

## “CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ANASTOMOSIS URETERO-INTESTINAL, NUEVA MODALIDAD TECNICA”

Por los Dres. A. MOYA PRATS y L. CASAS WEHRLI

Relator Dr. ALFREDO A. GRIMALDI

La implantación uretero-intestinal, no es ya, una operación de excepción utilizada sólo por un número reducido de cirujanos. Cada día aumentan las indicaciones de este recurso terapéutico y esto ha venido a perfeccionar la técnica y a valorar los resultados.

En parte, los éxitos son debidos a los antibióticos que nos hacen posible llevar a término esta operación con un mínimo de riesgo infectivo. Pero hemos de ponderar esta ayuda justamente, no achacándole todos los éxitos y cargando los fracasos a la ausencia de dichas drogas. La técnica operatoria tiene un valor decisivo, y no hay duda de que las distintas modificaciones hasta hoy aportadas han mejorado mucho ya antes de la era antibiótica las estadísticas.

En la literatura mundial, entre otros autores, referiremos a Himan, que vió una paciente de diecisiete años a la que le fué practicada esta intervención a los cinco años conservando su morfología y funcionalismo renal perfectamente. Buchanan operó a un niño que fué visto por Witt en perfectas condiciones en edad adulta. Eald, Franck, Roux, Maydl, Allen, Von Eiselsberg, han publicado observaciones después de 9 y 10 años de operados, conservando una perfecta función renal. Higgins ha visto sus operados después de 10 y 15 años de la implantación sin mostrar signos de infección urinaria: aunque cita algunos casos en que se desarrolló una infección ascendente. El mismo criterio mantiene R. H. Flocks.

Convencidos de la importancia del detalle en este tipo de intervenciones hemos concebido unas modificaciones, que a nuestro juicio, permiten una mayor seguridad de los resultados y acortan el tiempo operatorio con lo que se disminuye la posibilidad de la infección peritoneal, no tan sólo por el menor tiempo expuesto a la contaminación, sino por que las extravasaciones

de líquidos sépticos en la cavidad peritoneal quedan virtualmente desaparecidos.

Los resultados inmediatos son excelentes, suprimiéndose la incontinencia en las fístulas vesico-vaginales y en la extrofia vesical; la hematuria y el tenesmo en el carcinoma vesical; la polaquiuria intensa en las vejigas retraídas por cistitis tuberculosas de otra naturaleza; en los accidentes traumáticos que inutilizan la vejiga y en los epispadias no corregibles por medios plásticos.

Hemos intentado resolver de la manera más simple los dos principales escolos en que se tropieza en la práctica de estas intervenciones: el fallo de la

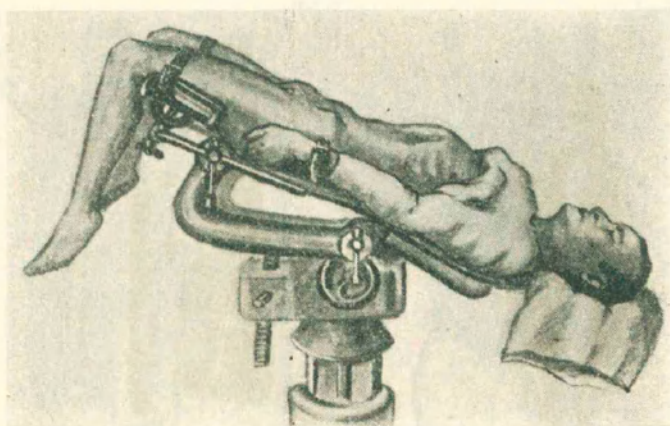


FIG. 1. — Posición del enfermo.

sutura con la peritonitis consiguiente y el reflujo ureteral. Pretendemos además, acortar el tiempo operatorio llevándolo a término de una manera totalmente libre de extravasaciones sépticas en la cavidad peritoneal.

Utilizamos la siguiente técnica:

A) Colocación del paciente en la mesa operatoria con sus extremidades inferiores apoyadas y fijadas en las musleras, de tal forma, que los muslos se mantengan siguiendo el eje del cuerpo y en abducción; las piernas en flexión (fig. 1).

