

Hosp. Alvear. Serv. de Urología. Sala VI.
Jefe: Prof. Adj. Dr. Armando Trabucco.

RESULTADOS ALEJADOS DE LA CISTECTOMIA TOTAL POR CANCER DE LA VEJIGA CON DERIVACION CUTANEA DE ORINAS

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y FERNANDO J. MARQUEZ

Abocados desde hace años a buscar una solución al problema de la cura radical del cáncer de la vejiga por intermedio de la cistectomía total, encontramos que el riesgo de vida no depende en realidad de la intervención quirúrgica en sí, sino en el mantenimiento de la asepsia renal.

La derivación alta de la orina es pues el punto que aún no ha sido resuelto satisfactoriamente, desde el momento que toda derivación significa una solución antifisiológica y ese es el motivo que nos priva de la ayuda orgánica en la defensa contra la infección.

Puede ser que parezca muy terminante este concepto, pero, basados en nuestra estadística de estos cuatro últimos años, no hemos observado sino una muerte por metástasis y la gran mayoría de los decesos se debieron a procesos infecciosos renales.

Considerando, pues, el problema, desde el punto de vista inflamatorio más que evacuador, nos hemos dedicado en lapsos de un año a las distintas derivaciones altas de la orina y hemos agrupado a los portadores de neoplasias vesicales pasibles de ser tratadas por la cistectomía total, en tres grupos de acuerdo al estado reno-ureteral según el estudio radiográfico excretor.

El primer grupo, que podríamos llamar intestinal puro, es el que presenta imágenes urográficas sin dilatación ureteropielocalicial ni lesiones de pielonefritis, pudiendo incluir en este grupo las pequeñas distonias ureterales pelvianas atribuibles a la invasión neoplásica de la porción intramural del uréter.

El segundo grupo o cutáneo puro, está constituido por enfermos que presentan dilatación franca reno-ureteral con o sin signos radiográficos de pielonefritis ascendente y acompañados o no de insuficiencia renal.

Por último, el tercer grupo, es el que está constituido por aquellos pacien-

tes que presentan discretas dilataciones con atonía ureteropielocalicial y con pequeñas lesiones de pielonefritis uni o bilateral pero con buena suficiencia renal.

En los enfermos del primer grupo hemos efectuado el abocamiento intestinal por vía intraperitoneal, en los del segundo grupo el abocamiento cutáneo por vía ilíaca y en el tercer grupo hemos practicado la derivación intestinal extraperitoneal o la cutánea, siendo este grupo, el más numeroso por cierto, el que nos dió la pauta de las ventajas de una derivación sobre otra.

De acuerdo a la conducta que nos dispusimos seguir, es decir, cual derivación es la preferible al practicar una cistectomía total por cáncer, y considerando que esta intervención debe ser solamente el último recurso para la curación del enfermo, hemos debido tener en cuenta varios factores generales que merecen ser considerados detenidamente.

Recordemos que nos inclinamos a efectuar la cistectomía solamente en aquellos enfermos que presentan tumores malignos e infiltrantes o recidivantes cuyo estudio previo nos revela la malignidad tumoral.

En estas condiciones los enfermos se presentan con signos visibles de la impregnación tóxica neoplásica manifestados por discretas o graves insuficiencias orgánicas, donde sobresalen la hepática, renal y hemocitopoyética y siendo menos demostrables la cardíaca y pulmonar.

Es necesario pues, agotar los estudios clínicos y de laboratorio para descartar dichas lesiones y hacer el pre-operatorio tan estricto y prolongado como sea necesario para cubrir tales fallas orgánicas, recordando siempre que aún en la mejoría clínica no vamos a llegar a obtener un estado que nos permita intervenir con toda tranquilidad, siempre tendremos, en las neoplasias, el riesgo de los desequilibrios que nosotros hemos solucionado en parte, pero que aparecen ante el menor trauma orgánico.

Por lo tanto, hay que agotar el estudio de hígado y riñón, recordando que el primero es el que tiene que soportar directamente la absorción de los desechos orgánicos tumorales u operatorios, y el segundo es el eliminador que actuará en inferioridad de condiciones por la evacuación antifisiológica a que lo someteremos.

La medicación de protección hepática hecha a base de proteínas de molécula chica, preferentemente la colina y metionina, la glucosa, el complejo B y el extracto de hígado crudo debe figurar sistemáticamente en todo pre-operatorio del neoplásico vesical.

