

URETEROSIGMOIDEOANASTOMOSIS

RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRO SERVICIO

Por los Dres. E. CASTAÑO, A. B. ORTIZ y J. P. TORROBA

La derivación alta de las orinas se convierte en intervención de extrema necesidad, para el tratamiento de ciertas afecciones vesicales, cuando la vejiga ha perdido su condición de reservorio urinario (fístulas, extrofia, etc.), o cuando la magnitud del proceso que en ella asienta, obliga a su total extirpación (papi-
lomatosis múltiples, cáncer, etc.).

Dos son en general los procedimientos: uno de ellos es aquel por el cual las orinas son llevadas directamente al exterior (urétero, nefro o pielostomía cutánea); en el otro, se procede al abocamiento de ambos uréteres a un órgano abdominal que reemplazará a la vejiga en su función de reservorio urinario. Entre los órganos elegidos para este fin, hoy prácticamente sólo se utiliza el intestino grueso, preferentemente su porción terminal o ansa sigmoidea, sea por el procedimiento transperitoneal o el extraperitoneal por artificio.

En este trabajo no tenemos la pretensión de hacer el análisis de los múltiples procedimientos conocidos hasta la fecha. Sólo haremos algunas consideraciones sobre la técnica seguida en nuestro Servicio, para entrar después con más detalle en los resultados que de ella hemos obtenido.

Queremos dejar establecido que en esta comunicación nos referiremos exclusivamente a los resultados de la derivación en sí, sin tener en cuenta la afección que la condiciona y que en todos nuestros casos es el blastoma vesical.

Preparación preoperatoria: Después del estudio y selección de los casos, nos abocamos a la preparación del enfermo, tiempo fundamental para la buena obtención del resultado operatorio que llamaremos inmediato.

Los cuidados se dirigen preferentemente al intestino grueso, que debe llegar

al tiempo operatorio exento de contenido intestinal (sólidos y gases), así como en las mejores condiciones asépticas posibles.

Se debe comenzar por dar al enfermo, varios días antes de la intervención, un régimen dietético pobre en residuos alimenticios, pero con suficiente valor calórico. Se acompaña esta preparación indicando un purgante 4 días antes de la operación, seguido de enema evacuante diario hasta el día anterior a la intervención. Se puede agregar una cucharada de vaselina líquida todas las noches.

Como tratamiento antiséptico usamos la sulfosuxidina en la siguiente dosis: 0,25 grs. por kilo de peso y por día, fraccionada en 6 u 8 tomas diarias, durante cuatro días anteriores a la intervención. Hemos usado en algunos casos la sulfoguanidina.

Momentos antes del acto quirúrgico se le efectúa un enema de rivanol, llevándolo a la mesa de operaciones con sonda rectal.

El resto del preoperatorio es similar al de otras intervenciones abdominales.

Acto operatorio: Habitualmente usamos anestesia raquídea y dentro de ésta, preferimos el uso de soluciones hipobaras, que por el largo período anestésico que brinda, permite la realización prolija de todos los tiempos quirúrgicos y el poder efectuar en una sola sesión el abocamiento bilateral, que de acuerdo a nuestra experiencia, no significa para el enfermo un mayor riesgo quirúrgico que la realizada en dos sesiones. Cuando hay contraindicaciones para la anestesia raquídea, realizamos la anestesia general por gases.

La técnica que seguimos es la ya bastante conocida de implantación submucosa del uréter en el ansa sigmoidea basada en el tipo Coffey I, previa extra-peritonización de la porción baja del ansa sigmoidea, elegida para el abocamiento. Dejamos drenaje de rubber que se retira oportunamente (48 horas más o menos).

Por estar esta operación ya detalladamente descripta en todos sus tiempos, nos eximimos de entrar en más detalles.

Cuidados post-operatorios: Inmediatamente se le administran sueros para mantener una buena hidratación y el equilibrio sanguíneo. También se agrega desde los primeros instantes la aplicación de penicilina y mantenemos la administración de sulfosuxidina durante 4 ó 5 días, por su acción combinada sobre el intestino y el aparato urinario.

Ponemos el mayor cuidado en evitar la incidencia post-operatoria que hemos observado más comúnmente, sobre todo en los primeros casos. Nos referimos al íleo paralítico. Para ello, reforzamos la aplicación del suero clorurado hipertónico y mantenemos en permanencia la sonda rectal, que cumple la doble misión de mantener el segmento intestinal bajo exento de gases y de orina. Pero,

sobre todo, queremos insistir sobre la aplicación precoz de la sonda de Miller-Abbot, que brinda un post-operatorio tranquilo al enfermo y a los encargados de su cuidado, evitando la distensión intestinal y facilitando al mismo tiempo la consolidación de las suturas, que en esa forma no sufren tracción.

COMENTARIOS DE LOS RESULTADOS

Con fines de síntesis, dividiremos los resultados en tres períodos: a) Inmediatos: son los obtenidos hasta que el enfermo abandona el lecho; b) Mediatos: Desde la fecha anterior hasta que se cumple un año de la intervención; y c) Alejados: los obtenidos en enfermos que sobrepasan el año.

a) *Resultados inmediatos*: No hemos tenido que lamentar ningún accidente post-operatorio condicionado por el desprendimiento de la sutura anastomótica. Creemos que con técnica prolija este riesgo es evitable, sobre todo en el momento actual que con el advenimiento de los modernos antisépticos, el peligro de la supuración focal es muy remoto, obteniéndose ciérres "por primera", sin fístulas urinarias ni intestinales.

