos deben ser: Efectivos, de fácil cateterismo, simples, con bajas complicaciones y durables.

El principio de la funduplicatura gástrica de *Nissen* para la hernia hiatal fue descrito en casos aislados en cirugía reconstructiva urológica en niños.

Zinman lo describió en 1975 como mecanismo antirreflujo,¹⁵ y *Lobe* en 1985 en un paciente de 4 años con extrofia cloacal, como mecanismo de continencia para una vesicostomía, aplicándolo a un tubo confeccionado con un colgajo vesical.

Hanna y *Richter* comparan este mecanismo en vesicostomías continentes con el *Mitrofanoff* y el *Monti*, refiriendo buenos resultados.

El objetivo del trabajo es presentar un reservorio simple con este mecanismo de continencia para el grupo de pacientes que requieren reservorios ostómicos y fueron apendicectomizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre 1983 y 2003 en los Servicios de Urología del Hospital Churruca, el Instituto Alexander Fleming y la Clínica Estrada se efectuaron 151 cistectomías radicales por cáncer de vejiga. Las derivaciones utilizadas fueron:

Ureterostomía cutánea	25
Coffey o Mainz II	10
Bricker	8
Neovejiga ileocecal ortotópica	35
Neovejiga ileal ortotópica	43
Reservorio ileocecal ostómico con apéndice	23

Reservorio ileocecal ostómico (<i>Indiana</i>)	5
Reservorio ileal ostómico continente	2

Los dos últimos reservorios fueron ileales y la ostomía continente se confeccionó con un segmento ileal afinado con plicatura tipo *Nissen* de la base del segmento y son el motivo de la presentación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

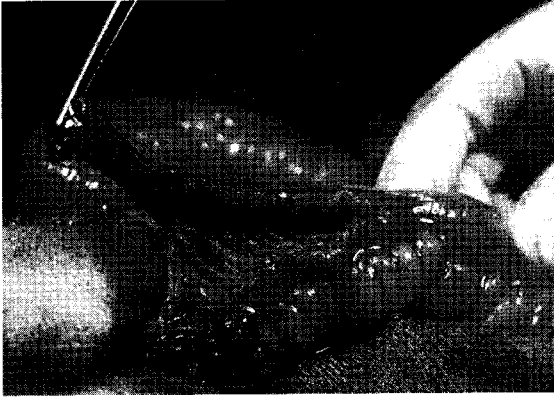
Se aíslan 40 cm de ileon terminal, y se instila iodopovidona intraluminal.



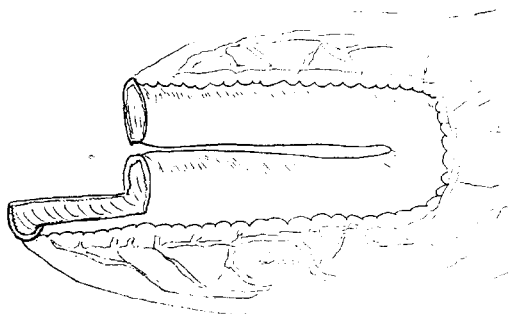
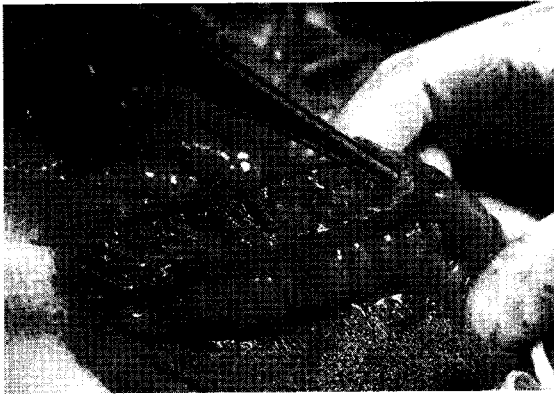
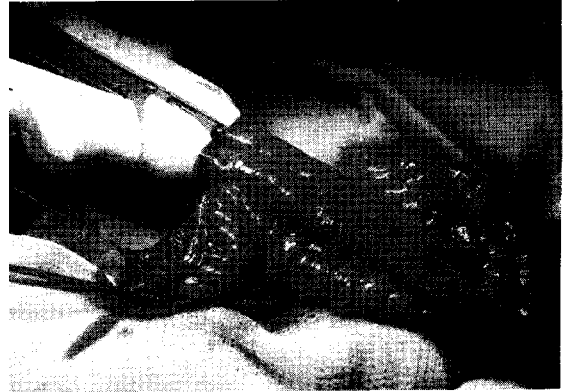
Se reconstruye el tránsito con una anastomosis término-terminal o bien látero-lateral con sutura mecánica (*GIA* y *TA*).



