

## CISTECTOMIA E INSUFICIENCIA RENAL

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD, H. BERRI y A. PUJOL

Constituye el objeto de esta comunicación señalar y ratificar la posibilidad de extirpación total de la vejiga en condiciones precarias del árbol urinario, después del fracaso de un tratamiento a cielo abierto exigido por las circunstancias.

No es nuestro deseo abordar el complejo problema terapéutico de las neoplasias de la vejiga, pero sí agregar un caso más que apoya los conceptos vertidos por nosotros en la comunicación que presentamos con los doctores G. Vilar y R. Mathis al 3º Congreso Interamericano de Cirugía, de Montevideo de 1946.

La historia clínica es la siguiente: C. C., de 51 años, italiano, casado, obrero albañil. Al enfermarse es examinado por primera vez en junio de 1946, por uno de nosotros, habiendo sido enviado por padecer desde varios días atrás de una profusa hematuria con polaquinuria diurna y nocturna. El primer examen verifica una hematuria total a refuerzo terminal. Una exploración endoscópica después de paciente y laborioso lavado del órgano permite observar la presencia de un tumor del tamaño de una mandarina de superficie irregular en algunas zonas negruzcas, al parecer sesil.

Internado para completar el estudio en una clínica privada, se levanta el siguiente estado actual (limitado a los elementos positivos de valor): Antecedentes personales: buen fumador. Estado general bueno, habiendo perdido 3 kilos en los últimos días. Sistema respiratorio, digestivo y nervioso: negativos. Sistema circulatorio: negativo, tensión máxima 15, tensión mínima 9. Sistema urogenital: investigación positiva de los puntos costo muscular y para umbilical de ambos lados. Percusión lumbar de Murphy positiva de ambos lados. Capacidad vesical 150 cc. El tacto rectal combinado señala una próstata normal y por encima en la zona que corresponde a la hemivejiga izquierda se palpa la existencia de este órgano espesado como si alojara un tumor con poca infiltración de la pared.

Los exámenes complementarios vesicales:

Orina: Hematúrica. Concentración de urea 12 por mil. Concentración de cloruros 4 por mil. Sedimento: Pus.

Sangre: Azohemia 0,55 por mli. Glucemia 0,95 por mil. Tiempo de sangría 3'. Tiempo de coagulación 12'. Recuento de glóbulos rojos 3.800.000. Recuento de glóbulos blancos 95.000.

Radiológico - Radiografía simple (Fig. 1) : A través de un intestino lleno de aire, a pesar de la preparación prerradiográfica efectuada, se observan sombras calcúscas, una derecha y otra izquierda dentro del área renal correspondiente y unas sombras sospechosas de cálculo en el uréter pelviano izquierdo. El pielograma excretor (Fig. 1 y 2) muy deficiente por el meteorismo digestivo y la insuficiencia renal (azohemia 0,55 por mil), señala la deficiente función renal y cierta cantidad de líquido de contraste muy poco denso en la vejiga.

La situación de apremio creada por la hematuria, que no cedió a la terapéutica habitual,



Figura 1

medicación oral, parenteral y reposo de la vejiga con sonda permanente se decide, obligado por las circunstancias, a realizar un tratamiento a cielo abierto. Bajo raqui anestesia, cirujano doctor Berri, ayudante doctor Pujol, cistostomía, extirpación del tumor con radio bisturí y electrocoagulación de la zona sesil de implantación: esta base de implantación está infiltrada. Postoperatorio sin incidencias, la vejiga cierra a los 15 días.

El doctor Polak informa con el siguiente texto el estudio histológico por él realizado (ficha 6096). Neoformación constituida por amplios cordones carcinomatosos separados por travéculas conjuntiva; marcada atipía celular. Las células ovoideas con citoplasma débilmente acidófilo y con núcleos esféricos y polimorfos, hiper cromatosos y con nucleolos visibles. Las figuras carioquinéticas atípicas son relativamente abundantes, observándose neoformativas en necrobiosis.