En ningún caso hemos observado tampoco reacción peritoneal alguna.

Como hemos dicho al referirnos a cuidados post-operatorios, en las primeras observaciones nos ha preocupado algún íleo paralítico, que con los cuidados mencionados anteriormente se han podido evitar.

No hemos observado ninguna anuria, aunque sí algunas oligurias, todas ellas transitorias. Estas últimas están condicionadas al shock operatorio, al estado funcional renal deficiente previo a la intervención y al edema temporario que lógicamente comprime el trayecto ureteral comprendido en el abocamiento.

Las rectitis inmediatas se evitan manteniendo y cuidando el buen funcionamiento de la sonda rectal que no se retira sino 5 ó 6 días después, para colocarla nuevamente si presenta síntomas de rectitis.

Sólo hemos tenido que lamentar una muerte, producida a las 24 horas de la operación y provocada por el shock operatorio (Obs. N° 8).

b) *Resultados mediatos*: Antes de entrar a considerar éstos, lo mismo que para los resultados alejados, debemos recordar lo que ya hemos dicho al principio de este trabajo: nos circunscribiremos exclusivamente a los resultados de la neostomía, prescindiendo de la incidencia que pueda tener el blastoma vesical.

Por ello, sólo nos referiremos a la tolerancia con que la soportan los enfermos y los beneficios que de ella puedan obtener, así como también al porvenir del sistema renoureteral en sus funciones secretora y excretora.

La tolerancia es muy buena, ya que la rectitis, molesta en los primeros

días, desaparece después. El intestino adquiere una capacidad de reservorio que permite a los enfermos evacuarlo 4 ó 5 veces en el día y 1 a 3 veces en la noche, término medio, según la cantidad de líquidos ingeridos.

Fuera de la rectitis, no hay ninguna otra complicación que provoque molestias al enfermo, recuperado en esta forma a su función social. Queremos insistir sobre este aspecto. La larga y penosa evolución de los enfermos portadores de un blástoma vesical, librados a su propia evolución o tratado por cualquiera de los otros procedimientos conocidos, los expone a contingencias desagradables para él y sus familiares. Sólo la derivación alta de sus orinas es capaz de terminar con este "vía crucis", permitiéndole a los enfermos entrar y gozar de una vida de relación relativamente normal.

Por otra parte, antes de la intervención, el sistema urinario superior, contragolpeado por la presencia del tumor vesical, pierde su quinesia y así sorprendemos riñones bloqueados en su función o sistemas uréteropelviciliales en ectasia a veces muy desarrollada. A pesar de todo ello, las reimplantaciones realizadas en estos casos, permiten ver retomar la función renal, así como la recuperación del tono muscular excretor.

c) *Resultados alejados*: Como dijimos antes, consideramos en este subtítulo a los enfermos que sobrepasan el año de la intervención.

Aquí ya no somos tan optimistas. Los pacientes que hemos podido seguir paso a paso, en el transcurso de los tres períodos, comienzan a sentir las consecuencias de una función contranatura.

La infección —que posiblemente haya sido también rela en los primeros períodos, pero bien tolerada— comienza a hacer crisis. Vence primero la resistencia del sistema excretor para terminar invadiendo el parénquima renal y alterando con ello la función excretora del mismo.

Aparecen en escena las grandes dilataciones uréteropelviciliales y las groseras pielonefritis y a través de las urografías excretoras obtenidas a esta altura de la intervención, observamos la decadencia rápida de la función renal. Sistemas que funcionaban perfectamente hasta ese entonces, no dan más muestras de la función secreto-excretora.

Todo lo dicho nos lleva a reflexionar respecto a si esta operación debe o no mantenerse entre los recursos quirúrgicos de una afección tan seria y tan ingrata como es el cáncer de la vejiga.

Creemos que sí. En presencia de una neoplasia vesical, el médico tiene dos fines que cumplir:

A) Proceder al tratamiento radical del tumor por la cistectomía parcial

o total. Cuando esta última se impone, la derivación alta de las orinas se convierte en tiempo previo necesario.

B) Cuando la magnitud del proceso ha traspasado los límites de la vejiga, haciendo imposible la terapéutica mencionada, la uréterosigmoideoanastomosis es indudablemente el mejor recurso que le queda al médico para permitirles a estos enfermos, sobrellevar su angustiosa etapa final en la forma más tolerable posible.

Todos sabemos que los demás tratamientos son de tan escasa efectividad, que hasta la misma morfina, recurso heroico valedero en los cánceres de todos los órganos, no tiene aquí una respuesta satisfactoria.

OBSERVACIONES

Observación N° 1. — Hist. Serie CCLVII N° 6 — F. F., 53 años.

Antecedentes enfermedad actual: Hematurias tipo total con polaquiuria intensa.

Examen cistoscópico: Lesión tumoral proliferante de trigono, que invade cuello de vejiga.

Examen radiográfico efectuado antes de la intervención: Discreta dilatación bilateral. Buen funcionamiento en ambos lados (fig. N° 1).