B) Introducción por el ano de 25 cm. de un tubo de goma semirrígido de un calibre de 10 a 12 mm., con ambos extremos rectos. En el extremo destinado a ir alojado en el recto se le han practicado 10 orificios de dos milímetros de diámetro en una longitud de diez centímetros para permitir y facilitar la salida de los gases y líquidos (fig. 2).

C) Anestesia general etérea.

D) Preparación del campo operatorio.

E) Incisión de la pared abdominal en sus distintos planos (laparotomía media infraumbilical).

F) Posición de Trendelenburg.

G) Descubrir y poner de manifiesto el uréter disecándolo en la longitud que se precise. El extremo ureteral ha de conservar en lo posible su adventicia ya que la denudación del mismo con la consiguiente falta de irrigación vascular son la causa de necrosis y de fístulas.

H) Colocación de compresas de protección en el campo operatorio para evitar la contaminación del peritoneo por la extravasación de la orina séptica.

I) Ligadura del uréter en su extremo yuxtavesical y sección del mismo.

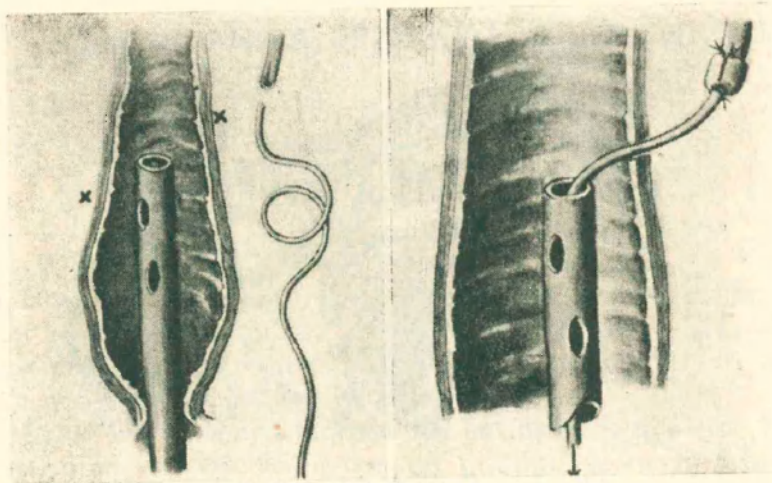


Figura 2

Figura 3

FIG. 2. — Corte esquemático de rectosigma en el que se aprecia el tubo rectal emplazado. Extremo distal del uréter en el que se observa la incisión longitudinal que permite la eversión del uréter en forma de puño de camisa. El tubo de polivinilo destinado al uréter. En "X" el punto de incisión para la implantación.

FIG. 3. — Muñón ureteral evertido en forma de puño de camisa; se aprecian los puntos de fijación del mismo. El catéter ureteral emplazado y fijado por un punto necrosante en la mucosa. El catéter ureteral pasa a través de la pared intestinal por la brecha anastomótica penetrando en el tubo rectal. La dirección de la flecha indica el sentido de la tracción para su colocación.

J) Introducción en el uréter de un tubo de polivinilo de 2 ó 3 mm. de calibre en un trayecto de unos 10 cm. (fig. 2).

K) Incisión longitudinal del uréter (12 mm.), y eversión de su extremo en forma de puño de camisa. Sutura de la misma (fig. 3).

L) Punto de fijación del tubo con la mucosa (punto necrosante).

LL) Reconocimiento del tubo rectal al tacto. Colocación del extremo interno por debajo del punto correspondiente a la anastomosis, mediante maniobras externas.

M) Incisión longitudinal de la pared del recto-sigma suficiente para permitir el paso del muñón ureteral. Es de interés recordar la elasticidad de la pared intestinal y por ello practicar la incisión mínima.

N) Introducción del catéter fijado al uréter por la incisión y por la luz del tubo rectal hasta que haga su aparición por su extremo externo.

O) Tracción por un ayudante del catéter ureteral una vez hecha su aparición por el extremo anal del tubo rectal. Tracción que se mantendrá hasta que el muñón del uréter quede colocado en posición correcta; hecho que también viene favorecido por el tubo rectal al permitir el apoyo de la pared del recto-sigma cercana a la incisión (fig. 3).

