

Conducto ileal video-asistido: técnica quirúrgica

Laparoscopic ileal conduit: case report

Aceptado para publicación Agosto 2009.

Dres. Vitagliano, Gonzalo;
Ameri, Carlos;
López-Fontana, Gastón.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico en el cual se realizó un conducto ileal video-asistido en el contexto de una exenteración anterior por cáncer de vejiga músculo-invasor. Según nuestra búsqueda bibliográfica, es el primer caso comunicado por esta vía en la literatura nacional.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de 74 años de edad con diagnóstico de tumor vesical de alto grado estadio T2+ sin evidencia de enfermedad extravesical que fue sometida a una exenteración anterior laparoscópica con confección de conducto ileal sin realización de laparotomía.

Técnica Quirúrgica

Se realiza preparación intestinal el día anterior a la cirugía con 2 frascos de Fosfodon®. El paciente se coloca en una posición de litotomía modificada con los brazos adheridos al cuerpo. Se coloca apoyo en los hombros para permitir una posición de Trendelenburg máxima (Figura 1). Se introduce sonda orogástrica y se administra una dosis de cefalosporina de tercera generación y metronidazol.

El cirujano se coloca del lado izquierdo del paciente. Se realiza el pneumoperitoneo con punción con aguja de Veress a través de una incisión supraumbilical, hasta una presión de 15 mmHg. Se coloca un primer trocar supraumbilical de 10 mm para la óptica, y 4 trocres adicionales de trabajo: 2 de 10 mm pararectales y 2 de 5 mm para umbilicales formando una "W" (Figura 2).

La cirugía comienza realizando una sección del peritoneo del fondo de saco recto-vesical. La incisión peritoneal se continúa en forma bilateral siguiendo una línea ima-



Figura 1. Posición del paciente.

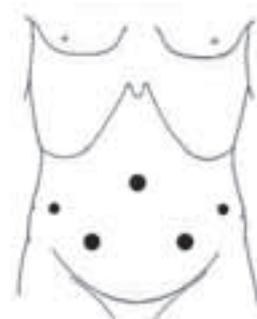


Figura 2. Disposición de trocres.

ginaria en el fondo de saco peritoneal y el ligamento umbilical bilateral formando una "H". La linfadenectomía se realiza comenzando desde encima de la bifurcación ilíaca hasta el extremo distal de los vasos ilíacos externos, incluyendo el paquete obturatriz y siendo los límites laterales el nervio gónito-femoral y la vejiga. Se seccionan los uréteres entre clips, enviando un segmento para biopsia por congelación. Se secciona la hoja posterior de la fascia de *Denovilliers*, separando la vejiga del recto y se procede a la disección e identificación y sección de los pedículos vesicales, éstos pueden ser controlados con Hem-o-lok o mediante Endogía™ (Ethicon, Endosurgery), Ligasure™ (Valley Lab) o Bisturí Armónico (Ethicon Endosurgery).¹

Una vez liberada la cara posterolateral de la vejiga se procede a la sección del ligamento redondo y liberación de los anexos hasta llegar al cuello uterino. Se accede al espacio de *Retzius* y se finaliza la liberación de la cara anterior y lateral de la vejiga. Se secciona el cuello uterino para lograr encontrar la cara posterior del cuello vesical. Se procede al tiempo uretral, realizando

una incisión en "U invertida" por encima de la uretra y comprometiendo la cara anterior de la vagina. Se finaliza la liberación distal de la pieza quirúrgica la cual es extraída junto con ambas linfadenectomías previamente embolsadas por vía vaginal (Figura 3). Se realiza el cierre de la cara anterior de la vagina tanto en forma extra como intracorpórea.²

El segmento intestinal, previamente seleccionado por laparoscopia, se extrae a través de la incisión del trocar de 12 mm del flanco derecho. Es importante aclarar que la ubicación de este trocar es previamente determinada teniendo en cuenta el radio de la base de la bolsa de ileostomía y su ubicación en relación con el ombligo y la cintura del paciente (Figura 4). Se aísla el segmento y se efectúa la anastomosis intestinal utilizando sutura mecánica o en forma manual. Luego de restituir el tránsito intestinal, se exteriorizan por la misma incisión los uréteres previamente reparados para tal fin. Se tutorizan y anastomosan los mismos al conducto ileal en forma extracorpórea (Figura 5). Realizado esto, se reintroduce el segmento intestinal a la cavidad abdominal y se fija el ostoma a la



Figura 3. Pieza quirúrgica.



