

CONTRIBUCION A

## ANASTOMOSIS URETERO-COLONICA EXTRAPERITONEAL EN DOS TIEMPOS

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

El trabajo presentado en la sesión pasada era establecer las normas técnicas de la intervención en la anastomosis; me pareció interesante traer la contribución radiográfica, no para completar ese trabajo, sino para contribuir con los resultados, puesto que siendo tan corto el tiempo de evolución —7 meses— no podemos extraer ninguna conclusión sobre el valor que tendrá el riñón en el futuro. Justamente por eso, no hice el relato detallado de las historias clínicas.

*Primer caso:* En este enfermo, tenemos las radiografías sacadas con sustancia opaca de excreción, en donde se puede ver (las exhibe) el cáliz superior, el medio, la pelvis, el ureter que va a desembocar al ciego, el riñón izquierdo en las mismas condiciones, con uréter que va a desembocar al asa descendente.

Se sacaron radiografías a los 10, 30 y 60 minutos.

Vemos a los 10 minutos, una función de riñón bien establecida, con su nefrograma bien diferenciado y con su cali-pielograma bien marcado. Llama la atención que no se vea aún a los 60 minutos, el relleno del ciego y del colon, pero eso es lógico, puesto que no es ya la derivación de la orina en un solo sitio del intestino sino en dos sitios y la dilución con las materias fecales y con los líquidos que hay en el intestino, tiene que ser mucho mayor.

*Segundo caso:* Esta enferma es particularmente interesante porque se demuestra gráficamente lo que sosteníamos nosotros: que se produce la inhibición del riñón durante las primeras 48 horas, y a veces, durante 3 ó 4 días cuando se hace la anastomosis. Por eso, sostenemos que la anastomosis no debe hacerse en un solo tiempo, sino primero en un riñón y después en el otro, para evitar los fenómenos del orden de la insuficiencia renal que pueden hacer perder al enfermo que con otra técnica pudiera salvarse.

En esta enferma, se ha hecho la anastomosis del riñón izquierdo. Tal vez, esta anastomosis, si queremos extremar las consideraciones, podría estar condicionada con una pequeña estenosis de la terminación ureteral. Esta enferma tiene un gran cáncer de vejiga, que ocupa casi toda la pelvis. Cuando hicimos la anastomosis del lado izquierdo, que era el más insuficiente, tenía un ureter del tamaño de un dedo pulgar. La recuperación funcional fué magnífica. Sacada esta

radiografía a los 15 minutos, se ve un urograma marcado, con su pelvis llena y su insuficiencia calicial. En esta enferma, se hizo, al tiempo, la anastomosis del riñón derecho: se ve la insuficiencia a las 24 horas que es absoluta.

Quiere decir, que hay una inhibición de ese riñón, cuando se hace la anastomosis, que ha durado 24 ó 48 horas en que recién comienza a esbozarse.

A los 15 días de obtenida esta radiografía, se nota en esta otra que el riñón ha recuperado su función y ha eliminado bien la sustancia opaca. Quiere decir, que se ha compensado, razón demás para pensar en hacer siempre la anastomosis urétero-intestinal en dos tiempos y en distintas partes del intestino.

*Tercer caso:* En este enfermo vemos también la anastomosis en el colon que va a terminar justamente en el ciego y en el otro intestino, en el descendente. La función está conservada. Existe su dilatación.

Son todos enfermos de gravedad porque la iniciación de la cistectomía, aunque creemos que se debe hacer más precozmente de lo que se hace para poder salvar a un enfermo canceroso de vejiga, en estos casos extremos, en que realmente no había nada que hacer, en que la derivación de orina también obraba como paliativo, siempre hemos trabajado desgraciadamente en riñones insuficientes.

Sacada esta radiografía 15 días después, vemos que la función se ha recuperado bastante.

Todos estos enfermos viven hasta ahora. De los casos que hicimos, todavía no tuvimos ningún deceso. Algunos de ellos ya tienen 7 meses de evolución.

*Cuarto caso:* Desgraciadamente, cuando se presentan enfermos como éste, en donde se ha hecho la anastomosis doble con gran aerocolia, no nos hemos animado hasta ahora, a aplicar métodos de evacuación intestinal con parasimpáticos miméticos y con grandes enemas, por temor a producir la infección ascendente cuando recién está anastomosado el ureter al intestino, pero aun dentro de todas estas sombras podemos ver las imágenes caliciales en este caso. Este enfermo todavía está en el hospital, con un gran cáncer de vejiga, en malas condiciones, pero ha soportado muy bien las dos intervenciones. Esperamos que se recupere para poder hacer la cistectomía, si llegamos a tiempo.

