

ILEOCISTOPLASTIAS

Por el Dr. RODOLFO I. MATHIS

Tizzoni y Pozzi en 1888 (cit. por Cibert y Durand, Brit. J. of Urol. 28: 301; 1956) llevaron a cabo en el perro, por primera vez, la posibilidad de anastomosar un trozo de intestino delgado excluido, a la vejiga.

Von Mickulicz (1898) realizó por primera vez esta operación en el hombre (cit. por Tasker, Brit. J. of Urol. 1953).

Shoemaker (1909) realizó una anastomosis de este tipo en una vejiga retraída, en dos tiempos. En un primer tiempo anastomosis de un uréter (riñón único) a un asa ileal aislada que desembocaba al exterior. Después de mejoría de vejiga por prolongada exclusión, anastomosis del asa ileal a la vejiga para curar la fistula urinaria.

Schelle (1922) publica una anastomosis del ileon cerrado en anillo excluido, a la vejiga (Ring-Plastik). En el tratado de Martín Kirschner de Heidelberg (Técnica operatoria general y especial, Labor ed. 1943) aparece muy bien descripta esta operación.

Pero es evidente que se debe a Couvelaire (1950) y Cibert (1953) el haber popularizado esta intervención ampliando sus indicaciones, metodizando y perfeccionando su técnica. Desde entonces la Urología cuenta con un medio que permite obtener resultados altamente prometedores en enfermos que hasta hace poco eran prácticamente incurables.

Posteriormente se han sucedido múltiples trabajos, ya sea observaciones clínicas o experimentales.

Bricker en 1952 hace interesante aporte en Surgery (32 : 372).

En el último Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, celebrado en Suecia, constituyó su tema de elección con el aporte de los Trabajos de F. J. Hinman, W. Gregoir (fisiología del Injerto Intestinal); Cibert y Couvelaire, que actualizan el tema, amplían las indicaciones basados en la mayor experiencia en este momento, y Pyrah y Raper, que se ocupan de la técnica.

En 1928 primer caso de Bolo P. O. en que se hizo operación de Makkas con buen resultado.

En nuestro medio poco se ha publicado al respecto. En 1956 llevamos al Congreso Panamericano de Urología de Mar del Plata una plástica exitosa de este tipo en una extrofia de vejiga, con buen éxito, en colaboración de los doctores Alfredo Grimaldi y Mocellini Iturralde.

En el mismo año J. A. Mocellini Iturralde en colaboración con J. J. Molina publican la experiencia de cinco casos tratados en el Instituto de Urología de Barcelona.

En 1957 como relatores del tema "Derivaciones de orina" del Congreso Argentino de Cirugía llevamos nuestra experiencia en ese momento.

Por último en el Congreso Anual de esta misma Sociedad del año pasado el doctor C. Olivieri nos trae su experiencia de cuatro casos tratados por el método de Bricker E.

Desde la primera publicación de Couvelaire en 1950 que preconiza esta intervención en las pequeñas vejigas tuberculosas, sus indicaciones se han ampliado considerablemente, perfeccionándose las técnicas para obtener mejores resultados (Cibert), y con el aporte de los adelantos quirúrgicos (anestesia, shock, antibióticos) se consigue en la actualidad resultados suficientemente positivos y con riesgo razonable para tener muy en cuenta este gran recurso.

Haciendo un análisis de las publicaciones, podemos sistematizar en la actualidad la práctica de las entero-cistoplastias en las siguientes indicaciones:

A) Ampliación. — En vejigas retraídas, por tuberculosis, cistitis intersticiales, post-radioterápicas o cobaltoterapia, cistectomías parciales muy amplias.

B) Sustitución. — Después de cistectomías totales, generalmente por tumor de vejiga.

C) Protección. — En reflejos con hipertonia vesical que compromete la función renal.

D) Contención. — Casos de extrofia de vejiga, ciertos epispadias, grandes fístulas vesicales, uréterostomías cutáneas e inclusive urétero-sigmoidostomías mal toleradas.

Nuestras observaciones corroboran la indicación, a veces doble, lo más frecuente de ampliación y protección.

Como ejemplo de operaciones de ampliación.