Se afinan los últimos 6 a 8 cm (acorde al espesor de la pared abdominal del paciente) resecando la porción antimesentérica.

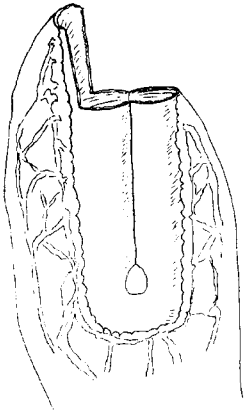


El segmento ileal se detubulariza conformando un reservorio en forma de U, con sutura manual o mecánica. En el caso presentado se realiza un primer disparo de GIA 80 (8 cm).

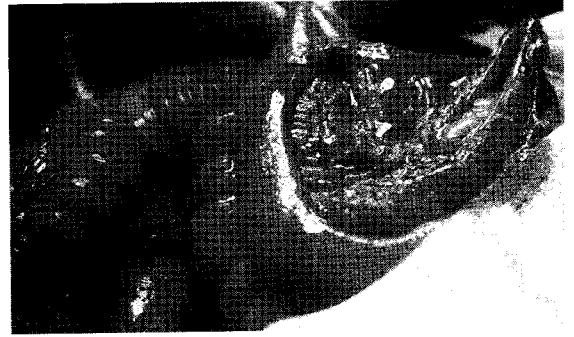
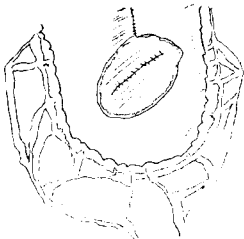
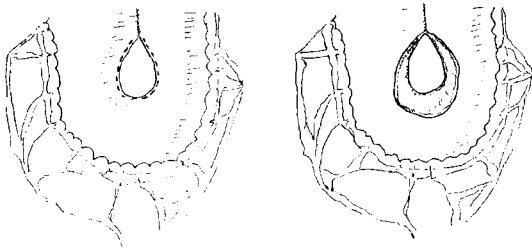


Y luego un segundo disparo para completar el cuerpo de reservorio.

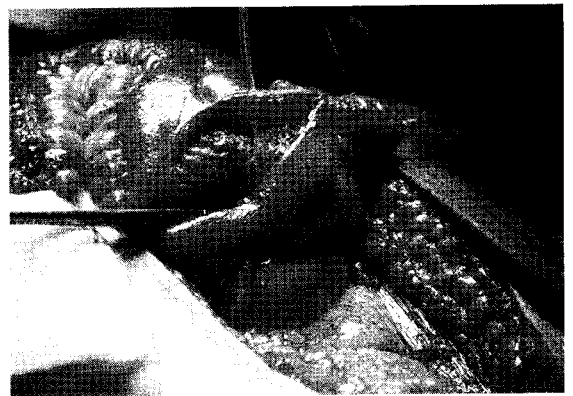
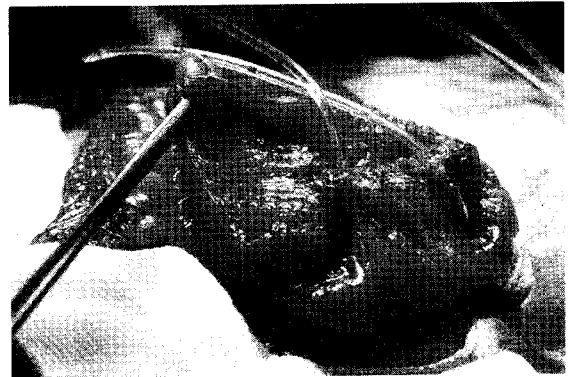
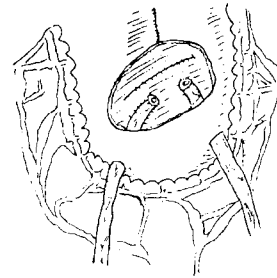




El asa del fondo del reservorio se abre por el borde antimesentérico, se cierra el fondo, se implantan los uréteres y se cierra detubulizada.