A esto debemos agregar un acabado y completo estudio morfológico y químico de la sangre para corregir las alteraciones que se encuentren siendo la más frecuente la anemia y la hipoprotidemia. A la medicación comentada anteriormente se agregará las pequeñas transfusiones en las que debe evitarse el shock grande o pequeño, motivo por el que nos oponemos al uso sistemático de la morfina pre-transfusional.

Hasta aquí hemos considerado la preparación del organismo que debe sufrir una intervención quirúrgica de la magnitud de la cistectomía. Consideremos ahora que esos órganos con funciones alteradas por la impregnación neoplásica deben soportar durante 6 u 8 días un cambio fundamental en su fisiología, pues el paciente no se alimenta ni se hidrata bien y además debe habituarse a un órgano de la capacidad eliminadora de tóxicos como el riñón a actuar diferentemente. Recordemos que todo órgano ante cualquier injuria cesa en su función en un lapso tanto más corto cuanto más cerca de la normalidad se halle, y nosotros, en los neoplásicos que tengan como única solución la cistectomía total, no dispondremos nunca de un riñón que se amolde antes de 4 ó 5 días a la neo función. Entonces, considerando que debemos proteger al hígado, disminuyendo la superficie de absorción operatoria y tener exacto control de la función renal es que nos inclinamos a la derivación cutánea, pues evitamos por un lado la gran cavidad peritoneal con su enorme superficie de absorción y por el otro mantenemos accesible al riñón para hacer el tratamiento indicado de acuerdo a las necesidades post-operatorias.

Además hay otra causa que nos inclina a este tipo de derivación y es el acortamiento del tiempo operatorio con una consecuencia importante, la posibilidad de cistectomizar y derivar en el mismo acto quirúrgico.

Todos los que tengan experiencia en el tratamiento de las neoplasias vesicales pasibles de cistectomía total reconocerá con nosotros que muy pocos son los enfermos que llegan a la cistectomía después de una o dos intervenciones urológicas preparatorias, ya sea por accidentes en ellas o porque la invasión extravesical es tal, que impide la cistectomía.

Respecto a la intervención quirúrgica en si, debemos manifestar que no nos hemos limitado a una técnica determinada, sino que hemos usado varias y también en varios tiempos operatorios, siempre con el fin de obtener una noción más completa y acabada respecto a las modificaciones fisiopatológicas que se producen en una derivación alta de orinas. Así pues, pudimos ver que los trastornos orgánicos generales provocados por la derivación doble no es prácticamente agravado por la cistectomía en el mismo acto operatorio, tanto menos cuanto menos shockante sea la derivación.

En lo que se refiere al tratamiento post-operatorio mediato hemos sido lo más uniformes posibles habiendo procedido en este sentido con idéntica orientación en el pre-operatorio y por fin en el post-operatorio inmediato y alejado las indicaciones fueron efectuadas de acuerdo al tipo de derivación practicada, teniendo siempre como norte el tratamiento preventivo y curativo de la pielonefritis ascendente, desde el momento que, de acuerdo a la histofisiopatología del uréter la evacuación está tan modificada en la derivación intestinal como en la cutánea, modificación perfectamente visible en los estudios

urográficos excretorios post-operatorios y provocados por las lesiones nerviosas atribuibles a las maniobras de liberación ureteral y a las reacciones cicaticiales periureterales post-operatorias.

CASO Nº 1. — F. M., 55 años, empleado.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical sesil, infiltrante y ulcerada localizada por encima del meato ureteral izquierdo.

Diagnóstico radiográfico: Neoplasia vesical de pared lateral izquierda que desvía la uretra posterior hacia ese lado. Falta de relleno de las 2 a 7 horas. *Urograma:* dilatación discreta de uréter y pelvis bilateral, con discretas lesiones de pielonefritis.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo con derivación cutánea de orinas, por vía suprapúbica.

Diagnóstico anatomopatológico: B. 80. Epitelioma macizo con células muy embrionarias, sin estructura organoide aparente, con elementos plasmodiales y con mitosis atípicas. Grado 4 Broder.

Evolución: Pielonefritis con perinefritis supuradas bilaterales, que provocan la muerte a los cinco meses de intervenido. (Este enfermo no concurrió a Consultorio Externo hasta los 4 meses de haber sido operado, haciéndose él mismo los cambios de sondas ilíacas).

CASO Nº 2. — A. C., 44 años, albañil.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical recidivante, sesil, infiltrante con hematurias frecuentes e intensas y con localización en techo de vejiga yuxtacervical en cicatriz de cistectomía parcial anterior.