C. C. 53 años, ital., casado. Ingres a la Sala VI, cama 23 del Hospital Fernández (Jefe Dr. R. Rubí) el 29 de agosto de 1955 por intensa cistitis que le aqueja desde 8 meses antes, ambulando en otros hospitales con distintos tratamientos. Exámenes practicados comprueban cistitis tuberculosa con afección de riñón izquierdo. Función renal global suficiente. Vejiga en bola de billar. Capacidad vesical 80 c.c., distensión muy dolorosa.

11 de octubre de 1955. — Nefrectomía izquierda. Pionefrosis tuberculosa. Alta a los 10 días. A los tres meses reingresa por continuar con sufrimiento insoportable. Orina cada 20 minutos, las orinas están estériles 15 de marzo de 1956. Ileocistoplastia sin resección del detrusor de un asa de 25 cms. con amplia boca ileo-vesical. Vejiga de paredes extraordinariamente engrosadas y fibrosas. Post-operatorio sin incidentes.

El enfermo queda con buena capacidad vesical. Micción indolora cada 3 a 4 horas. No acepta nuevos exámenes de comprobación dado su mejoría.

Resultado: Excelente.

Vejiga de sustitución:

S. G. 69 años, rusa, casada. Clientela Privada.

Es vista por primera vez en 1932 por papilomas vellosos de vejiga, que se tratan por electro-coagulación endoscópica. Desde entonces es controlada y tratada periódicamente por brotes recidivantes. En 1950 se comprueba que algunos brotes salen de meato ureteral derecho; se practica nefrectomía derecha, que demuestra brotes en pelvis y uréter y a los 15 días uretecto-mía total reseccando parte de pared vesical en la que asienta un brote papilar del tamaño de una ciruela, por incisión mediana.

En 1955 brotes múltiples a pesar del severo control que obligan a efectuar resección sub-mucosa de numerosos brotes verrugosos con atipia celular. Se le efectúan distintos tratamientos: estrógenos, vacuoterapia (Granara Costa) e inclusive consulta en E.E. U.U.

En 1956, vejiga retraída. Micción cada 20 minutos. Nuevo brote neoplásico en el lomo de la vejiga, verrugoso, del tamaño de una ciruela.

Se indica como única posibilidad curativa, cistectomía total.

Intervención el 29 de setiembre de 1956. Se reseca toda la vejiga sin demasiada dificultad. No hay metástasis comprobables. Se deja muñón uretral sobre el cual se anastomosa un asa íleal excluida de 25 cms. de longitud y en cuyo cuerno izquierdo se hace el abocamiento ureteral.

El post-operatorio se hace sin mayores incidentes, y la enferma queda con incontinenia de orina, uremia discretamente elevada. La sonda permanente se obstruye con facilidad por gran secreción mucosa a pesar de los distintos tratamientos instituidos, y la neo-vejiga muy irritable, tiene períodos de contracción que la hacen una verdadera incontinente, sin que los fármacos actúen en forma eficiente.

Esta señora vive en la actualidad (3 años) en forma deficiente por su incontinenia, discreta insuficiencia renal, y crisis de pielonefritis regulables por los antibióticos.

Resultado: Puede considerarse bueno como curativo de su neoplasia. Su neo-vejiga no le permite un confort ideal. Pensamos que en estos casos de vejigas de substitución el material del intestino terminal se adapte mejor para esta función y estamos trabajando en esta dirección.

Como ileo-cistosplastias de protección:

M. M. 35 años, arg., soltera. Ingres a la Sala VI, cama 37 del Hospital Fernández el 8 de setiembre de 1953.

Un año antes de su ingreso polaquiuuria, disuria y hematurias. En ocasiones retención completa que obliga a sondar últimamente uremia progresiva y sed.

El examen demuestra una vejiga a capacidad disminuída, cuello escleroso y reflujo pasivo bilateral grosero. Diagnóstico cistitis intersticial. Con sonda permanente mejora su estado general y se retira a los 20 días. Continúa con crisis de pielo-nefritis febriles y períodos de insuficiencia renal de compensada que son tratados con sondajes repetidos o permanentes.

