

ENTEROCISTOPLASTIAS

Presentación de cinco casos

Por los Dres. JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE y JUAN JUSTO MOLINA

Médicos asistentes del Instituto

La enterocistoplastia ensayada en otras épocas en forma experimental en animales y aún en el hombre con no muy buenos resultados, ha sido nuevamente llevada al campo de cirugía urológica y convertida en tema de actualidad. A ello ha contribuido el perfeccionamiento en los medios diagnósticos y quirúrgicos y el aporte de los antibióticos.

Desde el año 1888 en que Tizzoni y Foggi hicieron los primeros ensayos en perros y 1898 en que Von Mikulicz lo lleva por primera vez al campo de la cirugía humana, se han sucedido una serie de nuevos intentos en ese sentido sin que en ellos hubiera una verdadera continuidad.

Es Couvelaire quien en 1950 con su trabajo "La Petite vessie", inicia una 'nueva época en esta intervención y en su reciente libro "Chirurgie de la vessie", hace un completo estudio de los casos pasibles de este procedimiento y de las ventajas e indicaciones del método. Este trabajo ha sido seguido de nuevos aportes por parte del mismo Couvelaire, y de Cibert en 1954 en el Journal d'Urologie y en Archivos Españoles de Urología que con la colaboración del Dr. Romero Aguirre hacen un completo estudio de 23 casos.

Nuestra atención por el tema, despertó al conocer personalmente algunos de los casos de esta cirugía en los cuales colaboramos, con ello justificamos nuestro interés y la presente publicación de los cinco operados en el Instituto de Urología y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, por el Dr. A. Puigvert, como un nuevo aporte a la casuística.

La *técnica* empleada fué la siguiente: Un primer tiempo extraperitoneal, de abordaje, liberación y exploración de la cúpula vesical, frecuentemente fijada por la pericistitis. Un segundo tiempo peritoneal en el cual se explora el ileon en busca de un asa próxima al ciego, con vascularización y movilización satisfactoria. Sección del tramo intestinal elegido en un segmento de 30 cm., con conservación de su meso. Restablecimiento del tránsito intestinal, siempre por encima del asa y meso seccionados, sutura de los extremos del segmento aislado separadamente o por anastomosis término terminal, extraperitonización de éste y cierre de la brecha peritoneal.

Un tercer tiempo, extraperitoneal consistente en la resección de la cúpula vesical, a veces tan amplia que sólo se deja trigono. Incisión de 4 cm. en la

cara libre del asa y anastomosis vésico-intestinal con puntos de catgut simple. Se deja sonda ureteral, uretral y se coloca drenaje paravesical de plancha de goma.

Caso Nº 1. — E. G. P. - H. C. 22.696, sexo masculino de 29 años. A los 15 años escozor miccional, orinas turbias; 7 meses después aumento de volumen de ambas bolsas escrotales con fistulización y evacuación de exudado purulento de la izquierda que cesa al mes. Aparece progresiva polaquiuria diurna y nocturna. A los 21 años escozor y polaquiuria cada 5' a 10' en progresivo aumento, orinas turbias y gotas de sangre al terminar micción. Se diagnostica pionefrosis derecha y cistitis concomitante. A los 22 años nefrectomía derecha; desde entonces discreto dolor lumbar izquierdo y polaquiuria muy intensa.

Examen físico: Próstata pequeña bien limitada, móvil y ligeramente dolorosa; epidídimo izquierdo engrosado e irregular, cicatriz de fistula en escroto. T. A. 12-7 Afebril. Lab.: 2.7.54 - Urea 0,60 gr. por mil. El examen urográfico preoperatorio pone en evidencia la deficiente eliminación del contraste, dilatación ureteral, marcada retracción vesical y del ureter terminal. Ingresa: 25-5-54.

Operación (13-8-54). Ileocistoplastia: (Cirujano: Dr. Puigvert) intensa reacción perivesical de esclerosis, el uréter muy dilatado sin reacción peri-ureteral; se identifica y secciona asa ileal yuxta-cecal; sutura término-terminal del intestino y del asa; se extraperitoniza esta última y se incide 4 cms. anastomosándose a vejiga. Se dejan sonda ureteral por uretra y uretral. Drenaje plancha de goma.

Anat. Pat.: Cistitis crónica.