*Quinto caso:* De este caso no tenemos radiografías porque se ha ido al campo, por lo que no tenemos más noticias de él.

#### DISCUSION

Dr. Surra Canard. — *El doctor Trabucco va a decir que soy exigente, pero yo tenía tenía más interés en las radiografías previas porque indudablemente, uno lee que todos los éxitos de la anastomosis urétero-intestinales están en función de la calidad, digamos, de la vía excretora.*

Dr. Trabucco. — *Le vamos a dar el gusto inmediatamente.*

*La radiografía previa de este enfermo, sacada un mes antes de la intervención, la tenemos aquí.*

*(La exhibe.) El aparato excretor no muestra el perfil que muestra este otro ya administrando un cierto sufrimiento renal, pero con toda seguridad, esta vejiga iba a llevar al riñón a la insuficiencia marcada e iba a parar a una consecuencia mucho más grave porque iba a ser irremedible. Esto tiene el remedio de*

que se evacúa y probablemente, dentro de 4 meses, cuando podamos hacer otra radiografía, tal vez o nos encontremos con la sorpresa de que este riñón es completamente insuficiente o hidronefrótico o de que ha sido mayor la recuperación funcional. No olvidemos que alteramos completamente la anatomía y al hacerlo, alteramos la quinesia; lo que está alterada es la quinesia, no la insuficiencia. De manera que no podemos hablar de insuficiencia sino de alteración de la quinesia.

Tenemos otra radiografía de un gran cáncer de vejiga, donde se ve que existe una pielonefritis ascendente, pero muy marcada. En la radiografía a los 10 minutos, hay muy poca entrada de sustancia opaca a la vejiga.

Es claro que son muy pocos los casos para poder sacar conclusiones. He traído este trabajo para mostrar la técnica y recalcar el tipo de técnica que usamos en el Hospital, que es la anastomosis en dos sitios distintos del colon —no en un mismo sitio— y la anastomosis hecha extraperitonealmente y he destacado la importancia que tienen los dos tiempos para la suficiencia renal.

No he tenido la pretensión de hacer el estudio funcional, puesto que los tiempos de evolución no son suficientes como para sacar ninguna conclusión.

Dr. Surra Canard. — Como decía, en las grandes heridas de riñones urétero-intestinales, las mayores estadísticas están en la estrofia de la vejiga, es decir, en esos padecimientos en que la peristáltica está perfectamente conservada.

En realidad, el interés que uno tiene en poseer la observación de antes y después está, no en la posibilidad quirúrgica, en lo que se refiere a técnica, sino en las posibilidades ulteriores del enfermo, en tanto que, mejorado de una función o simplemente, ponerlo en condiciones de que esa entero-anastomosis funcione de manera que tolere la cistectomía, que es una operación cruenta. El valor clínico del examen antes y después, a mi juicio, está en función de la peristáltica del uréter. De ahí que es interesante hacer el análisis de los casos; en los cuales, en que, como en el primero había una excelente peristáltica un mes antes y había un padecimiento de ese tonismo ureteral después de la operación. ¿Cómo evolucionarán esos enfermos que ya están distendidos?: porque si la acción neoplásica se inicia en la mayor parte del triángulo, es posible que esos enfermos que estén ya en atonía, por perfecta que sea la técnica de la implantación, sean enfermos que tengan facilidad para hacer lesiones infiltrantes.

Antes de sacar conclusiones sobre la posibilidad de una técnica determinada, que ya está consagrada en el sentido de la posibilidad quirúrgica, creo que es más interesante hacer el análisis del caso antes y después de la anastomosis y poder decir mañana: este enfermo puede ser urétero-anastomosado y este otro, no.

Dr. Rebaudi. — Quisiera como contribución al trabajo del Dr. Trabucco traer esta radiografía; al contrario, de lo que hace el Dr. Trabucco, he hecho el injerto urétero-intestinal siguiendo la técnica de Strong. En el lado izquierdo la

*anastomosis se ha hecho con el trócar y les mostraré las radiografías sacadas 15 días y un mes después, en el lado izquierdo.*

*En el lado izquierdo se hizo con el trócar y en el derecho, como lo hace habitualmente Strong. En el lado izquierdo, me encontré con un uréter dilatado y una uronefrosis. He hecho la anastomosis del lado izquierdo en malas condiciones y sin embargo, ha prendido.*