Reingresa en 1956 con capacidad de 100 c.c. Ocupación el 10-V-956. Ileocistoplastia. Vejiga con gran pericistitis y a paredes engrosadas mucosa pálida. Resección de una cuña posterior de cuello, fibrosa.

El estudio histológico de la zona vesical demuestra fenómenos de cistitis crónica esclerosa no específica.

El post-operatorio transcurre sin incidentes. Sin embargo, al retirar la sonda, incontinenia de orina en la posición de pie. Las orinas, fuera de discreta secreción mucosa, son claras.

Esta enferma si bien mejora, su función renal persiste con su reflujo y queda con su incontinenia. Se le trata de corregir en dos intervenciones posteriores, sin resultado.

En resumen, enferma que se pone a cubierto de la hipertensión vesical, pero de resultados mediocres al quedar con incontinenia.

Cistosplastias de contención:

A. T. 42 años, arg., soltero. Extrofia de vejiga. Espina bífida. Agenesia de sacro y de pubis. Fué presentado en colaboración con los Dres. Alfredo Grimaldi y Mocellini Iturralde al Congreso Pan-Americano de Urología. (Actas T II, Pág. 246-1957). A los doce años sometido a cinco intervenciones sucesivas con fracaso.

Operación el 30 de julio de 1956. Someramente se le efectuó una íleo-cistoplastia con ansa larga de 25 cms. La extremidad izquierda cerrada como ampliación de cavidad vesical. Parte media anastomosada a la vejiga movilizada. Extremidad inferior del injerto con sonda Pezzer y aplicatura para formar una uretra que se pasa a través de un hiatus entre la raíz de los cuerpos cavernosos, quedando con hipospadias peno-escrotal. Post-operatorio sin incidentes. Queda una minúscula fístula cutánea fácil de controlar y el enfermo por primera vez puede controlar su derrame de orina. Retirando la sonda el enfermo tiene una retención completa.

Posteriormente se le hace una plástica anal que le permite también excelente control fecal.

Resultado: Excelente. Dado lo difícil del caso se puede considerar un triunfo de esta cirugía.

Un segundo caso que podemos considerar como fracaso.

F. E., arg., soltera. Hospital Fernández. Sala VI, cama 37. - 24 años. Servicio del Dr. R. Rubí.

Después de largo pasado de polaquiuuria diurna y nocturna y con diagnóstico de enfermedad de Caulk se le practica en otro Servicio una resección de cuello vesical. Fístula uretro vaginal comprometiendo en parte la continencia.

El estudio comprueba vejiga retraída con capacidad de 80 c.c.

En una primera intervención se intenta una plástica uretro-vaginal por vía vaginal que fracasa. Como la vejiga es muy intolerante y no mejora con distensiones, etc., se decide ampliar su capacidad.

29 de mayo de 1956. Laparotomía-Gran quiste de ovario. Oforectomía y apendicectomía preventiva. Ligadura de trompa del lado izquierdo.

12 de julio de 1956. Ileo-cistoplastia en vejiga esclerosa y retraída sin excesivas dificultades. Sonde permanente uretral.

Resultados: Mediocre. Se le resuelve el problema de capacidad vesical que llega a 250 c.c. pero persiste la falta de control urinario en forma periódica mejorable, en parte, con fármacos y según los esfuerzos y posiciones que le afectan extraordinariamente dado su condición de empleada en servicios domésticos.

Como doble indicación de Ampliación y Protección veamos el siguiente caso que debemos a la gentileza del doctor Carlos Mackitosh.

A. C. 25 años, casada. Q. D. En 1952 fenómenos de cistitis que se arrastra, que no mejora con los tratamientos comunes. El Dr. Mackitosh comprueba una cistitis tuberculosa y practica una nefrectomía del lado derecho. La enferma mejora, pero queda con vejiga intolerante (micción cada 20 minutos) reflujo grosero pasivo del lado izquierdo con meato en boca de horno e insuficiencia renal progresiva.