Operación: El día 5 de Febrero de 1945 se le efectúa la neostomía en el lado izquierdo y el 20 de Febrero del mismo, la del lado derecho.

Evolución: Fué dado de alta a los 15 días de la segunda intervención. Tres meses después se le hace urografía excretora en la cual se comprueba dilatación uréteropelvicilical, más marcada en el lado derecho (fig. N° 2). En toda su evolución ha presentado una discreta rectitis.

Observación N° 2. — Hist. Serie CCLXXIX N° 21 — A. B., 56 años.

Antecedentes enfermedad actual: Polaquiuria intensa, dolor durante todo el tiempo de la micción y hematuria terminal.

Examen cistoscópico: Realizado con anestesia epidural (50 cc. capacidad). Lesión infiltrante que ocupa la casi totalidad de la vejiga.

Operación: El día 15 de Diciembre de 1944 se realiza la neostomía del lado izquierdo y el 16 de Enero de 1945 la del lado derecho.

Evolución: Alta un mes después de realizada la segunda operación. Evacúa su intestino cada 4 horas de día y de noche.

Observación N° 3. — Hist. Serie CCXC N° 11 — J. G., 55 años.

Antecedentes enfermedad actual: Hematuria con abundantes coágulos. Cistitis intensa.

Examen cistoscópico: Tumor infiltrante de la pared posterior y parte de la superior.

Examen radiográfico previo a la intervención: Buena eliminación en ambos lados sin dilatación (fig. N° 3).

Operación: El día 29 de Mayo de 1945 se efectúa el abocamiento bilateral en una sola sesión.

Evolución: Dado de alta a los 20 días de la intervención. Dos meses después se le hace urografía excretora, mostrando una muy pronunciada dilatación uréteropelvicilical bilateral (fig. N° 4). El enfermo evacuaba su intestino cada 2 a 3 horas.