*No tengo las radiografías anteriores la operación, sino las posteriores.*

*Aquí se ve bien la repleción intestinal y en este caso, había una uronefrosis del lado izquierdo, donde se hizo con el trócar. En el lado derecho, se hizo con el procedimiento clásico, sin trócar.*

*Dr. Irazu. — Este caso se trataba de una fístula por un traumatismo uretral, habiendo una fístula vésico-vaginal.*

*Esta es la radiografía previa a la operación, en donde se ha hecho compresión ureteral baja con una pelota de gas simplemente y se ve, que si bien el riñón izquierdo funciona perfectamente y su conformación es casi normal, en cambio, en el derecho, existen lesiones previas a la operación. Esta es una pielografía descendente a los 15 minutos.*

*Esta radiografía corresponde al post-operatorio y se ve ya el gran uroéstasis, la dilatación de todas las vías canaliculares. Sacada a los 30 minutos.*

*Finalmente, en esta radiografía de perfil, se puede observar la sustancia opaca penetrando en la concavidad sacra, en el recto.*

*La evolución de este caso fué óptima en los primeros meses; después del cuarto o quinto mes empezó a tener esta enferma fenómenos transitorios de rectitis. Sin duda, la intervención es un éxito, porque ha sido practicada en un solo tiempo, con la modificación de Wlarton (?), que hace el adosamiento de la hoja peritoneal posterior sobre la anastomosis. Es indudable que el abocamiento en la parte terminal del intestino parece ser lo lógico. Eso recuerda la evolución ontogénica del embrión y la disposición de ciertos animales que están colocados en una escala inferior al ser humano, de manera que nosotros no tenemos experiencia sobre la derivación en el lado derecho y si algún día la tenemos, la hemos de comunicar. Desde ya sabemos que la absorción del intestino terminal es menor que la del colon ascendente, donde sobre todo, por tratarse de la parte que corresponde a la desembocadura del riñón derecho es más posible que allí se efectúen infecciones ascendentes.*

*Dr. Surra Canard. — ¿Si mal no entiendo es una fístula vésico-vaginal?*

*Dr. Irazu. — Sí, doctor.*

*Dr. Surra Canard. — ¿Y la plástica?*

Dr. Irazu. — *Fracasó dos veces. Hubo una comunicación muy grande con destrucción del esfínter y del cuello.*

Sr. Presidente Dr. Iacapraro. — *El Dr. Rebaudi desea hacer uso de la palabra para explicar el mecanismo de su trócar.*

Dr. Rebaudi. — *Es un trócar común en el cual la camisa ha sido seccionada en parte.*

*Generalmente, se usa el trócar mediano, pero en el caso del enfermo que presenté tuve que usar el trócar más grueso.*

*Se procede en la siguiente forma: se hace una incisión en la serosa, transversalmente. Con una pinza Kocher se coloca en las fibras musculares en una longitud de 2 ó 3 cms.; en seguida, por esa canaleta se introduce el trócar; tomando el extremo final donde el trócar va tunelizado, se coloca hacia arriba el intestino y se hace perforar la mucosa. Hecho eso, sacada la punta del trócar, queda la camisa dentro del intestino.*

*Debajo de la camisa que queda como un carril dentro del intestino, se pasa con la aguja llevando el uréter que ha sido ligado dentro del intestino y con la misma aguja se atraviesa el intestino hacia afuera y se fija. Ese uréter queda tunelizado en una extensión de 2 ó 3 cms. y a veces más, según la longitud que uno desee darle a la tunelización.*

*Así uno se evita la sutura del intestino que puede fallar y el tiempo operatorio se acorta.*

*El único peligro que puede tener el trócar es que al sacar la camisa, pueda traer materia fecal del intestino, pero preparado el enfermo convenientemente no ha habido ningún inconveniente, comprimiendo sobre todo el trócar al sacarlo, quedando así toda la suciedad que se puede traer del intestino. Así he hecho yo la última urétero-entero-anastomosis y la he efectuado varias veces en animales sin dificultades. Por eso, me parece que este trócar es práctico.*

Sr. Secretario Dr. Bernardi. — *¿Se puede hacer bien la separación entre la capa serosa y la muscular? Pregunto esto porque siempre es una maniobra algo delicada.*

Dr. Rebaudi. — *Primero, al usarse una pinza Kocher se divulsiona, con lo que no se puede romper la mucosa. La tunelización, se hace bien. Al perforar la mucosa, se debe angular el trócar de tal manera que entre dentro del intestino. Se siente perfectamente bien cuando cae dentro del intestino.*

Dr. García. — *Existe un trócar de Hyman, que lo usamos con Finocchietto. Tiene las ventajas que menciona el Dr. Rebaudi, a la que se agrega el hecho de que el fragmento introducido dentro del intestino queda en libertad.*

pero con el inconveniente de que hay que retirarlo por rectoscopia, lo cual exige una implantación baja.