Diagnóstico radiográfico: Neoplasia vesical infiltrante, localizada en techo yuxtacervical. *Urograma:* Hidronefrosis con dilatación ureteral doble, signos de pielonefritis.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo con derivación cutánea de orinas, por vía suprapúbica.

Diagnóstico anatomopatológico: 716. Vejiga: Epitelioma infiltrativo que destruye la pared muscular, grado 4 de Broder. *Próstata:* Proliferación glandular con infección periacinosa y algunos núcleos proliferativos carcinomatosos.

Evolución: A los 8 meses de operado, se encuentra bien, habiendo iniciado tareas livianas en el comercio.

CASO Nº 3. — A. G., 62 años, conductor.

Diagnóstico radiográfico: Neoplasia vesical infiltrante que ocupa trigono y parte inferior de cara anterior, lateral derecha e izquierda. *Urograma:* Muy deficiente función renal derecha, ausencia de función renal izquierda.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical localizada en trigono que invade cuello y ambos meatos ureterales, sesil y ulcerada.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo con derivación cutánea de orinas, por vía perineo abdominal.

Diagnóstico anatomopatológico: 379. Epitelioma papilífero infiltrante.

Evolución: Lleva tres años de intervenido, estando en muy buen estado general y haciendo él mismo las curaciones y los cambios de sondas.

CASO Nº 4. — J. M., 51 años, panadero.

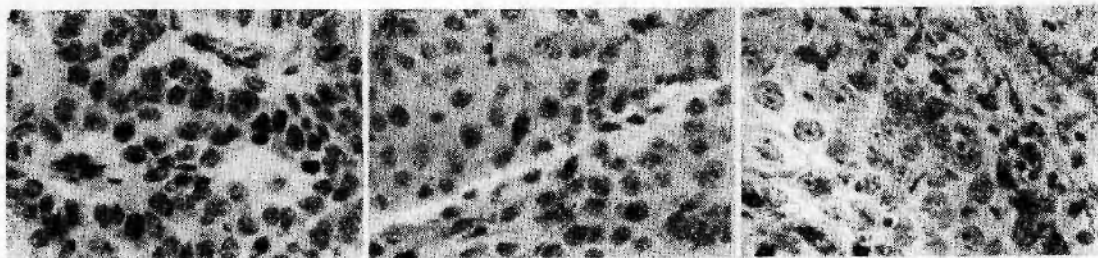
Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que ocupa pared lateral izquierda trigono, cuello e invade uretra posterior englobando ambos meatos ureterales. Uremia: 1 gr. $\%$.

Diagnóstico radiográfico: Formación proliferante e infiltrante de vejiga que ocupa la pared lateral izquierda, cuello, trígono, parte inferior de pared lateral derecha e invade uretra posterior. *Urograma:* Ausencia de función renal bilateral; a los 60 minutos no se observa sustancia opaca en vejiga.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía por vía perineoabdominal en un tiempo con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: 432. Epitelioma infiltrante grado 4 con numerosas mitosis atípicas y gran anaplasia celular.

Evolución: Enfermo en perfecto estado general, lleva 2 años y 8 meses de su interven-



Caso No. 2

Caso No. 3

Caso No. 4

ción quirúrgica, tolerando sin inconvenientes la derivación cutánea de orinas y efectuándose él mismo las curaciones y cambios de sondas.

CASO Nº 5. — V. A., 56 años, electricista.

Diagnóstico clínico: Epitelioma vesical que ocupa trigono, cara lateral derecha, cara lateral izquierda, techo e invade uretra posterior, de tipo proliferante.

Diagnóstico radiográfico: Formación proliferante vesical que ocupa la cara lateral derecha, izquierda, trigono y cara anterior en foma de anillo pericervical de unos 8 ó 9 centímetros de ancho. *Urograma:* Buena función renal bilateral con discreta dilatación ureteropileocical.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía por vía perineoabdominal en un tiempo con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: 482. Epitelioma papilífero e infiltrante. Grado 3.

Evolución: Enfermo en muy buen estado general, lleva 2 años y 10 meses de intervenido, tolerando perfectamente la derivación cutánea. Hace 8 meses aparece un nódulo indoloro y fijo localizado en el músculo recto anterior del abdomen a nivel de la parte media de la línea xifoumbilical y cuya biopsia reveló epitelioma a células muy indiferenciadas pero con pocas mitosis, lo que se confirma por la lenta evolución que lleva.