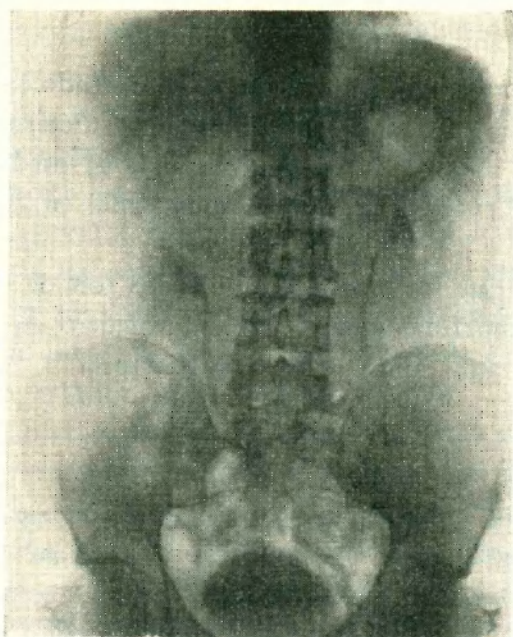


Fig. N° 1 — Observ. N° 1
Urograma 3-II-45

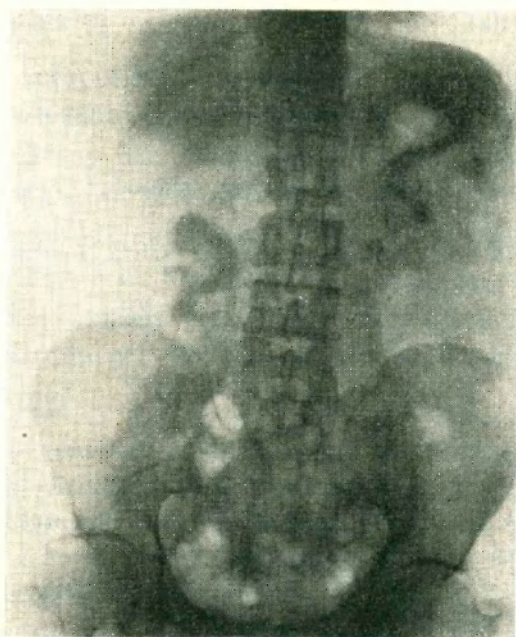


Fig. N° 2 — Observ. N° 1
Urograma 4-V-45

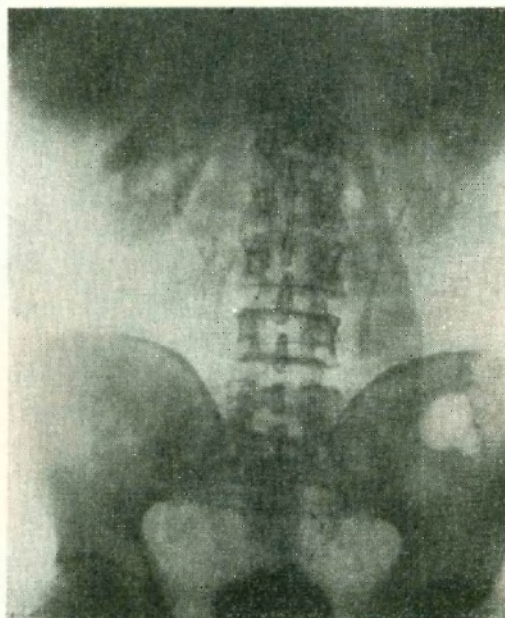


Fig. Nº 3 — Observ. Nº 3
Urograma 11-V-45

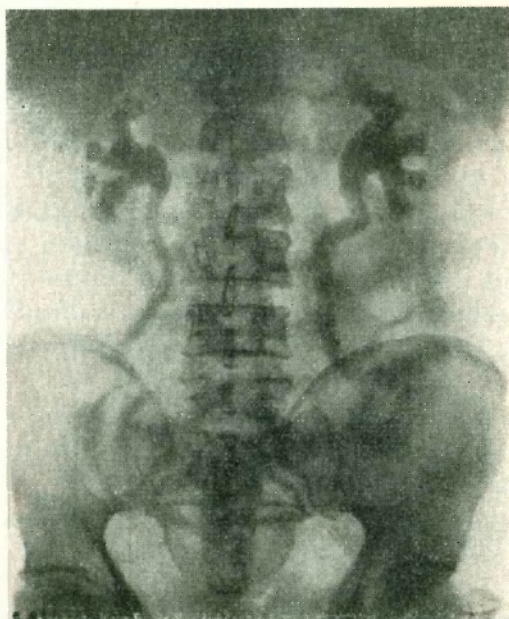


Fig. Nº 4 — Observ. Nº 5
Urograma 28-VII-45

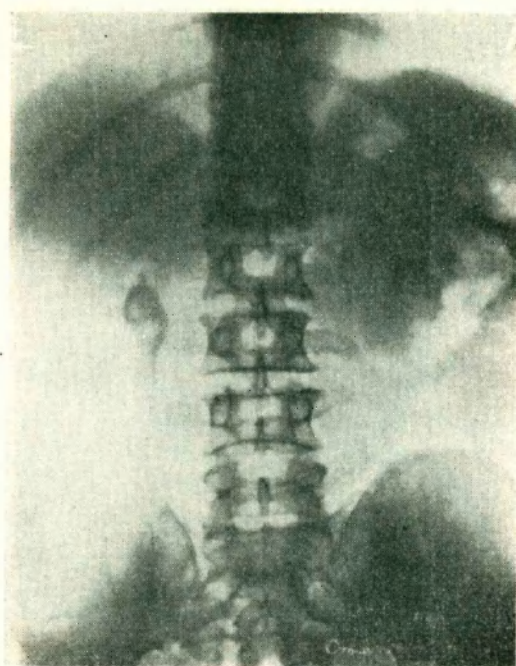


Fig. N° 5 — Observ. N° 5
Urograma 7-III-46

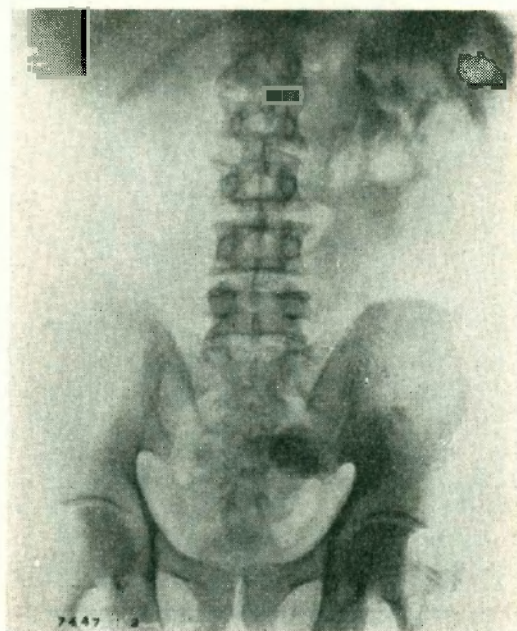


Fig. N° 6 — Observ. N° 5
Urograma 25-VII-46

Observación N° 4. — Hist. Serie CCXCV N° 11 — J. J., 68 años.

Antecedentes enfermedad actual: Disuria, polaquiuria diurna y nocturna y hematuria ter-
Examen cistoscópico: Tumor sesil, amplio, que ocupa la hemivejiga izquierda.

Operación: Se realiza el abocamiento bilateral el día 20 de Noviembre de 1945.

Evolución: Hizo un buen post-operatorio, con perfecta tolerancia. Un mes después se le efectúa cistectomía parcial, falleciendo 15 días después de esta intervención.

Observación N° 5. — Hist. Serie CCCVI N° 17 — O. M., 53 aos.

Antecedentes enfermedad actual: Hematuria intensa con polaquiuria intensa (cada 10 a 15 minutos de día y de noche).

Examen cistoscópico: Tumor infiltrante que invade el cuello de la vejiga.

Examen radiográfico previo a la intervención: Buena eliminación en ambos lados. Muy discreta dilatación del árbol superior derecho (fig. N° 5).

Operación: El día 23 de Mayo de 1946 se efectúa la neostomía en el lado izquierdo y el 4 de Julio del mismo año, en el lado derecho.

Evolución: Este enfermo presentó una rectitis que le obligaba a evacuar su intestino cada 30 a 40 minutos. 23 días después se obtiene una urografía excretora, mostrando escasa eliminación en el lado derecho y buena en el izquierdo, con discreta dilatación (fig. N° 6). Fue dado de alta en Octubre de 1946, después de practicársele la cistectomía, sin tener conocimiento de la evolución posterior.