Post-operatorio: En el post-operatorio se suceden numerosas crisis de obstrucción intestinal por lo que se consulta al Servicio Digestivo que propone la ileotransversotomía que se lleva a cabo el 30-12-54; nueva crisis sub-oclusiva con escape de aire por la herida hipogástrica. La supuración de esta última se mantiene en forma rebelde. El 5-3-55 alta con buen estado general; micción cada 1 ½ a 2 horas, sin escozor, orinas claras con muy escasos mocos. Una exploración ureterocistográfica postoperatoria evidencia; un considerable aumento de la capacidad del reservorio, hay reflujo ureteral en un ureter sinuoso y dilatado. 2-9-54.

Caso Nº 2. — J. B. P. - H. C. 6.528, sexo masculino de 36 años. A los 24 años dolor lumbar derecho, hematuria; nefrectomía derecha. Transcurre un año sin trastornos. A los 31 años epidimectomía izquierda. En septiembre de 1954 polaquiuria cada 30', escozor e incontinencia, no mejora con estreptomina.

Ingresa: 14-IX-54.

Ex. Físico: Próstata aplanada móvil, ligeramente dolorosa a la presión T. A. 11/7 Afebril.

E. Laboratorio: 3-9-54. - Urea 0,43 gr. por mil; orina turbia, albúmina, leucocitos escasos, hematies abundantes, B. K. negativo.

Operación: (25-9-54). Ileocistoplastia: (Cirujano: Dr. Puigvert) identificación y sección de un asa de íleo a 30 cms. del ciego; sutura término-terminal de intestino y asa; extraperitonización incisión en el borde y anastomosis de ésta a la vejiga previamente reseca en su cúpula. Sonda uretral a permanencia, plancha de goma.

Anat. Pat.: Cistitis crónica.

Post-operatorio: Sin complicaciones. El 5-II-54 se da de alta con micción cada 30' durante el día y cada dos horas durante la noche.

Reingresa el 21-III-55. Febril (39°), dolor lumbar izquierdo, polaquiuria cada 15'.

Operación (29-3-55). Ureterocistoneostomía (Cirujano: Dr. Puigvert) el uréter en su porción inferior estenosada por ureteritis fibrosa se secciona e implanta sobre el divertículo, constituido por el asa intestinal (anterior enterocistoplastia).

Sonda uretral y drenaje lámina de goma.

Anat. Pat.: Ureteritis crónica estenosante.

Alta: 22-4-55, micción cada 2 a 3 horas, normal con orinas claras y uno que otro mucus, buen estado general.

27-VII-55. Micción cada 2 horas sin molestia, orinas claras.

26-X-55. Micción cada 2-3 horas, por la noche una micción, ligero escozor. Orina limpia con algunos grumos de moco de origen intestinal.



FIGURA Nº 1: Urografía preoperatoria sin compresión, a los 45°. Se aprecia dilatación calicular. (9-9-54).



FIGURA Nº 2: Cistografía preoperatoria, la vejiga aparece retraída, dilatada la uretra supramontana, dando en conjunto una imagen vesicouretral en cabeza de serpiente.



FIGURA Nº 3: Uretrocistografía posterior a la enteroplastia, aparece; asa anastomosada rellena, uretra posterior dilatada, la capacidad del nuevo reservorio considerablemente aumentada. Hay reflujo ureteral y estenosis del ureter terminal (6-9-54).



FIGURA Nº 4: Cistografía luego de la ureteroneocistorrafia, no se visualiza el ureter, ha desaparecido el reflujo. (15-4-55).



FIGURA Nº 5: Urografía postoperatoria a los 25' con compresión (19-X-55). Desaparición de las imágenes de dilatación calicular, recuperación morfológica y funcional a los 12 meses de la primera intervención y 6 de la segunda.

Caso Nº 3. — F. V. B. - H.C. 14.970, sexo masculino de 52 años. A los 44 años orquitis izquierda quedando nódulo duro epididimario; a los 46 años cistitis muy rebelde diagnosticándosele lesión renal tuberculosa izquierda. En Septiembre 1932 nefrectomía izquierda; a los 40 días de esta intervención fiebre alta atribuida al nódulo epididimario que se extirpa en noviembre del mismo año. A pesar de la nefrectomía no mejora de la cistitis; sigue una larga cura con estreptomocina (70 gramos), teniendo que abandonar el tratamiento por intensificarle la polaquiuria y hematuria.