CASO Nº 6. — A. G., 54 años, carnicero.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que ocupa la pared lateral izquierda de la vejiga, irregular, ulcerada, móvil en parte pero adherida netamente a la pared por pedículo grueso y edematoso, ocultando en meato ureteral de ese lado y que invade trigono pero respeta el cuello vesical.

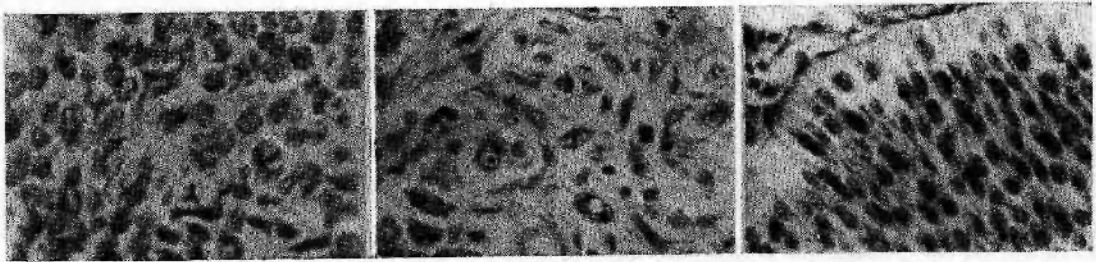
Diagnóstico radiográfico: Formación neoplásica de la vejiga que destruye la pared lateral izquierda y trigono. *Urograma:* Muy discreta función renal bilateral no visualizándose uréteres

ni pelvis renales. La escasa substancia acumulada en vejiga nos revela la desaparición de la hemivejiga izquierda.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo por vía abdominal con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: 683. Marcada anaplasia del tejido epiteliomatoso cuyo tipo paramalpighiano permite afirmar su origen vesical con numerosísimas mitosis típicas y que se clasifica como epiteloma infiltrante endo y exofítico de malignidad 4 de Broder.

Evolución: El postoperatorio inmediato fué borrascoso hasta que se consiguió levantar el estado general. En estos 8 meses que lleva de operado ha soportado bien la derivación cutánea.



Caso No. 5

Caso No. 6

Caso No. 9

Hace un mes se ha encontrado una metastasis a nivel del recto en la que aún no se ha hecho biopsia.

CASO Nº 7. — C. G. A., 53 años, cocinero.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que ocupa toda la pared lateral izquierda e invade cuello, de aspecto cerebriforme y fácilmente sangrante.

Diagnóstico radiográfico: Vejiga con pared lateral izquierda acartonada e irregular que desplaza el órgano hacia la derecha. *Urograma:* Buena función renal derecha con discreta hidronefrosis; en lado izquierdo no hay buena visualización de pelvis ni cálices.

Intervención quirúrgica: Derivación cutánea de orinas y en segundo tiempo prostatovesiculocistectomía por vía suprapúbica.

Diagnóstico anatomopatológico: 239. Epiteloma mesofítico infiltrante. Grado 4.

Evolución: El enfermo tolera bien la derivación y evoluciona normalmente hasta que hace metastasis pulmonar y en húmero derecho, falleciendo a los 7 meses de operado.

CASO Nº 8. — S. C., 60 años, comerciante.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que ocupa la pared lateral derecha englobando al meato ureteral de ese lado e invadiendo trigono, en un nefrectomizado derecho 7 años antes.

Diagnóstico radiográfico: Formación proliferante que asienta en la pared lateral derecha e invade trigono. *Urograma:* Buena función renal izquierda con dilatación uréteropielocalicial v sin lesiones pielonefríticas.

Intervención quirúrgica: Derivación cutánea de orinas y prostatovesiculocistectomía.

Diagnóstico anatomopatológico: 615. Epiteloma papilífero infiltrante con zonas de marcada anaplasia. Grado 3.

Evolución: Derivación muy bien tolerada. El enfermo fallece a los 8 meses de intervenido por síncope cardíaco.

CASO Nº 9. — J. S., 53 años, comerciante.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que asienta en la pared lateral izquierda del tamaño de un pomelo y que fué sometida a radioterapia profunda.

Diagnóstico radiográfico: Formación proliferativa que ocupa la hemivejiga izquierda con reflujo ureteral derecho. *Urograma:* Buena función renal derecha con dilatación ureteropielocalicial y sin función renal izquierda.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía por vía abdominal en un tiempo con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: 675. Epitelioma papilífero con formaciones pseudoquisticas a contenido hemático y con infiltración submucosa de tejido neoplásico. Malignidad grado 2. Obsérvanse numerosas células metaplásticas conjuntivales.