Figura 3

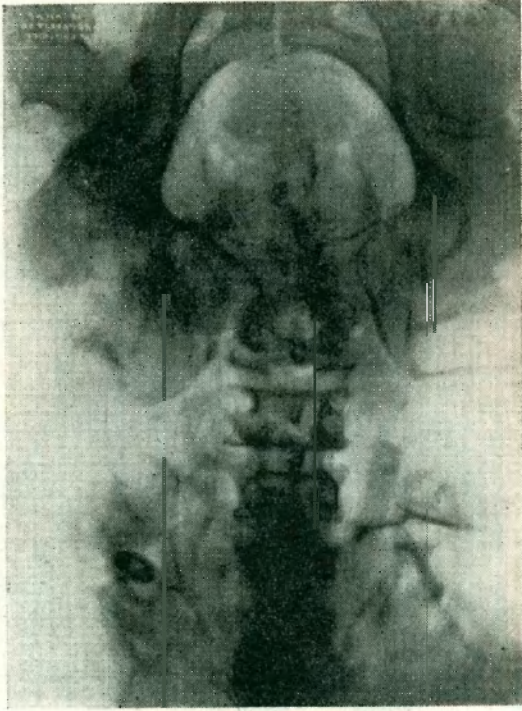
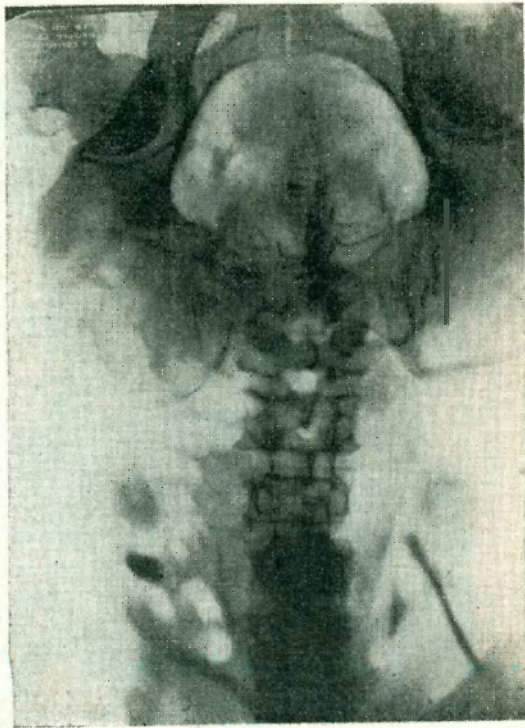