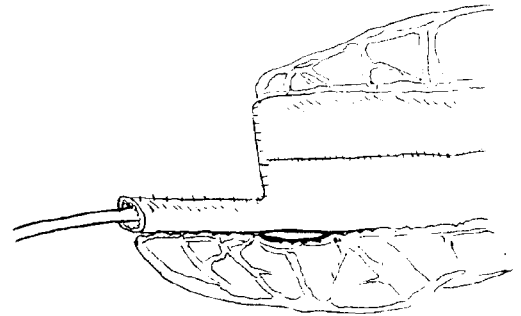
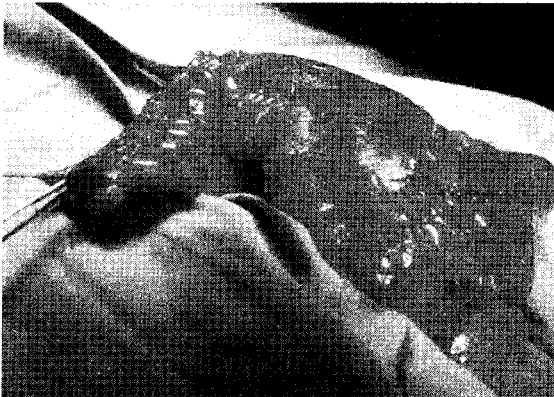
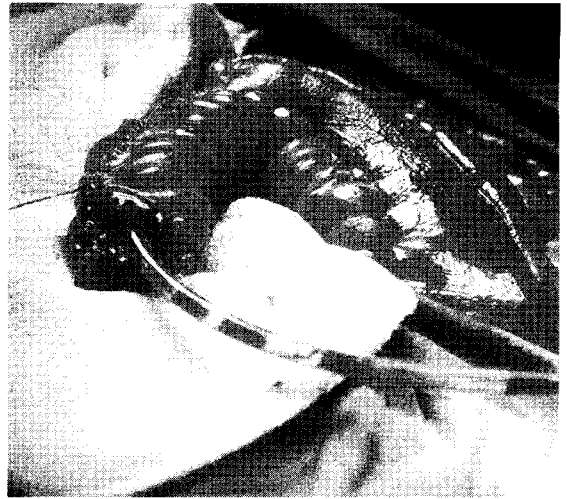
Se reimplantan los uréteres con técnica de *Le Duc* y se dejan catéteres K-30 que se exteriorizan por contra-
bertura.



El reservorio queda conformado.

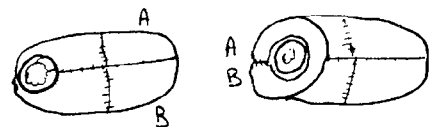
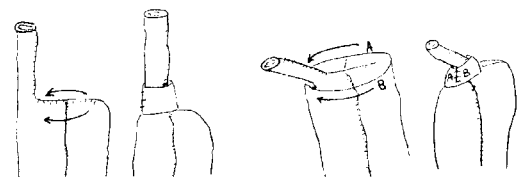
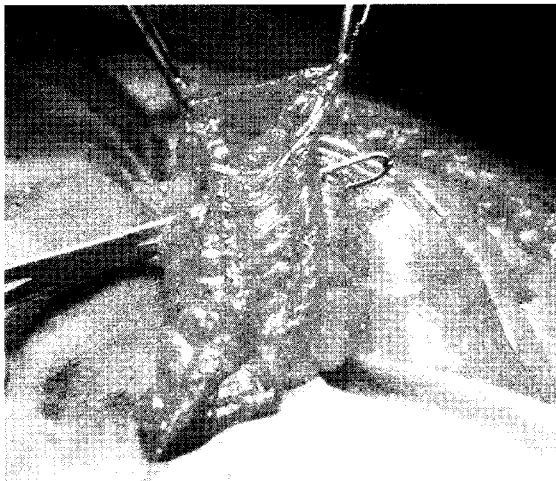


El íleon afinado se sutura sobre la K-9 y la línea de sutura se continúa en el cierre del techo del reservorio.