Evolución: El post-operatorio hasta los 6 meses de operado es perfecto, habiendo reanudado sus actividades y efectuándose él mismo las curaciones y cambios de sondas.

CASO Nº 10. — D. G., 53 años, policía.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que asienta en pared lateral derecha que invade techo y trigono.

Diagnóstico radiográfico: Proceso proliferativo que ocupa la hemivejiga derecha. *Urograma:* Buena función renal izquierda con discreta dilatación ureteropielocalicial. No se observa función renal derecha.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía por vía suprapúbica en un tiempo con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: B. 334. Carcinoma muy anaplásico grado 4. Infiltración carcinomatosa de toda la pared vesical.

Evolución: El enfermo fallece a los 7 días de operado con cuadro de atrofia amarilla aguda de hígado.

CASO Nº 11. — P. G., 70 años, asilado.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical localizada en hemivejiga izquierda que invade trigono y engloba meato ureteral de ese lado.

Diagnóstico radiográfico: Proceso proliferativo que asienta en cara lateral izquierda de vejiga e invade trigono y bajo fondo. *Urograma:* Buena función renal bilateral, dilatación ureteropielocalicial doble.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo por vía suprapúbica con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: 395. Epitelioma infiltrante vesical. Grado 4.

Evolución: El enfermo fallece a los 5 días de operado con un proceso neumónico.

CASO Nº 12. — J. S., 45 años, obrero.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que ocupa pared lateral derecha, techo, trigono, bajo fondo y cuello.

Diagnóstico radiográfico: Formación proliferativa que ocupa la pared lateral derecha, invadiendo trigono y cuello vesical.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo por vía suprapúbica con drenaje perineal y derivación cutánea de orinas.

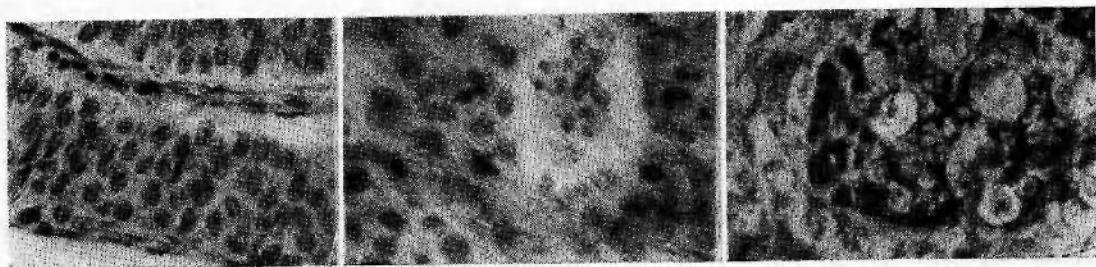
Diagnóstico anatomopatológico: 879. Epitelioma papilífero grado 3 con reacción inflamatoria perivascular.

Evolución: El enfermo soporta bien la derivación. Ha recuperado 5 kilos de peso.

CASO N° 13. — P. F., 50 años, Q. D.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que ocupa la pared lateral derecha, invadiendo trigono, cuello y uretra.

Diagnóstico radiográfico: Falta de relleno de hemivejiga derecha y cuello, con ureteropielectasia bilateral con predominio derecho.



Caso No. 12

Caso No. 13

Caso No. 14

Intervención quirúrgica: Cistectomía total por vía suprapúbica con drenaje vaginal, con derivación cutánea de orinas.

Diagnóstico anatomopatológico: 903. Epitelioma mesofítico muy invasor y ulcerado. Grado 4.

Evolución: La enferma tolera perfectamente la derivación. Ha recuperado su estado general.

CASO N° 14. — J. B., 51 años, ebanista.

Diagnóstico clínico: Neoplasia vesical que asienta en la pared lateral izquierda e invade trigono.

Diagnóstico radiográfico: Formación proliferativa que ocupa la pared lateral izquierda, invadiendo trigono y cuello vesical, con ureterectasia izquierda.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo con derivación cutánea de orinas y drenaje uretral.

Diagnóstico anatomopatológico: 849. Epitelioma endofítico macizo infiltrado. Grado 4.

Evolución: Enfermo en buen estado con gran recuperación de su estado general.

CASO N° 15. — C. R., 57 años, plomero.

Diagnóstico clínico: Formación neoplásica que asienta en trigono, ocultando ambos orificios ureterales e invadiendo la uretra posterior.