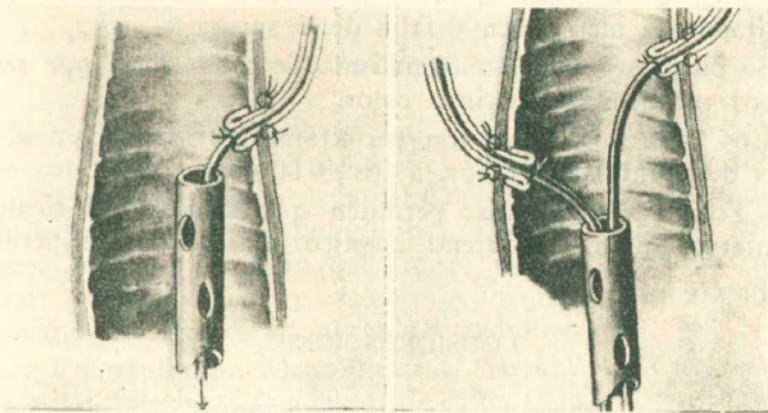


Figura 4

Figura 5

FIG. 4. — Muñón ureteral colocado en posición. El espesor del muñón lo mantiene en posición. Puntos de fijación de la adventicia ureteral a la pared intestinal (puntos no penetrantes).

FIG. 5. — Esquema que demuestra la situación en que queda la urétero-enterostomía bilateral.

P) Sutura de la adventicia del uréter al recto-sigma por puntos atraumáticos separados con las características antes mencionadas (fig. 4).

Q) Peritonización cuidadosa de la brecha anastomótica.

En los casos en que se precise la doble implantación ureteral, puede utilizarse la misma brecha rectal o bien se procede de igual modo que para el primero, pero habiendo retirado previamente unos centímetros el tubo rectal para facilitar la implantación e introducción del catéter (fig. 5).

Utilizando esta técnica, los pacientes cursan un post-operatorio extremadamente benigno sin apreciar una claudicación renal ni tampoco signos de sepsis.

Recapitulando las ventajas de la técnica, concluimos:

1. — Ser aplicable a cualquier vía operatoria.
2. — El tubo rectal permite reconocer el sigma a ciegas en las técnicas extra-peritoneales.
3. — El T. R. sirve de guía y conductor de los catéteres de polivinilo ureterales.
4. — El cateter ureteral sirve en el momento operatorio, para que tirando de él, se facilite la penetración del muñón en el intestino y la sutura.
5. — La presencia del T. R. evita las distensiones intestinales, facilitando la expulsión de gases y secreciones.
6. — Permite el T. R. la práctica de lavados antisépticos del recto.
7. — El C. U. conduce la orina al exterior, manteniendo seca la anastomosis, evitando la maceración y falla de la sutura.
8. — Se puede seguir el funcionalismo de cada riñón por separado utilizando tubos plásticos de distinto color.
9. — Los tubos ureterales son perfectamente tolerados y se desprenden por necrosis del punto de fijación a los 8-10 días.
10. — Todas estas ventajas permiten que se acorte el tiempo operatorio y se intervenga en un terreno aséptico. Las reacciones peritoneales son mínimas.

#### CONSIDERACIONES

Una vez más, es sometida a la consideración de esta sociedad una comunicación referente al siempre importante problema de la anastomosis uretero-intestinal. Los Dres. Moya Prats y Casas Wehrli, de Barcelona, nos hablan de una nueva modalidad técnica, porque, según sus palabras textuales, "*convencidos de la importancia del detalle en este tipo de intervenciones, hemos concebido unas modificaciones que, a nuestro juicio, permiten una mayor seguridad en los resultados y acortan el tiempo operatorio, con lo que se disminuye la posibilidad de la infección peritoneal, no tan sólo por el menor tiempo expuesto a la contaminación, sino porque las extravasaciones de líquidos sépticos en la cavidad peritoneal quedan virtualmente desaparecidos*".

Con su procedimiento quirúrgico, los autores creen haber conseguido salvar los inconvenientes más serios de esta operación: la peritonitis por fracaso de la sutura y el reflujo ureteral, con sus consecuencias.

