

LA DERIVACION DEL URETER EN EL CANCER DE VEJIGA

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD y A. PUJOL

La presentación de esta comunicación responde a nuestro deseo de transmitir los resultados obtenidos, rodeándonos de la mayor sinceridad científica; en ella comentamos las dificultades que se presentaron, las complicaciones que sobrevinieron y también los fracasos, éstos encierran siempre una honda experiencia, útil para el porvenir. El número total de enfermos tratados es exiguo, en su gran mayoría no fueron pacientes hospitalizados, hecho este explicable si se tiene en cuenta que actuamos en un servicio que recién se habilitó a fines de julio del corriente año, no obstante haber podido internar algunos enfermos en el servicio de cirugía general gracias a la gentileza del Prof. Arnaldo Yódice.

Haremos la exposición de los hechos según su importancia desde el punto de vista que se relaciona únicamente con la derivación ureteral, a pesar de que muchas observaciones presentaron una rica fuente de experiencia en muchos otros aspectos; consideramos que es oportuno esta aclaración para que no sorprenda la aparente brevedad de alguno de los casos clínicos aquí expuestos.

El orden en que aparecen las observaciones que comentamos, no es arbitrario, sino que responde a una distribución cronológica con relación a nuestra conducta terapéutica que ha ido sufriendo las modificaciones lógicas, impuestas por las exigencias de cada uno de los hechos clínicos observados en el decurso de la corta serie de enfermos.

Caso clínico N° 1. — M. E., argentino; 37 años, obrero; soltero.

Enfermedad actual: Se inició con una serie de hematurias profundas y caprichosas que afectaban el estado general.

Estado actual: La panendoscopia y los estudios radiográficos nos indujeron a considerar que se trataba de una lesión maligna de vejiga, con escasa infiltración.

Tratamiento: El 1er. tiempo de la conducta terapéutica fué tratar de realizar una cistectomía parcial porque nos inducía a ello la aparente limitación de las lesiones endoscópica y radiográficamente juzgadas; pero la exploración visual y manual de la vejiga a cielo abierto, contraindicó por completo tal conducta a causa de la profunda y extensa infiltración de la propia vejiga y los tejidos perivesicales. Por lo cual se cierran los planos, resueltos a la ectomía total del órgano. Como 2º tiempo se practica una derivación uréterosigmoidea extraperitoneal del lado derecho 13-V-946, con una tolerancia perfecta. Emisión de orina por el recto recién el día 22-V-946. Enfermo apirético. 3er. tiempo, derivación uréterosigmoidea extraperitoneal izquierda 14-VI-946, tan bien tolerada como la primera. Sin embargo, el estado general fué empeorando continuamente y aparecieron los signos de caquexia, imputables más bien a la lesión neoplásica en sí que no a los efectos directos del implante ureteral; sostenemos esta opinión por cuanto la orina recogida por sonda rectal se presentaba como elemento de juicio de una satisfactoria función renal. 4ª intervención, 28-VI-946, cistectomía total, el enfermo fallece a los 3 días después, 2-VII-946. Realizada la autopsia se extraen los uréteres con la porción correspondiente del intestino, esa pieza demostró una excelente anastomosis.

Caso clínico N° 2. — C. P., italiano; 72 años; jubilado; viudo.

Enfermedad actual: Hace 2 años se le diagnosticó una neoplasia vesical maligna declarada inoperable.

Estado actual: Enfermo en caquexia neoplásica avanzada, gran sufrimiento vesical. Dilatación de la vía excietoria derecha.

Tratamiento: 1º Intervención: Nefrostomía derecha muy bien tolerada. Notable mejoría del estado general.

2º Intervención, 13-IX-946: Derivación ureterosigmoidea extraperitoneal izquierda; la evacuación de orina por el recto se establece a las 24 horas. Fallecimiento 13-I-947, en un estado de gran consunción neoplásica.

El saldo útil que nos dejaron estos 2 primeros enfermos fué favorable si se lo considera desde el punto de vista derivación ureteral; a pesar del miserable estado general de los pacientes la derivación fué tolerada muy bien.

Caso clínico N° 3. — R. F., argentino; 52 años; educacionista; casado.

Enfermedad actual: Hematurias profusas que ponen en peligro la vida del paciente. anemia intensa 2.000.000 de glóbulos rojos. Por endoscopia se aprecia una gran tumoración que abarca toda la hemivejiga derecha y el cuello del mismo lado. Polaquiuria y tenesmo violento. Cardiopatía crónica compensada.

Tratamiento: 1º Intervención: Derivación del uréter derecho, no se consigue atraer el asa sigmoidea por meso retraído, por esa causa se efectúa la ureteroanastomosis cecal. El resultado fué bueno, sedación sorprendente del dolor. Insuficiencia cardíaca aguda, fallecimiento al 5º día.