Diagnóstico radiográfico: Proceso proliferativo que ocupa el trigono e invade la pared lateral izquierda de la vejiga con ureterectasia bilateral.

Intervención quirúrgica: Prostatovesiculocistectomía en un tiempo con derivación cutánea de orina y drenaje uretral.

Diagnóstico anatomopatológico: 895. Epitelioma infiltrante endo y mesofítico. Grado 4.

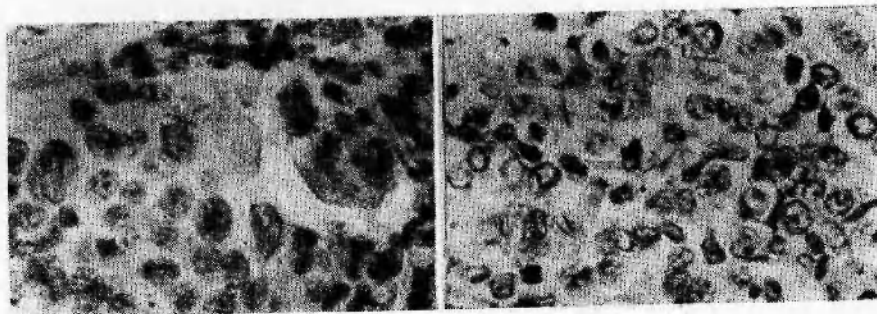
Evolución: El enfermo tolera bien la derivación, habiendo recuperado su estado general.

CASO Nº 16. — A. V., 53 años, obrero.

Diagnóstico clínico: Neoplasia que ocupa trigono, bajo fondo y pared lateral derecha con invasión de zona ureteral.

Diagnóstico radiográfico: Formación neoplásica que ocupa trigono y pared lateral derecha con buena función renal izquierda y derecha mala con dilatación.

Intervención quirúrgicas Prostatovesiculocistectomía en un tiempo con derivación cutánea de orinas.



Caso No. 15

Caso No. 16

Diagnóstico anatomopatológico: 840. Epitelioma papilífero infiltrante con marcada anaplasia y mitosis anómalas bipolares. Grado 4.

Evolución: Derivación muy bien tolerada. Enfermo en buen estado.

CONSIDERACIONES

Hemos hecho el estudio de 16 casos de cáncer de la vejiga donde la única solución terapéutica era la cistectomía total y que de acuerdo al estado reno-ureteral, era posible hacer la derivación de orinas.

En un solo enfermo efectuamos la derivación y cistectomía en dos tiempos y en tres pacientes fué necesario hacer la intervención combinando las vías perineal y abdominal.

Respecto al post-operatorio mediano e inmediato no hubieron grandes dificultades y los dos enfermos que perdimos en los primeros 15 días de intervenidos, fueron, uno por atrofia amarilla aguda de hígado, y el otro, por una neumonía.

El enfermo que falleció antes de los 6 meses de operado fué por una pielonefritis ascendente supurada que hemos atribuido a la falta de asepsia en los cambios de las sondas ureterales.

Nos quedan dos enfermos, que mueren antes del año de haber hecho la cistectomía, uno de ellos, por un síncope cardíaco, mientras que el segundo fallece por metástasis múltiples pulmonares y óseas, habiendo recidivado en la herida operatoria.

Los once enfermos restantes soportan bien la derivación, algunos de ellos se hacen personalmente los cambios de sondas y hay 5, uno de ellos albañil y otro comerciante que han reanudado sus tareas habituales, lo que nos da un porcentaje del 68.75 % de sobrevividas operatorias.

El estudio anatomopatológico de las piezas obtenidas quirúrgicamente nos reveló, malignidad del grado 3 de Broder en cinco enfermos y grado 4

PORCENTAJE DE SOBREVIDAS

<i>ENFERMOS OPERADOS</i>	16	
<i>VIVEN</i>	11	68.75%
<i>MUERTES ANTES DE 15 DIAS</i>	2	12.50%
<i>MUERTES ANTES DE 6 MESES</i>	1	6.25%
<i>MUERTES ANTES DE 1 AÑO</i>	2	12.50%

PORCENTAJE DE MALIGNIDAD Y SOBREVIDA

<i>VIVEN</i>	11	68.75%
<i>GRADO IV</i>	7	63.63
<i>GRADO III</i>	4	36.36

en 11, de los que fallecieron uno de los primeros y cuatro de los segundos, lo que nos da un porcentaje de sobrevividas del 63,63 % en los de grado 4 y 36,36 %, en los de grado 3.