Observación N° 6. — Hist. Serie CCCXII N° 16 — F. J., 53 aos.

Antecedentes enfermedad actual: Hematuria con coágulos y polaquiuria intensa.

Examen cistoscópico: Tumor infiltrante extendido, que toma cuello de vejiga.

Examen radiográfico previo a la intervención: Buena eliminación izquierda, sin dilatación. No hay eliminación en el lado derecho (fig. N° 7).

Operación: Se le efectúa neostomía bilateral en una sola sesión el día 29 de Agosto de 1946.

Evolución: Cistectomía total 3 meses después. El enfermo a los 14 meses de la intervención evacúa su intestino 4 veces en el día y 1 ó 2 veces en la noche. La urografía excretora obtenida el 7 de Octubre de 1946 demuestra una buena eliminación con dilatación en ambos lados, más manifiesta en el lado derecho (fig. N° 8). El urograma del 28 de Julio de 1947 nos informa de una disminución de la eliminación en el lado derecho con gran dilatación izquierda (fig. N° 9). El enfermo en el momento actual presenta crisis de dolor en ambas regiones lumbares con hipertermia.

Observación N° 7. — Hist. Serie CCCXVII N° 19 — A. S., 52 años.

Antecedentes enfermedad actual: Dolor durante la micción y hematuria con coágulos. Polaquiuria.

Examen cistoscópico: Tumor infiltrante que ocupa la pared lateral izquierda y el trigono.

Examen radiográfico previo a la intervención: Buena eliminación en ambos lados. Discreta ptosis renal derecha (fig. N° 10).

Operación: El día 18 de Marzo de 1947 se realiza la neostomía bilateral en una sola sesión.

Evolución: Muy buen post-operatorio. En el urograma del 19-IV-47 se observa una dilatación bilateral, con mejor eliminación en el lado derecho (fig. N° 11). Posteriormente se realizó la cistectomía total. El 10-X-47 urografía excretora (fig. N° 12) en la cual no se observa