Caso clínica N° 4. — S. S.

Enfermedad actual: Neoplasia muy avanzada de la vejiga con gran sufrimiento del órgano. (Esta historia clínica motiva la comunicación de los Dres. R. de Surra Canard y R. Roccatagliata a propósito: "De la evolución del uréter transplantado en el intestino en el cáncer de la vejiga").

Se le ofrece a este enfermo la derivación como cirugía del dolor.

Estado actual: Cáncer inoperable de vejiga por pericistitis neoplásica y adenopatías.

Tratamiento: Derivación ureterosigmoidea del lado derecho, extraperitoneal; enfermo api-

rético, tolerancia perfecta. A los 15 días derivación del lado izquierdo también sobre el asa sigmoidea, muy buena tolerancia. Pequeña celulitis del espacio de Bogros a los 12 días, que no impidió que el enfermo reanudara parte de sus actividades.

Caso clínico N° 5. — F. F., español; 52 años; casado; cartero.

Enfermedad actual: Polaquiuria desde hace varios meses, disuria y hematuria.

Estado actual: Tumor emplazado sobre la zona yuxtaureteral derecha del tamaño de una mandarina, infiltrado y sesil.

Tratamiento: 1º Intervención 15-VII-946: Derivación ureterosigmoidea derecha con un postoperatorio inmediato magnífico, a los 12 días, sin embargo, se produce una fístula urocutánica. Por propia exigencia del enfermo que había experimentado un notable alivio de su padecimiento vesical, se interviene del lado izquierdo; derivación del uréter sobre el asa sigmoidea, postoperatorio inmediato muy bueno, pero a los 10 días se produce un flemón y luego celulitis supurada del Bogros que culminó con una fístula uroestercoracea.

En cuanto a la cesación del dolor el resultado fué óptimo, la fístula evolucionó hacia la curación espontánea. El enfermo fallece a los 4 meses de operado sin sufrimiento y en caquexia neoplásica.

Caso clínico N° 6. — V. T., argentino; 66 años; obrero; viudo.

Enfermedad actual: Hematurias caprichosas iniciadas hace 1 año, crisis de retención aguda por coágulos.

Estado actual: Buen estado; peso 95 kilos; orinas hematóxicas, polaquiuria intensa y tenesmo vesical. A la endoscopia se localiza una gran tumoración que ocupa hemivejiga izquierda y cuello vesical. El estudio radiográfico nos informa sobre una ausencia casi completa de la función del riñón izquierdo. La radiografía por enema revela la presencia de un proceso infiltrativo del asa sigmoidea encargada de servir de reservorio, su luz está disminuída y el asa misma retraída en su meso.

Tratamientos 1º Intervención, en atención a la alteración del asa sigmoidea manifestada radiográficamente intentamos deliberadamente el reimplante ureterocecal pero no fué posible realizarlo por presentarse el ciego fijo por adherencias de una parte y por otra el uréter estar muy dilatado; estas 2 razones nos determinaron a llevar a cabo una ureterostomía cutánea. El postoperatorio transcurrió con algunos trastornos funcionales transitorios. 2º Intervención, la infiltración del asa sigmoidea y la dilatación del uréter izquierdo nos decidieron aquí también a efectuar una ureterostomía cutánea. Postoperatorio normal. 3º Intervención cistectomía total, posoperatorio normal, alivio completo del dolor vesical después de la segunda intervención y gran mejoría del estado general.

Caso clínico N° 7. — C. T., español; 53 años; metalúrgico; casado.

Enfermedad actual: Inicióse hace 1 año y medio con hematurias, le fué diagnosticado un tumor vesical y se le efectuó por esa causa una cistectomía parcial.

Estado actual: Recidiva del proceso tumoral sobre la vecindad de la neoplásia anterior.

Tratamiento: 1ª Intervención: Derivación ureterosigmoidea intraperitoneal del lado derecho, estuvimos obligados a adoptar esta conducta por presentar el enfermo una cicatriz adherente de una peritonitis apendicular anterior. 2ª Intervención, la gran dilatación y atonía del uréter nos decide por una ureterostomía cutánea del lado izquierdo. Postoperatorio normal. Resultado funcional excelente.

Caso clínico N° R. — L. M., argentino; 47 años; chauffeur de taxi; casado.

Enfermedad actual: Tumor vesical pequeño implantado en el hemitrigono izquierdo.

Estado actual: Enfermo en muy buenas condiciones preoperatorias.