Figura 4. Exteriorización intestinal por incisión de trocar de flanco derecho.



Figura 5a y b. Anastomosis ureteral.





Figura 6. Ostoma terminado.

piel. Se reestablece el pneumoperitoneo y se verifica que las anastomosis ureterales estén libres de tensión. Se deja un drenaje aspirativo por el contrario-abertura izquierda y los tutores ureterales son exteriorizados a través del mismo ostoma del conducto ileal (Figura 6).

El tiempo operatorio fue de 360 minutos, el sangrado de 200 ml. La paciente permaneció internada durante 9 días. La anatomía patológica evidenció un tumor de vejiga de alto grado estadio pT3a con 1 ganglio positivo.

DISCUSIÓN

El conducto ileal fue primeramente descrito por Bricker en 1950.³ En nuestro país existen comunicaciones de Trabucco, Moccellini Iturralde, Forziano y Petrone publicadas en la Revista Argentina de Urología donde se destacan las bondades de esta técnica a la hora de realizar una derivación urinaria en el contexto de la cistectomía radical por cáncer de vejiga músculo-invasor.⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷ El avance de la cirugía laparoscópica en urología ha promovido la constante evolución de estas técnicas a una forma

mínimamente invasiva. Pioneros en esto fueron Parra y col. que en 1992 publicaron la primera cistectomía laparoscópica por un piocisto en una vejiga retenida.⁸ Tres años más tarde Sánchez de Badajoz y col. reportaron la primera cistectomía radical laparoscópica por cáncer de vejiga músculo invasor.⁹ Hoy en día se encuentran estandarizadas estas técnicas tanto para la laparoscopia convencional como para la cirugía robótica y no se discute su validez oncológica.

Son incuestionables las claras ventajas de un abordaje mínimamente invasivo para la cistectomía radical, más aún en los casos en los cuales pueda utilizarse la vía vaginal para la extracción de la pieza quirúrgica y confeccionarse la derivación urinaria sin necesidad de realizar una laparotomía.⁸⁻⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Vitagliano G, Castillo O, Cortés O y col.: Cistectomía radical laparoscópica. Un aporte a la técnica. *Revista Argentina de Urología* 2006; Vol 70-4
2. Vitagliano G, Villasante N, Paterlini J, Ameri C, Mazza O: Laparoscopic radical cystectomy with vaginal specimen extraction. Case report. *Arch Esp Urol.* 2009 May;62(4):305-308. English, Spanish
3. Bricker, EM: Bladder substitution after pelvic evisceration. *North Am*, 30: 1511, 1950.
4. Trabucco A; Carreño O; Encina R.: Vejiga Ileal, evolución. *Rev. Arg. de Urol.* 29: 31-37, 1960.
5. Forziano J.: *Rev. Arg. de Urol.* 31: 197-201, 1962.
6. Moccellini Iturralde, J; Alvarinhas, F. *Rev. Arg. de Urol.* 31: 154-155, 1962.
7. Petrone E.; Garcés J.; Marco J. *Rev. Arg. de Urol.* 46: 15-17, 1980
8. Parra RO, Andrés CH, Jones JP y col.: Laparoscopic cystectomy: inicial report on a new treatment for the retained bladder. *J Urol* 1992; 148: 1140.
9. Sanchez de Badajoz E, Gallego Perales JL, Reche Rosado A y col.: Laparoscopic cystectomy and ileal conduit: case report. *J Endourol* 1995; 9: 59.