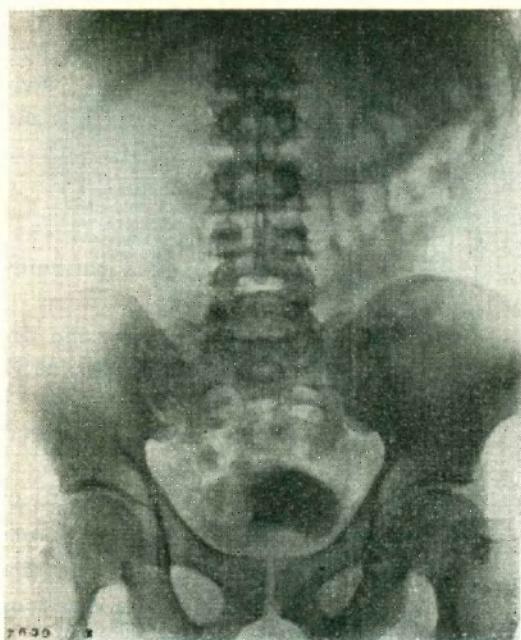


Fig. N^o 7 — Observ. N^o 6
Urograma 26-VIII-46

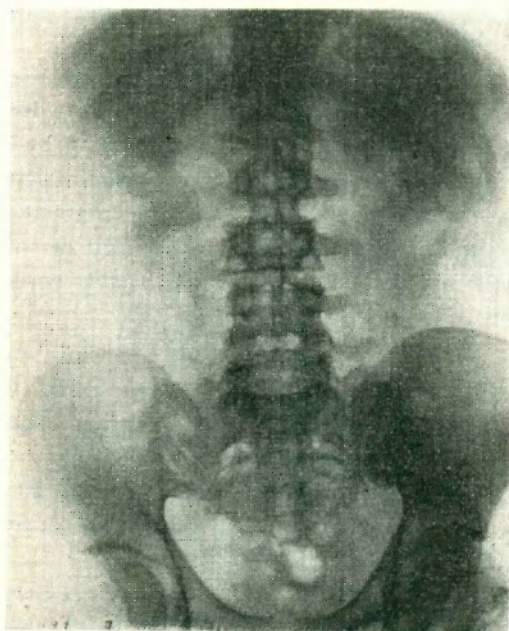


Fig. N^o 8 — Observ. N^o 6
Urograma 7-X-46

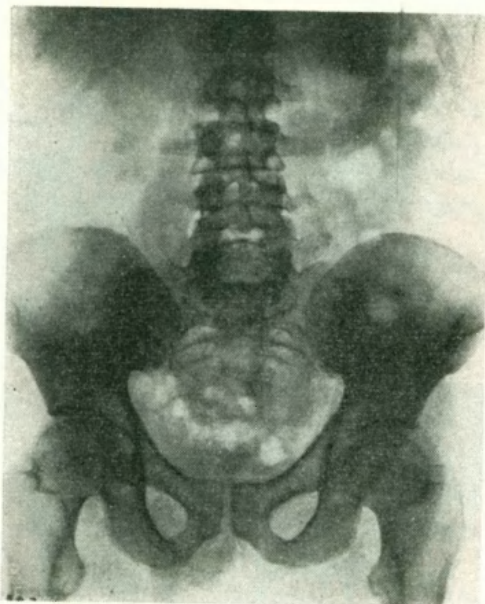


Fig. Nº 9 — Observ. Nº 6
Urograma 28-VII-47

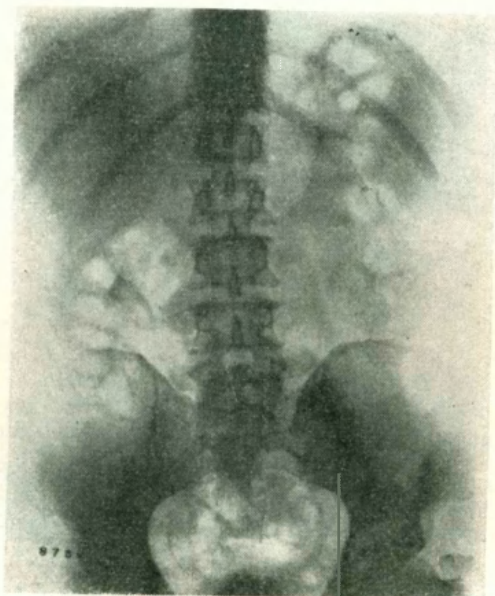


Fig. Nº 10 — Observ. Nº 7
Urograma 13-III-47

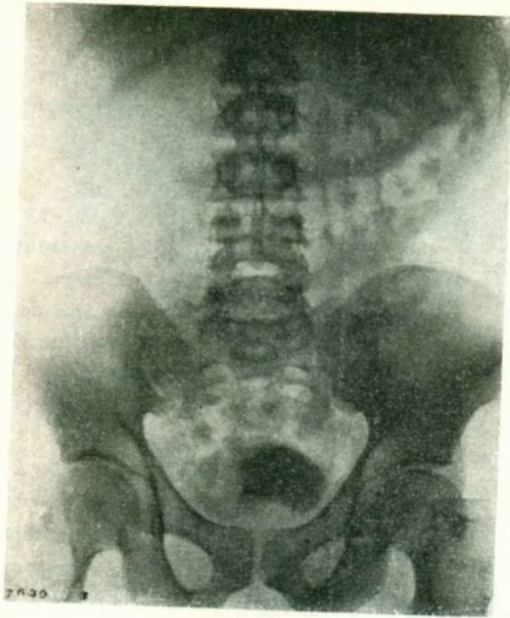


Fig. Nº 7 — Observ. Nº 6
Urograma 26-VIII-46

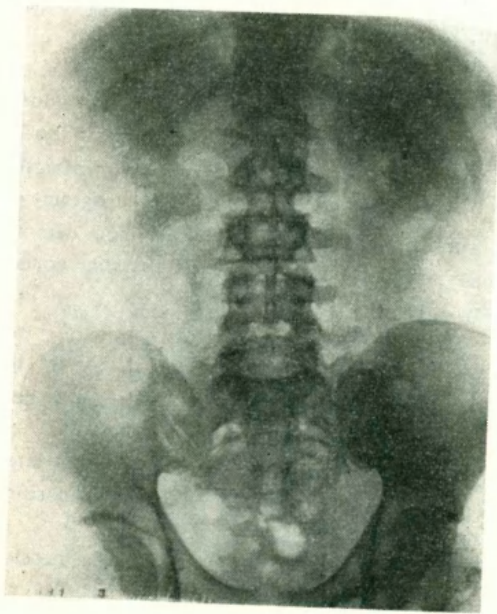


Fig. Nº 8 — Observ. Nº 6
Urograma 7-X-46

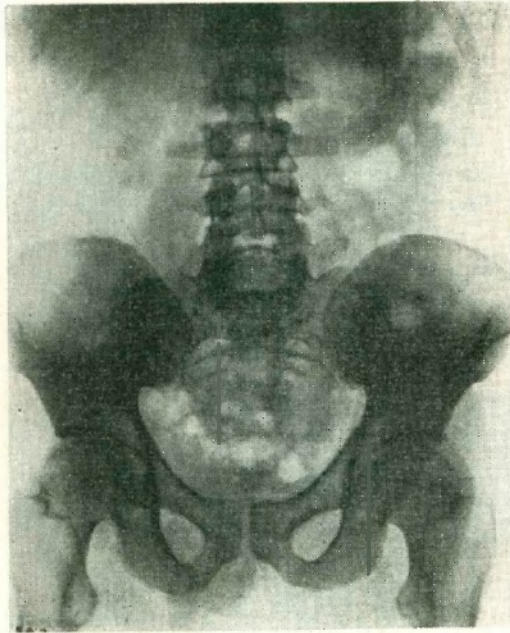


Fig. N° 9 — Observ. N° 6
Urograma 28-VII-47

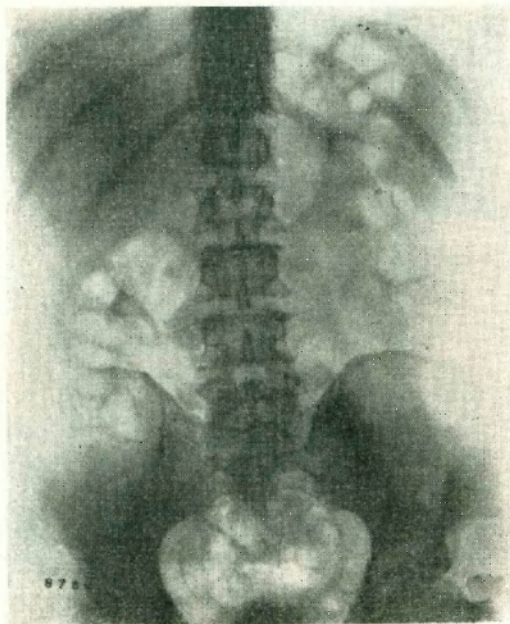


Fig. N° 10 — Observ. N° 7
Urograma 13-III-47

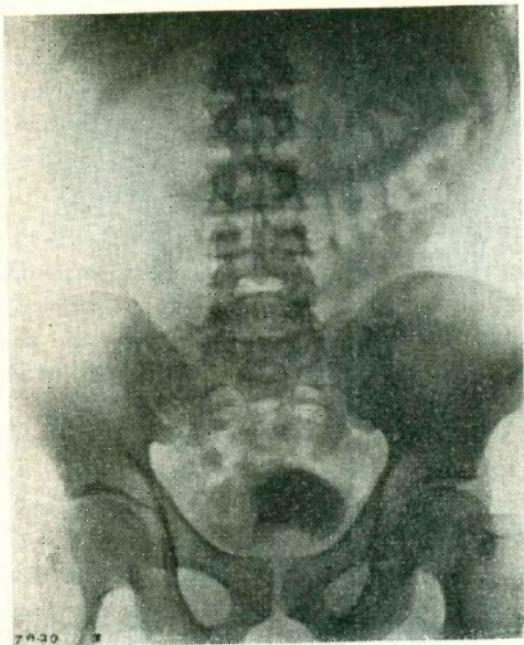


Fig. N° 7 — Observ. N° 6
Urograma 26-VIII-46

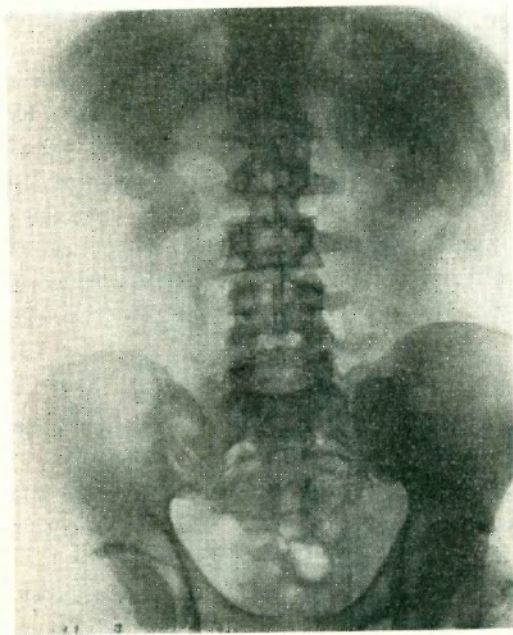


Fig. N° 8 — Observ. N° 6
Urograma 7-X-46

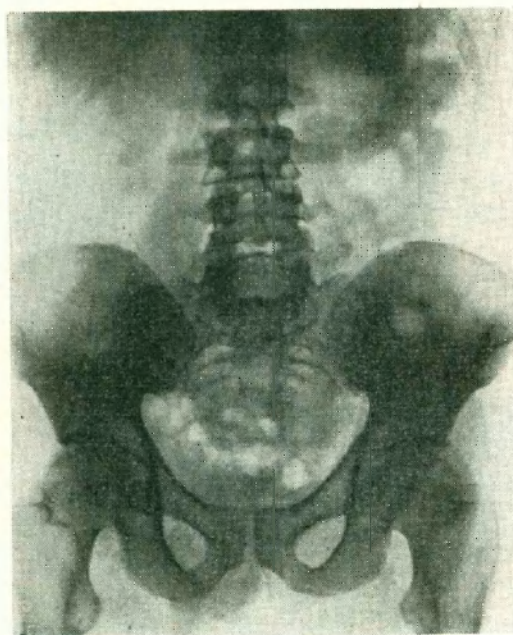