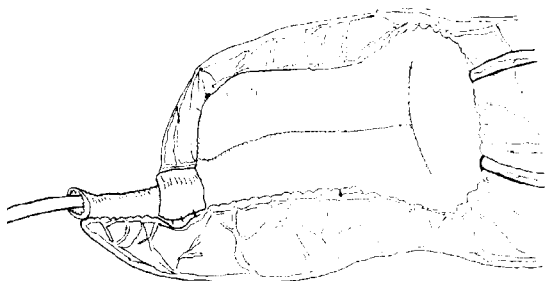
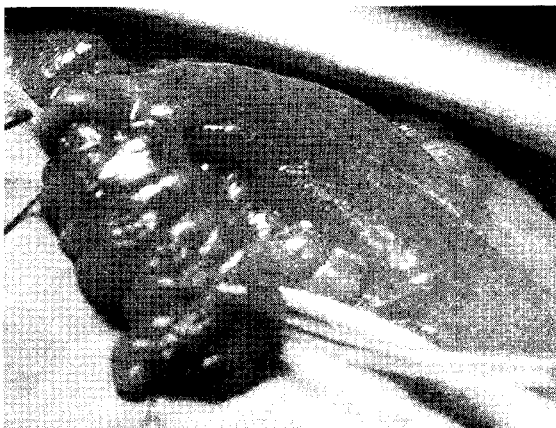


Se confecciona un ojal en la inserción del mesenterio en la base del íleon afinado.

El techo del reservorio se pliega con tres (3) puntos de material irreabsorbible, rodeando la base del trayecto afinado con la intención de proporcionar una zona de mayor resistencia al pasaje de la orina.



La porción distal del segmento adelgazado se exterioriza conformando un ostoma a nivel del ombligo y queda cateterizado con la sonda K-9 que sirvió como tutor para la confección del trayecto.



Los catéteres ureterales se exteriorizan por la herida, se deja un drenaje intraperitoneal y un capitón en el extremo inferior de la herida deseperitonizada.



CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Se suelta la fijación de los catéteres ureterales a partir del octavo día y si no se salen espontáneamente los retiramos a los diez días del postoperatorio.

La sonda K-9 que drena el reservorio permanece

colocada en forma continua por veinte días si no existe ninguna filtración de orina. A partir de ese momento se retira e iniciamos el autocateterismo.

RESULTADOS

Hasta la actualidad hemos empleado esta técnica en 2 pacientes:

El primero de ellos con diagnóstico de carcinoma transicional de vejiga estadificado luego de la RTU como pT2b al cual en el acto quirúrgico se le identificaron MTS ganglionares, por lo que iba a recibir RTP postoperatoria.

Permaneció internado (por un íleo prolongado) durante 15 días, posteriormente fue externado con el catéter del reservorio que se retiró a la semana.

El paciente tuvo al principio continencia de 2 horas, consiguiendo a los 6 meses continencia por 3 y media horas o 400 cc.

No hizo episodios de infecciones urinarias.

Desempeña sus tareas en forma normal, con escasa alteración de la calidad de vida.

Actualmente lleva 1 año de la cirugía.

El segundo de los pacientes estadificado como un pT1 con 6 recidivas en el año, se nos informó en la congelación un ganglio positivo de la linfadenectomía por lo que también realizamos una derivación ostómica continente con la técnica expuesta.

La externación del paciente se realizó a los 7 días con una colección subcutánea de la herida como única complicación.