CONCLUSIONES

- 1º — El abocamiento cutáneo permite la cistectomía y derivación en un solo tiempo por grave que sea el caso.
- 3º — Debe efectuarse como derivación de elección en los uréteres ectásicos.
- 3º — Debe efectuarse como derivación de elección en los uréteres infectados.
- 4º — Debe efectuarse como derivación de elección en los riñones insuficientes.
- 5º — Generalmente la derivación cutánea se soporta de manera satisfactoria pudiendo el enfermo reanudar sus actividades sociales.

DISCUSIÓN

Dr. Fort. — Deseo contribuir a este interesante trabajo con la aportación de algunos casos de mi experiencia personal en el tratamiento del cáncer infiltrante de la vejiga con la cistectomía en un tiempo.

Me inicié en la cirugía radical de esa afección hace unos años y, como todos, he ido salvando la etapa primera de la implantación extraperitoneal según la técnica de Priestley y en estos últimos años, he seguido la técnica de Dufaur publicada en la "Revue de Chirurgie".

No estoy de acuerdo en algunos aspectos con el Dr. Trabucco, sobre la implantación cutánea en los casos de urectasia, porque me ha repugnado siempre un poco el hecho de la implantación cutánea de los uréteres por los trastornos que trae aparejados para el enfermo tal situación.

En la cistectomía total, en el primer caso, he seguido la técnica de Iglesias de la Torre, que se publicó en los Archivos Cubanos de Urología. Se trataba de un paciente con un carcinoma infiltrante de vejiga, en discretas condiciones generales con una urectasia muy marcada. Se le practicó cistectomía total en un solo tiempo siguiendo la técnica mencionada. El resultado morfológico y funcional ha sido extremadamente satisfactorio. Al año de operado, la recuperación funcional es excelente. Este enfermo falleció a los dos años y seis meses de la operación.

El segundo caso de cistectomía total que intervine en un solo tiempo fué en un enfermo que estaba en mejores condiciones que el anterior. Seguí la técnica de Dufaur, quien en los uréteres normales hace la Coffey número 1 y en los ectásicos, la implantación directa sin tunelización. El resultado alejado a los seis meses muestra una discreta urectasia. Este paciente falleció al año por una metástasis pulmonar y ósea.

El tercer paciente, portador de un cáncer infiltrante, con insuficiencia renal marcada, me obligó a seguir la técnica de Cordonier, publicada en el "Journal of Urology" de este año, o sea, la implantación directa con sutura de mucosa a mucosa. Hicimos la cistectomía total en un solo tiempo. El uréter derecho estaba dilatado pero en un grado mínimo. En cambio, el uréter que correspondía al riñón excluido era un verdadero intestino. Se planteó el problema sobre lo que debía hacerse con ese uréter. Dedicimos seguir la técnica de Cordonier. Ese riñón que en el preoperatorio estaba excluido funcionalmente, comienza a eliminar. El enfermo, sin embargo, no tiene ningún síntoma de tipo pielonefítico, sino que experimenta dolor discreto como de distensión. El porvenir de ese riñón con este reflujo posiblemente lo llevará a la infección.

En conclusión, soy partidario de la cistectomía total en un solo tiempo según las técnicas descritas, pero en lo que se refiere a la urectasia, no creo que sea un inconveniente para su implantación en el intestino.

—Muestra radiografías de los casos citados.

Dr. Bernardi. — Deseo preguntarle al Dr. Trabucco si hace sistemáticamente la uréterocistectomía cutánea, aún en los casos sin mayor dilatación del uréter.

Dr. Vicchi. — Nosotros tenemos alguna pequeña experiencia en la derivación cutánea con uréteres muy dilatados y coincidimos plenamente con el Dr. Trabucco.

En algunos casos, hemos implantado uréteres dilatados al intestino con malos resultados. En cambio, el trasplante cutáneo nos ha permitido operar enfermos que prácticamente en otras ocasiones considerábamos como inoperables. Un paciente con 2,70 de urea fué llevado a la mesa de operaciones y la derivación cutánea permitió el equilibrio de la función renal, llevándolo a los dos meses de la intervención a una tasa de urea normal.

La derivación cutánea abre una posibilidad interesante. Nuestra experiencia hasta este momento coincide con el criterio expuesto por el Dr. Trabucco. Las dilataciones de uréteres muy grandes cuando las llevamos al intestino no nos ha dado resultado. En cambio, grandes bolsas de uréteres llevados a la piel, nos ha permitido actuar sobre pacientes que antes considerábamos como inoperables.