Fig. N° 9 — Observ. N° 6
Urograma 28-VII-47

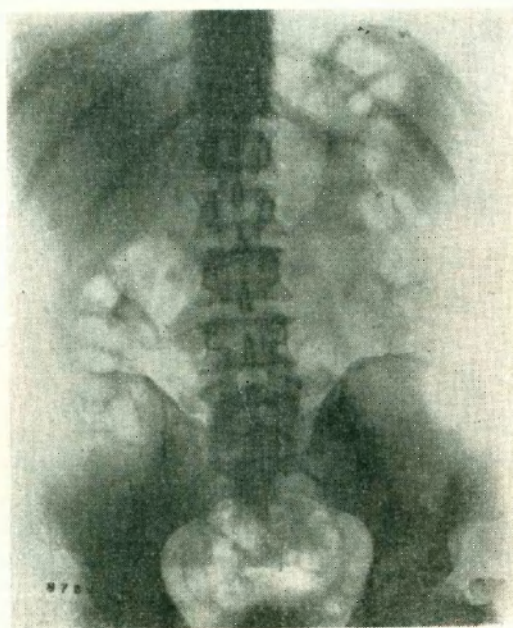


Fig. N° 10 — Observ. N° 7
Urograma 13-III-47

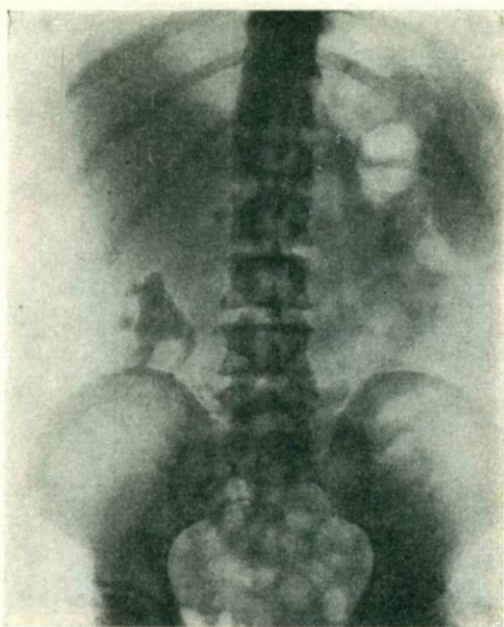


Fig. N° 11 — Observ. N° 7
Urograma 19-IV-47

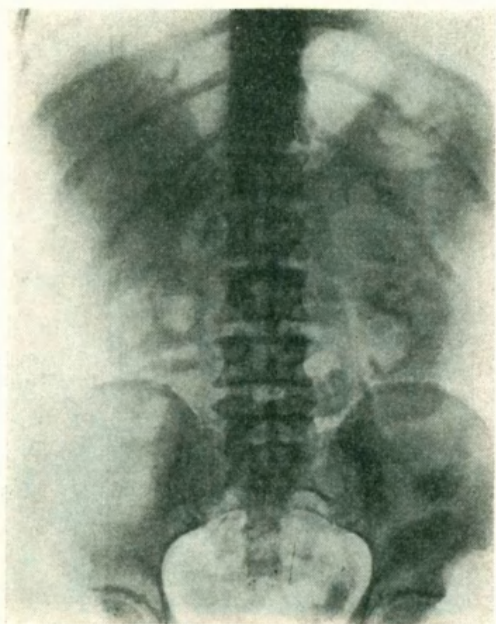


Fig. N° 12 — Observ. N° 7
Urograma 10-X-47

eliminación en el lado derecho. En el momento actual mueve su intestino cada 4 horas de día y una vez en la noche; periódicamente presenta dolor en la región lumbocostal derecha con hipertermia.

Observación N° 8. — Hist. Serie CCCIX N° 17 — A. C., 46 años.

Antecedentes enfermedad actual: Polaquiuria intensa. Hematuria total con coágulos.

Examen cistoscópico: Tumor infiltrado que ocupa la casi totalidad de la vejiga.

Examen radiográfico previo a la operación: Buena eliminación en ambos lados con dilatación pielocalicial bilateral.