Tratamiento: 1ª Intervención: Derivación ureterosigmoidea derecha que fracasa de inmediato, el enfermo pierde orina por la herida operatoria, se le coloca una sonda Pezzer. 2ª Intervención: derivación ureterosigmoidea izquierda, el resultado es perfecto durante 13 días al cabo de los cuales se presenta una celulitis que acarrea como consecuencia una fistulización uroestercorácea. Estas complicaciones no se explican como causa de la técnica operatoria. A pesar de las fístulas se ejecuta la cistectomía total sin tropiezos; queda pendiente la corrección espontánea o quirúrgica de la fístula estercorácea izquierda, ya que la pérdida de orina por las heridas operatorias serían aceptadas como definitivas, a pedido del enfermo, por resultarle más aceptable a su profesión de chauffeur de taxi, la recolección ortopédica de la orina, que la imposición de evacuar el intestino con ciertos intervalos.

Caso clínico N° T. — J. L., 62 años; español; empleado; casado.

Enfermedad actual: Hematurias repetidas motivaron su consulta.

Estado actual: Uretrocistoscopia, vejiga en columnas, divertículo de regular tamaño. Cuello infiltrado en todo su perímetro, ulcerado en partes y cubierto de mamelones neoplásicos. Se practica una biopsia que nos indica tratarse de un epiteloma paramalpigiario.

Tratamiento: 1ª Intervención: se intenta una derivación ureterosigmoidea derecha pero resultó imposible porque el asa estaba fija y no fué posible movilizarla y atraerla al sitio conveniente; decidióse en consecuencia hacer una ureterostomía cutánea. Postoperatorio normal. 2ª Intervención: Derivación ureterosigmoidea izquierda sobre el asa misma; se produce eliminación de orina por el recto a los 5 días. Postoperatorio normal. Alivio completo del sufrimiento vesical, perfecta tolerancia de la orina por parte del recto.

Caso clínico N° 10. — L. B., español; 73 años; casado; mecánico.

Enfermedad actual: Hace 3 años se le diagnosticó un tumor vesical que se juzgó inoperable. Ha vivido durante todo este tiempo torturado por sus dolores vesicales los que actualmente alcanzan los límites de lo intolerable.

Estado actual: Orinas hematóricas. Tumorción vesical perceptible a la palpación bimanual. Se extrae una biopsia del tumor que ocupa casi toda la vejiga.

Tratamiento: 1ª Intervención: Derivación ureterocutánea deliberadamente en procura de una operación mínima, conducta prudente, como lo demostró durante el acto operatorio la gran dilatación del uréter derecho y la hematuria exvacuo de los primeros días. Posoperatorio sin anomalías. La angustia y el gran dolor han desaparecido en casi el 70 % con la primer intervención derivatoria. 2ª Intervención: Ureterostomía cutánea izquierda por las mismas razones ya expuestas para el lado derecho. Posoperatorio normal.

Estado de caquexia muy avanzado, el enfermo a los 15 días después de operado, fallece.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Hemos vertido en las líneas que anteceden nuestra muy modesta experiencia en materia de derivación de la orina a través del implante uretérico ya sea al intestino, toda vez que ello ha sido posible, ya sea a la piel. Estamos satisfechos de los resultados obtenidos a pesar de algunos tropiezos. Consideramos

que estos últimos se deben a detalles tácticos y técnicos que la ulterior experiencia ha de ir corrigiendo. La vía extraperitoneal nos satisface ampliamente y ha sido la técnica que hemos adoptado de preferencia; creemos en este sentido que las consecuencias de la fistulización ofrece menos riesgos cuando se utiliza el procedimiento extraperitoneal. La manera de evolucionar la fístula estercorácea nos induce a preferir también esta vía de abordaje. Es nuestra opinión que la operación segmentada en varios tiempos significa un escaso riesgo operatorio para el enfermo. Si bien es cierto que el objetivo principal de la derivación lo constituye la posibilidad de extirpar ulteriormente el reservorio urinario, la acalmía que experimenta el enfermo cuando se anula la vejiga, es tan evidente que se puede decir que el trasplante del uréter silencia el padecimiento vesical y en este sentido este procedimiento operatorio ingresa al grupo de intervenciones destinadas a combatir el dolor. A pesar de los éxitos con que cuenta, en manos ajenas la uréterocecostomía, consideramos que existen razones de índole anatomofisiológicas para dar la preferencia al segmento sigmoideo, como cavidad receptora de la orina.

Es indispensable, en la medida de lo posible, tener un conocimiento cabal de la anatomía y función del colon, realizado en el preoperatorio para evitar sorpresas en el acto quirúrgico y como consecuencia ejecutar una operación diferente a la ofrecida al paciente.

De lograr un máximo de seguridad en este tiempo de la cistectomía total, se ha de poder ofrecer al paciente, afectado de un cáncer que no perdona y martiriza, una cirugía que debe ser muy precoz si quiere tener en su haber supervivencias de más de cinco años.