Dr. Rebaudi. — Coincido con lo expuesto por el Dr. Trabucco.

Cuando hay una dilatación grande de uréter e infección debe hacerse el abocamiento cutáneo del uréter. En los casos graves, la anastomosis debe hacerse cutánea, ya que es menos seria que la intestinal. Ultimamente, me ha tocado asistir un caso que tenía adherencias de toda la ese iliaca y del colon transverso, no figurando en los antecedentes nada intestinal. En ese enfermo, me vi obligado a hacer una implantación cutánea de uréter.

Sr. Presidente Dr. Mathis. — Dado lo interesante del tema, y para dar oportunidad de que todos puedan contribuir, podría dejarse abierta su discusión hasta la próxima reunión.

Es indudable que todos los casos presentados por el Dr. Trabucco, como la mayoría de los que operamos son limitados en el sentido de que la mayoría de ellos son tumores extraordinariamente avanzados. Lo ideal no es esto, sino el tratamiento precoz de los tumores, que es una de las bases de la cancerología.

Dr. Trabucco — Estamos en este problema desde hace muchos años. Nuestras primeras anastomosis intestinales, con uréteres dilatados, no dilatados, con uréteres atónicos, infectados y no infectados. De los casos de uréteres anastomosados al intestino, el que más ha vivido ha sido tres años y medio.

Cuando estos pacientes pasaban el postoperatorio, la muerte en el año era prácticamente la regla. Tuvimos una serie de fracasos postoperatorios, de muertes inmediatas por esta anastomosis; ello me movió a ver si en Estados Unidos tenían el éxito que indicaban las estadísticas. Y, como lo dije en el relato de mi viaje, encontré que allí setaban lo mismo que en Buenos Aires; tenían también fistulas estercoráceas, fistulas cutáneas y muertes por peritonitis. Quizá nosotros tengamos una mayor mortalidad debido a las condiciones operatorias de los hospitales municipales, que son deficientes por la falta de transfusiones oportunas y de vigilancia constante de los enfermos durante los 6 ó 7 primeros días siguientes a la intervención.

Esto me ha movido a hacer las anastomosis cutáneas en aquellos casos en que el uréter estaba condenado.

Es muy difícil llevar a la piel a un uréter normal, ya que éste con su estrechez obliga a dejar drenaje con una sonda ureteral que cuando se necrosa es muy difícil poder cateterizar.

Con respecto a la repugnancia a que hace mención el Dr. Fort de las implantaciones cutáneas de los uréteres, creo que no es tal, ya que es lo mismo que mover el vientre cada cinco minutos o como morirse de una pielonefritis al cabo de un año y medio. Los tres enfermos que mostré en mi trabajo hace 4 años que viven y no viven en achaque. Uno de ellos es electricista y se trepa a las escaleras para colocar las instalaciones. Otro de ellos, que fué operado hace un año y medio, era carnicerero y manejaba reses pesadas; como el negocio de carnicería no le iba bien, actualmente es estibador.

Cuando estos enfermos son medianamente inteligentes aprenden a sacarse la sonda, desinfectarla, lavarla y colocarla nuevamente. Pasan una vida en cierto modo, soportable.

Sabido es que la entrada de aire en el intestino significa que pueden entrar bacterias y hasta que ese uréter se adapte a soportar las bacterias intestinales tiene que pasar un período largo, que generalmente termina por una nefritis apostematosa, insoluble a la acción de los antibióticos.

Por eso, nos abocamos al problema de la derivación cutánea en estos enfermos, donde nos parece lógica la implantación de los uréteres a la piel.

Agradezco a los Dres. Rebaudi y Vicchi la contribución que coincide con nuestras observaciones.

Dr. Fort. — Quizá no he sido suficientemente explícito. No he querido desechar la indicación de la anastomosis cutánea del uréter.

Cordonier, que habla de 27 casos personales sin ninguna muerte operatoria ni inmediata, cree que es factible la implantación de uréteres dilatados al intestino sin los riesgos de la pielonefritis. El primer caso que relaté era un uréter del grosor del índice en franca asistolia. El resultado alejado muestra recuperación funcional y anatómica de las vías excetoras, lo que hace meditar un poco sobre este aspecto de los uréteres dilatados.

La pielonefritis tanto se observa en uréteres con paredes dilatadas como infectadas. No sé si Cordonier tendrá o no razón, pero entiendo que debemos hacer la experiencia con uréteres dilatados.