Operación: El día 11 de Febrero de 1947 se lleva a cabo la neostomía del lado derecho.

Evolución: El enfermo sale con intenso shock de la sala de operaciones, falleciendo al día siguiente.

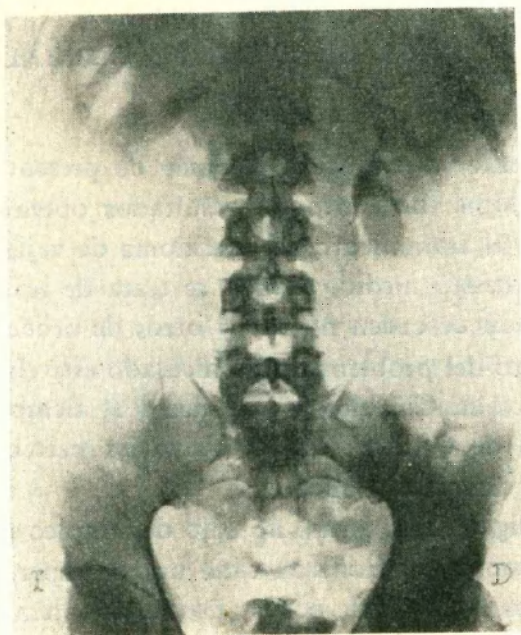


Fig. N° 13 — Observ. N° 9
Urograma 5-VIII-47

Observación N° 9. — Hist. Serie CCCXXXIII N° 23 — R. B., 43 años.

Antecedentes enfermedad actual: Dolor durante toda la micción con polaquiuria. Hematuria terminal.

Examen cistoscópico: Tumor infiltrado de hemivejiga izquierda con invasión del cuello.

Examen radiográfico previo a la operación: Dilatación y escasa eliminación pelvicalicial izquierda. En el lado derecho normal (fig. N° 13).

Operación: El día 13 de Agosto se realiza la uréterosigmoideoanastomosis bilateral en una sola sesión.

Evolución: Alta a los 15 días con buen estado general. Evacúa su intestino cada 3 horas de día y de noche. Sigue en buenas condiciones dos meses después.