Figura 2



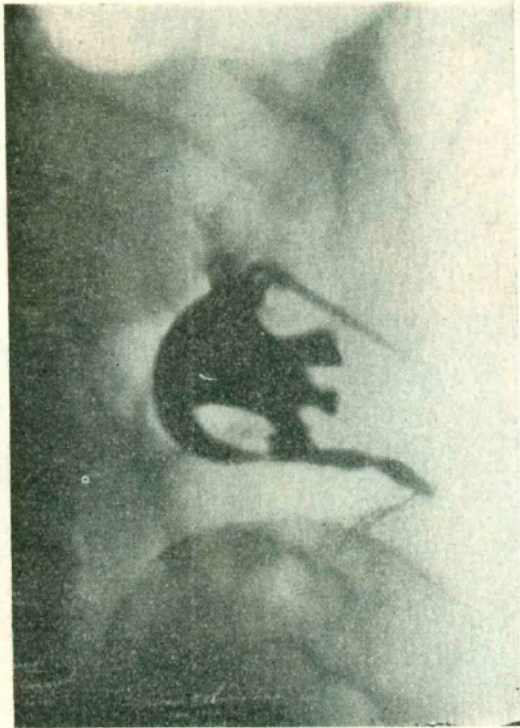


Figura 4

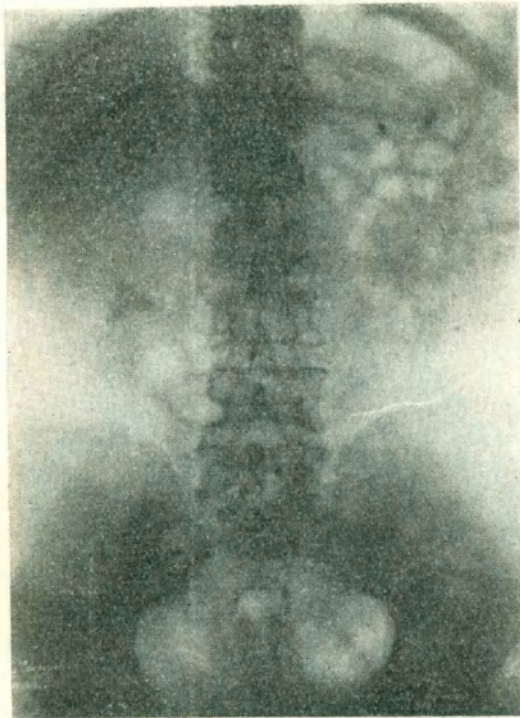


Figura 5

Figura 7

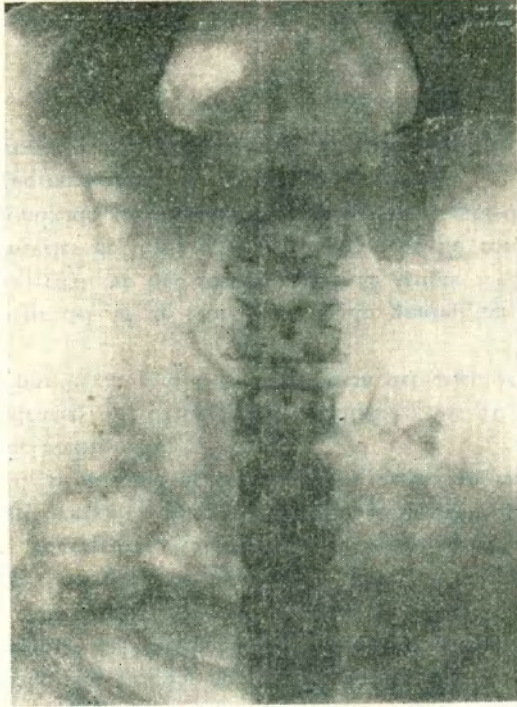
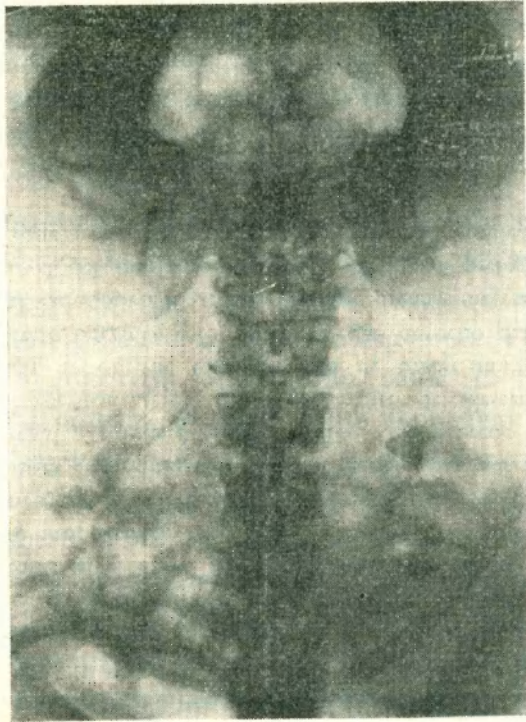


Figura 6



Convencidos de la ineficacia del tratamiento realizado frente al resultado del estudio anatómico patológico, se resuelve llevar a cabo primero la supresión de la litiasis renal, segundo la derivación urétero sigmoidea y en último término la extirpación total de la vejiga.

Se interviene en primer término sobre el riñón izquierdo, por existir de ese lado la sospecha de concreciones calculosas en el uréter pelviano, hecho éste de ser exacto capaz de ocasionar un bloqueo en momento inoportuno.

Bajo raquínanestesia, cirujano doctor Berri y ayudante doctor Pujol, con la incisión lumbodorsal prolongada, se libera el riñón y se extrae el cálculo por nefrostomía, dejándose drenaje de tubo en la pelvis renal a través del cáliz medio, y se procede luego a la anastomosis urétero colónica, previa extraperitonización de un segmento del descendente. A pesar de la incisión de pared prolongada, se obtiene una longitud de uréter muy breve. Postoperatorio inmediato accidentado, entrando felizmente en orden al cabo de ocho días.