El 14 de noviembre de 1953 consulta por escozor post-miccional, chorro delgado, polaquiuria a cada 30' a mayor frecuencia nocturna; orinas turbias y repetidas hematurias discretas con pequeños coágulos.

Examen físico: fimosis; próstata pequeña, granulosa y elástica. T. A. 14.8 Afebril.

Examen Laboratorio: Urea, 0.50 grs. por mil; orina turbia con leucocitos abundantes y hematies, B. K. negativo.

Examen radiológico: Discreta dilatación ureteropielocalicilar al examen urográfico.

Una uretrocistografía oblicua posterior izquierda muestra la vejiga retraída reflujo ureteral y estenosis del ureter terminal.

Ingres: 10-X-54.

Operación: (28-X-54). Ileocistoplastia. (Cirujano: Dr. Puigvert).

El uréter derecho se presenta engrosado, dilatado y al movilizarlo hasta vejiga, lesión de la vena hipogástrica; sutura lateral, Resección de la cúpula vesical; se identifica asa ileal cerca de ciego, se secciona; sutura termino-terminal del intestino y asa aislada; extraperitonización de esta última y anastomosis de su borde libre a la vejiga. Sonda uretral permanente y rollo de goma como drenaje.

Anat. Pat.: Cistitis crónica.

Post-operatorio: Shock operatorio recuperándose a las ocho horas. Cursó bien hasta el 7º día que presentó síntomas agudos de peritonitis falleciendo al día siguiente.

Caso Nº 4. — L. P. - H. C. 23.519. Sexo masculino, 22 años. En primera infancia lesión pulmonar (específica?). A los 20 años nefrectomía derecha por Tbs. Nos consulta (22-1-55) con orinas claras, intenso escozor post-miccional, frecuencia cada dos horas, incontinencia nocturna.

Ex. físico: Se palpa riñón izquierdo, indoloro y relieve ureteral a través de la pared abdominal como un cordón resistente. T. A. 15/7 Afebril.

Ex. Laboratorio: Urea 0,56 grs. por mil.

La urografía a los 60' pone en evidencia una marcada dilatación pielocalicilar, y la cistografía funcional la retracción de la vejiga y del uréter terminal.

Ingresa (7-3-55).

Operación (12-3-55). Ileocistoplastia (Cirujano: Dr. Puigvert). Vejiga muy retraída y esclerótica; localización y sección de asa ileal; sutura término-terminal de intestino restableciendo el tránsito y del asa aislada; extraperitonización y anastomosis a la vejiga previa resección de su cúpula. Sonda uretral y catéter en uréter. Plancha de goma.

Anat. Pat.: Cistitis crónica retráctil.

Post-operatorio: Sin complicaciones y alta el 5-5-55 con orinas claras, sin molestias y con micciones cada 1 ½ a 2 horas. 13-7-55; recuperación franca de su estado general, micción cada 2 a 3 horas, orinas claras y en una que otra oportunidad escozor adicional.

Examen radiográfico: Una uretrocistografía oblicua posterior derecha (11-7-55) permite observar un considerable aumento de la capacidad del reservorio, hay reflujo ureteral.

El urograma a los 30' demuestra la recuperación morfológica y funcional. 29-XI-55.

14-XI-55: Orina clara opalescente, con algún grumo de mucus, micción cada 2 ½ horas, pero retiene hasta 4 ½ horas. Algún escozor durante la micción. Mejoría del estado general. Ha aumentado 10 kilos. Buen apetito.

Caso Nº 5. — M. M. - H. C. 24.022. Sexo masculino 39 años. A los 11 años talla hipogástrica por litiasis vesical. Desde hace 9 años polaquiuria y escozor postmiccional con orina turbia y algún pequeño coágulo. En Diciembre de 1953 denervación por vía sacrocoxigea sin mejoría. Hace 10 meses resección de cuello vesical, continua igual.

Concurre al Instituto en 1955 con disuria, polaquiuria D y N. intensa, micción cada 15 a 30', chorro fino, escozor post-miccional, orina muy turbia.

Examen físico: Orina turbia hemática; retención 20 c.c. uretra permeable. Próstata aplanada, blanda, bilobulada, sensible, bien limitada, movilidad disminuida. Cicatriz operatoria hipogástrica y sacrocoxigea. T. A. 120-65 - P. 80. Afebril.

Ex. Laboratorio: Urea 0.65 grs. por mil.