Está fuera de lugar que, como relatores de este trabajo nos extendamos en consideraciones abusivas. La implantación del uréter al intestino, ha sido objeto de numerosas y bien documentadas comunicaciones a la Sociedad de Urología y la discusión del tema no ha dejado de plantearse con amplitud de criterio en todas las oportunidades. En cuanto a la bibliografía foránea, también es copiosa, abundando interesantes trabajos experimentales y clínicos, con profusa casuística, en las que se discuten las ventajas e inconvenientes de los diversos procedimientos que preconizan distintos autores.

La preparación preoperatoria del enfermo ocupa un lugar muy destacado en el éxito. No debemos olvidar esto, preocupados exclusivamente por la técnica. Sin embargo, si se respetan los principios fundamentales de la cirugía intestinal y urológica, apoyados en una prudente utilización de los antibióticos, los resultados satisfactorios serán más fáciles de lograr.

Consideramos que todo procedimiento que asegure el curso inmediato de la orina del uréter al intestino, con una extraperitonización minuciosa del área de implantación, constituye el medio más apropiado para eludir los dos grandes peligros de esta cirugía, ya enunciados. La buena técnica, al asegurar la nutrición de los elementos a anastomosarse, evitando, además, la contaminación peritoneal y el peligro de estenosis, elongación o retracción cicatricial del uréter, ofrecerá mayores garantías de éxito. Por otra parte, la extraperitonización, cuando fracase la sutura, facilitará el camino hacia la reparación de las complicaciones.

#### COMENTARIO

Es mérito grande del trabajo que comentamos, lo sintético de la exposición y lo categórico de las conclusiones. En realidad, los autores españoles preconizan una técnica similar a la del Coffey tipo II, utilizando catéteres ureterales de material plástico (*polivinilo*). La sonda ureteral se fija al uréter, previamente doblado en puño de camisa, y sale al exterior a través de un tubo rectal. La vía seguida parece ser la intraperitoneal, aunque los autores consideran que esta técnica es aplicable a cualquier vía.

Sobre los resultados, Moya Prats y Casas Wehrli no se extienden. No presentan cifras referentes al número de casos tratados ni enumeran los inconvenientes y complicaciones que puedan haber observado al lado de los éxitos. Sólo cabe pesar que éstos hayan sido totales. Debemos admitir, por lo tanto, que se trata de una "comunicación previa", que debe ser recibida auspiciosamente por la Sociedad Argentina de Urología, que reconoce en los colegas catalanes una inquietud de la que participamos casi todos nosotros, a la que buscan solución, la cual transmiten sin reservas cuando juzgan haberla alcanzado.

No tenemos experiencia ni conocemos en nuestro medio la de otros, sobre el empleo del catéter plástico en esta operación. Brown yarrison (*Journ. of Urology*, julio 1951, pág. 84), abundan en elogios sobre la tolerancia del uréter hacia este material (polietileno y polivinilo), que brinda una serie de ventajas, con lo que parecen obviarse los reparos que podrían imputársele a estas prótesis. Moya Prats y Casas Wehrli, que emplean sondas ureterales de polivinilo, no hacen alusión específica a las cualidades de este material. Por nuestra parte, somos partidarios, en general, de la sutura muco-mucosa cuando las condiciones lo permiten.

En resumen, los autores españoles nos hablan de una nueva modalidad técnica, presentándonos al respecto un procedimiento de anastomosis uretero-intestinal que sigue las líneas del Coffey II, con algunos detalles de técnica (catéter de polivinilo y extremidad en puño de camisa del uréter), que

juzgan de gran valor para asegurar la intervención y evitar la peritonitis y la fístula, por fracaso de la sutura y el reflujo ureteral.

Entre nosotros existe criterio formado sobre el indiscutido valor de la técnica, sin restar importancia al poderoso auxilio de la moderna terapéutica pre y postoperatoria. Es de desear que este trabajo tenga próximamente un apéndice con un estudio analítico con la experiencia acumulada, que sirva de apoyo a los conceptos expuestos y a los buenos propósitos en que se hallan empeñados los distinguidos urólogos españoles.