También mantiene la continencia por más de 3 horas, pero con algunos inconvenientes para el autocateterismo, ya que el paciente realiza tareas rurales que demandan esfuerzo físico importante y varias horas fuera de lugares cómodos y limpios. Presentó 2 episodios de infecciones urinarias a *E coli*, tratadas con antibióticos orales. En la cistografía se demuestra buena capacidad del reservorio y reflujo renal derecho. Lleva 8 meses desde la cirugía.

Sobre la base de nuestra experiencia creemos que la mejor derivación es la neovejiga ileal ortotópica.

CONCLUSIONES

1. Las técnicas clásicas descriptas para los reservorios continentes (*Mitrofanoff*) siguen teniendo absoluta vigencia para los casos en que se puede utilizar el apéndice.
2. El principio de *Nissen* puede ser usado para continencia urinaria.
3. La técnica presentada es simple y no requiere maniobras quirúrgicas complejas.

4. Los resultados hasta la actualidad son adecuados en cuanto a continencia, capacidad del reservorio y facilidad del cateterismo.
5. Es una técnica relativamente reciente con un escaso número de pacientes, hecho que no nos permite establecer conclusiones sólidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coffey RC.: Physiologic implantation of the severed ureter or common bile duct into the intestine. *JAMA* 1911; 56: 397-403.
2. Bricker EM.: Bladder substitution after pelvic evisceration. *Surg Clin North Am.* 1950; 30: 1511-1521.
3. Gilchrist R K. Construction of a substitute bladder and urethra. *Surg. Gynecol Obstet.* 1950: 752- 760
4. Kock NG, Nilsson AE, Nilsson LO, Norlen LJ, Philipson BM.: Urinary diversion via a continent ileal reservoir: clinical results in 12 patients. *J Urol*, 1989; 128: 469-475.
5. Camey M Le Duc A.: Enterocistoplastie avec cistoprostectomie totale pour cancer de la vessie. *Ann Urol* 1979; 13: 114-123.
6. Continent Ileal Pouch using the Serous-Lined principle. Haruaki Kato, Yasuhiko Igawa Department of Urology, Shinshu University School of Medicine Matsumoto, Japan. *Eur. Urol.* 2000; 37: 100-103.
7. Ghoneim MA. Abon-Henein: Serous lined extramural ileal valve: a new continent urinary outlet. *J. Urol* 1999; 161: 786-791.
8. Yue-Min-Xu, You-Zhang-Xu: Enhanced continent mechanism of tapered ileum by extramural support from the pouch and abdominal walls. *J. Urol* 2001; 165: 794-797.
9. G. Marino, M. Laudi: Ileal T-pouch as Urinary continent cutaneous diversion: clinical and urodynamic evaluation. *BJU.* 2002 Int. 90: 47-50.
10. Inderbir Gill, Jihad H. Kaouk: Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic ileal neobladder. *J. Urol.* 2002; 168: 13-18.
11. Pagano F, Artibani W, Aragona F, Bassi P, Ruffato A, Mulonia A. Vesica Ileale Padovana (VIP): Surgical technique, long-term functional evaluation, complications and management. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 785-793.
12. Studer UE, Zimmern PE, deKernion JB. Internal urinary diversion with a low-pressure reservoir. *Eur Assoc Urol* 1986: 2839.
13. Monti JE, Pontes JE, Smyth EM, Selection of the type of urinary diversion in conjunction with radical cystectomy. *J Urol* 1987; 137: 1154-1155.
14. Rowland RG, Mitchell ME, Bihler R. y col. The Indiana continent urinary reservoir. *J Urol* 1987; 137: 1136-1139.
15. Zinman L. Ileocecal conduit for temporary and permanent diversion. *Br J. Urol* 1975; 113: 317-323.
16. Lobe TE, Smey P, Anderson GF: Neourethral enteroplication for urinary continence in a case of cloacal exstrophy. *J. Pediatr. Surg.* 1985; 20 (6) 616-618.
17. Richter F, Hanna MK: Continent vesicostomy in the absence of the appendix: three methods in 16 children. *Urol.* 2002 60 (2): 329-334.