La uretrocistografía permite observar la vejiga retraída e imágenes de divertículos, uno derecho y otro izquierdo, la uretra posterior aparece dilatada.

Cistoscopia: Dos divertículos con amplia comunicación con vejiga, uno derecho y otro izquierdo en pared ántero superior.

Ingreso: (27-6-55).

Operación: (20-9-55). Se separa el peritoneo muy adherido a la cara posterior de los rectos, liberación de la vejiga, siendo la esclerosis más intensa a nivel de cara anterior en cúpula y cuello.

Se localiza un asa intestinal a 30 cms. de ciego, se seccionan 20 cms. restableciéndose el tránsito intestinal por abocamiento término-terminal. Se extraperitoniza el asa aislada, se suturan independientemente ambos extremos. Resección de la cúpula vesical y anastomosis enterovesical. Sonda uretral y drenaje, plancha de goma.

Anat. Pat.: Cistitis crónica.

Post-operatorio: Sin complicaciones.

En el control uretrocistográfico postoperatorio la capacidad del reservorio esta evidentemente aumentada.

Alta: 2-XI-55.

9-XI-55. Buen estado general Orina con mucus, micción cada hora en el día, 45, por la noche. Lavado vesical.

24-XI-55. Micción cada 1 ½ - 2 hs. Retención 30 cc. Orina opalescente con grumos de mucus. No hay escozor ni molestias miccionales.

COMENTARIOS

En los casos presentados la intervención se ha llevado a cabo en sujetos del sexo masculino y en cuatro de ellos por tuberculosis, pues si bien el método es aplicable a todos los tipos de cistitis inveteradas retráctiles con escasa capacidad vesical, el mayor aporte de estas lesiones lo dá la infección tuberculosa.

En todos ellos el síntoma predominante era intensa polaquiuria que hacía imposible e intolerable la vida de estos enfermos y en dos de ellos incontinencia por falta de capacidad vesical, ninguno presentaba contraindicación formal para llevar a cabo esta intervención; cuales son la esclerosis estenosante de la uretra y las alteraciones de tipo obstructivo a nivel del cuello vesical (hipertonía, esclerosis, impermeabilidad). En 4 casos se trataba de pacientes con riñón único por nefrectomía anterior existía dilatación marcada de las vías excretoras superiores y reducida capacidad vesical; en el 5º, progresiva disminución de la capacidad vesical, con aumento de los divertículos, ambos sistemas pieloureterales no presentan mayor alteración protegidos sin duda por el "reflujo diverticular" que evita la hipertensión vesical.

Se ha usado de preferencia el intestino delgado en lugar de ciego y colon por la ventaja de obtener un asa de longitud necesaria, de fácil movilización y que permite restablecer fácilmente el tránsito intestinal. El método extraperitoneal ha sido usado en todos los casos, pues aún cuando el perfeccionamiento de la técnica sea llevado al máximo no es posible descartar por completo la salida de orina a nivel de las anastomosis y producirse una fístula vésico-cutánea o urétero-cutánea, pero extraperitoneal disminuyendo el peligro de la peritonitis.

De los cinco casos presentados hubo que lamentar el éxitus de uno de ellos por peritonitis. En los otros si bien la polaquiuria existe, los intervalos entre las micciones se han espaciado (de 15' a 1 ½, 3 y 4 horas). El escozor miccional ha desaparecido en 2 casos y en 2 persiste pero tan tenue que no constituye ninguna molestia para el enfermo; el estado general se ha recuperado en todos ellos y la incontinencia no ha vuelto a aparecer en ninguno; la orina ha aclarado en todos y sólo es dable observar uno que otro grumo de mucus como resultado de la secreción de las glándulas del asa intestinal anastomosada.

Si bien creemos que el desiderátum de este grave problema no se ha alcanzado por completo, consideramos que este procedimiento es un resultado de inestimable valor y que la experiencia trayendo aparejados nuevos progresos técnicos permitirá obtener mejores resultados, evitando la inadaptabilidad social a que expone la ureterostomía cutánea y el peligro de las graves infecciones y la intolerancia a que expone la uretero-entero-anastomosis.

DISCUSION

Dr. Mocellini Iturralde. — Yo desearía hacer público mi agradecimiento a la Sociedad Argentina de Urología, a mis jefes los doctores Grimaldi y Rubi, lo mismo que al doctor Puigvert Gorro y colaboradores por las atenciones que tuvieron con nosotros durante nuestra estadía en España.