Dr. Trabucco. — Deseo agregar esto: Cuando uno hace una implantación de intestino a vejiga, que no sea una extrofia vesical, justamente son las personas que tienen algún trastorno de su evacuación urinaria en la vejiga de tal grado que obligan a arriesgar todo para poder salvar, siquiera en un porcentaje mínimo, a un organismo. Se trata de esos individuos que tienen trastornos de la quinesia ureteral y piélica, porque me parece lógico que si hay un cáncer que está asentado en la pared superior, que se pueda extirpar por la vejiga misma haciendo una resección parcial de vejiga, no vamos a hacer una implantación de uréter a intestino porque sí. La hacemos en aquellos cánceres asentados en el trigono o intramurales, que no tienen otro método de curación que el quirúrgico, la cistectomía. En esos enfermos, aunque estén alterados, estamos autorizados para hacer la implantación y al hacerlo, mejoran en su estado general y su recuperación funcional se hace muy bien.

Ya dije que uno de los enfermos tiene siete meses de evolución y está mucho mejor que antes de haber sido anastomosado. Quiere decir, que se ha beneficiado considerablemente.

No le hemos dado la menor importancia a la quinesia ureteral en estos casos, porque no se le puede dar importancia a una cosa que no tiene escapatoria. No podemos elegir el caso que tenga quinesia y el que no tenga quinesia para hacer una implantación de uréter a intestino, porque perdemos el enfermo. Es un riesgo que tenemos que correr forzosamente. Esa es la razón por la cual no se pueden sacar conclusiones, dado que el tiempo de evolución es muy corto.

En cuanto a la reabsorción del intestino, es uno de los problemas que nos hemos planteado al hacer la anastomosis en colon ascendente, porque la absorción en el ascendente es mayor que en el descendente. Hemos vigilado esos enfermos para ver si presentaban fenómenos tóxicos, pero ninguno de ellos lo ha presentado. No se ha modificado la urea en sangre, ni su insuficiencia renal según el aspecto biológico de la sangre, de manera que esa absorción intestinal por el colon ascendente no la hemos visto como fenómeno tóxico.

Por otra parte, en los fenómenos infecciosos renales del colon ascendente, que también nos hemos planteado, tuvimos nuestro resquemor con respecto a la peristalsis y pensamos que se nos iban a infectar esos enfermos; sin embargo, no ha sido así. No se ha demostrado, por lo menos, la infección, con la temperatura que es la única manera de poder demostrarse después de hacerse una anastomosis.

Sigo insistiendo en que mi trabajo preliminar no era la presentación de los casos para su función, sino sencillamente, la demostración de una técnica. El

*beneficio de esa técnica lo tendremos dentro de un año, cuando podamos seguir a esos enfermos y ver si han mejorado o no. Yo no encuentro dificultad ni inconveniente en la falta de quinesia para implantarlo, ni que tampoco vaya a repercutir en un riñón. Si tuviéramos a mano otro procedimiento que no alterase la quinesia, lo podríamos utilizar, pero ¿qué procedimientos tenemos a mano. La implantación cutánea altera la quinesia igualmente. Los fenómenos de intoxicación serán mayores aún. En la nefrostomía estamos en las mismas condiciones; las bacterias entran directamente al riñón, de manera que no existe otro procedimiento que pueda evitar los trastornos que puede ocasionar el presente procedimiento.*

Sr. Presidente Dr. Iacapraro. — *Para complementar el comentario del interesante trabajo del doctor Trabucco, diré que se ha traído al seno de esta Sociedad un punto que resulta interesante porque es una solución paliativa para cierta clase de enfermos. Todos alcanzamos a interpretar el sentido del trabajo del doctor Trabucco, dado que él ha querido introducir o por lo menos, insinuar un problema de orden técnico quirúrgico.*

*Por otra parte, considero muy interesantes las objeciones hechas por los doctores Surra y García, en lo que respecta al estudio de los gráficos pre y post-operatorios, para valorar el resultado sobre la quinesia de los enfermos operados con esa técnica. Cuando la lesión cancerosa se asienta en el triángulo, es lógico admitir que las alteraciones ureterales deben existir fatalmente, porque sino el problema paliativo no existiría y se recurriría a la solución terapéutica paliativa.*