El sistema urinario del lado operado trabaja por el drenaje nefrostómico. Para verificar si existe comunicación a nivel del implante se lleva a cabo una pielografía de relleno por el drenaje cutáneo (Fig. 4), que pone de manifiesto no haberse establecido fístula urétero colónica.

Un mes más tarde se efectúa bajo raquínanestesia (cirujano doctor Berri, ayudante doctor Pujol), la anastomosis urétero colónica (colon ascendente), lado derecho, con la técnica de extraperitonización previa del ansa y con el reimplante a la manera de Marión. Postoperatorio inmediato bueno, desde el punto de vista general y rectal; colorectitis pasajera, que se normaliza con la medicación instituida.

Un nuevo examen radiográfico simple y excretorio, muestra la ausencia del cálculo extirpado del riñón izquierdo, el drenaje renal de ese lado, el cálculo renal derecho y la falta de medio de contraste en la vejiga (Fig. 5, 6 y 7).

Un mes más tarde bajo raquídea: Cirujano doctor Surra Canard. Ayudantes doctores Berri y Pujol, cistectomía laboriosa por las adherencias cicatriciales a la pared abdominal, liberación de la cúpula previo colgajo del peritoneo, que se sutura antes de proceder a la liberación de la cara posterior; en la cara lateral donde se implanta el tumor es necesario esculpirlo para desprender el órgano; ligadura del pedículo inferior de ambos lados con el uréter en el uréter izquierdo se encuentran las concreciones calculosas visibles en el primer estudio radiográfico. Sección de los ligamentos pubovesicales, liberaciones del piso de la vejiga y sección de la uretra por debajo del cuello vesical, hemostasia de los pequeños vasos sangrantes venosos. Sulfamida en la excavación. Drenaje de Rubberdan.

Postoperatorio sin incidencias. Se da de alta de la clínica a los 40 días de cistectomía, pasa su convalecencia, quedando por llevar a cabo la extirpación del cálculo renal derecho si la condición general lo permite.

En su domicilio a partir del 1º de febrero el estado general ha desmejorado lentamente en razón de su insuficiencia renal, ya que los exámenes de sangre revelan unas alteraciones de la azohemia que alcanzan niveles de 0,80, que ceden con lentitud con ayuda del tratamiento. La orina del riñón nefroctomizado tiene una concentración constante de 1010. No hay signos de recidiva de su tumor ni de metástasis.

Había sido nuestro propósito presentar el enfermo, pero su debilidad ni le permite abandonar el lecho.

#### COMENTARIOS:

Durante el año 1945 cuando uno de nosotros concurría al Servicio del Hospital Fernández a cargo del Dr. G. Vilar, asistimos y ayudamos a las pri-

meras derivaciones urétero intestinales, cistectomías complementarias en procura de una curación del cáncer de vejiga. La serie de enfermos operados fueron presentados en esta Sociedad. Ese grupo de enfermos nos brindó como saldo de experiencias la necesidad de intervenir la neoplasia de vejiga con precocidad, porque allí ha de estar el éxito. Puso en evidencia que la derivación urétero intestinal en tanto que el acto operatorio no ofrece riesgos si se lo ejecuta de un lado por vez y que la cistectomía total es bien soportada por los pacientes aun en el caso de existir lesiones avanzadas. En el curso del tiempo seguimos la evolución fatal de alguno de esos enfermos, uno de ellos evolucionaba siembras metastásicas vesicales y falleció como consecuencia de una embolia cerebral. Como hecho saliente cabe señalar la placidez y el bienestar de esos enfermos liberados del tormento de que todos hemos presenciado en algún canceroso de vejiga, sin capacidad, infectado que sangra. El contraste entre el mutilado y aquél dejado a su propio destino es tan evidente en favor del primero que nos hemos colocado en el terreno intervencionista aun para los casos como el presente en el que las condiciones clínicas son adversas. Consideramos importante divulgar estos hechos y crear el ambiente para poder en lo porvenir sorprender a la neoplasia en un período menos evolutivo, es decir, más accesible a la ectomía vesical con probabilidades de éxito. La cirugía del cáncer revela en todas sus modalidades y sitios de implantación que el pronóstico operatorio está en relación con la precocidad de la intervención y la amplitud de esta última.

---