Intervención el 25 de mayo de 1957. Bajo anestesia peridural (Dr. Kleiman) se hace una ileocistoplastia en medio de asa aislada, previa resección de parte del detrusor. Sonda uretral y vesical a permanencia. El post-operatorio algo accidentado por ileus paralítico y oliguria se normaliza. La enferma evoluciona sorprendentemente bien, normaliza su función renal y las micciones se hacen muy espaciadas, con una sola micción nocturna hasta la actualidad.

Resultado excelente.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Deseo felicitar al Dr. Mathis por el empeño y el interés que se ha tomado en este problema.

Me ha llamado la atención 3 de los casos por él relatados. Uno de ellos es el del reflujo, cuyo tratamiento ha sido exitoso y los otros eran una fístula uretrovaginal en una mujer y una extrofia de vejiga. En estos últimos dos enfermos se ha resuelto el problema de la incontinencia del esfínter que es de gran interés, en la extrofia. Las plásticas, a veces, las hemos conseguido. Lo que no obtuvimos es que ese epispadias y esa uretra neoformada entre los dos cuerpos cavernosos sea continente porque no tiene esfínter.

La enferma con fístula uretrovaginal entiendo que tampoco tenía cuello vesical. En la resección se llevó por delante el cuello de la vejiga y era continente. ¿No es así?

Dr. Mathis. — En ese caso se había hecho la fístula uretro vaginal y quedaba parte del cuello. No era bien continente sino que en ciertas posiciones perdía orina. Parte del cuello se había conservado a pesar de la resección.

Dr. Schiappapietra. — Llamó la atención sobre la ausencia de litiasis porque esa secreción mucosa denota frecuentemente la presencia de cálculos.

Dr. Bernardi. — Deseo felicitar al doctor Mathis por el excelente trabajo presentado. Es la primera vez que en nuestra Sociedad oímos una cosa así.

Conozco de cerca los trabajos del doctor Mathis, de manera que certifico su habilidad en la solución de este problema.

Personalmente, me ha interesado la cuestión, pero considero que la ileocistoplastia tiene pocas indicaciones en nuestro país. Las cistitis vesicales son pocos frecuentes entre nosotros. Lo contrario ocurre en Europa donde la tuberculosis continúa asolando a gente mal alimentada y con una serie de condiciones especiales para el desarrollo de la enfermedad.

Las tuberculosis renales, que es una complicación vesical, son tratadas precozmente en nuestro medio, donde no encontramos vejigas de tan escasa capacidad como para ser sometidas a esta intervención.

Traté un enfermo que el doctor Grimaldi conoce bien, que deambuló por distintos servicios. Era un nefrectomizado que se negó a una intervención de esa índole porque había sido operado en su vejiga para tratarle una cistitis tuberculosa.

De todos modos, la ileocistoplastia es una intervención de gran interés que debemos practicar en nuestro país.

Dr. Irazu. — A lo dicho por los colegas deseo agregar mi simpatía y mi felicitación calurosa al Dr. Mathis porque él hace una punta de lanza en nuestro trabajo diario al abordar este tema tan importante.

Los resultados obtenidos en sus enfermos son muy interesantes a pesar de tratarse de una cirugía engorrosa, en que la conducción de los pacientes es difícil y los resultados aleatorios.

Los resultados por él obtenidos los considero maravillosos porque sus pacientes han experimentado un alivio verdaderamente extraordinario. Debemos continuar nuestra labor en ese sentido y aportar nuevos casos a esta Sociedad para así estar al mismo nivel de todas las sociedades de urología del mundo.

Dr. Delporte. — Felicito al doctor Mathis por su comunicación sobre ileocistoplastias, que es un motivo de sumo interés para los urólogos y que obliga a solucionar un problema que crea una serie de dificultades.

Cuando tuve oportunidad de concurrir al servicio de Cibert, en Francia, hace 4 años, me llamaba la atención la extraordinaria cantidad de tuberculosos que se atendían en su servicio. Terminada la guerra en 1946, una cama de cada dos era ocupada por un tuberculoso. Cuando fui a Francia en 1954, una cama de cada tres era un tuberculoso.

En Rosario, es raro encontrar un caso de tuberculosis y es excepción que ese enfermo llegue a tener una vejiga retraída que es una de las indicaciones formales de las ileocistoplastias. También están indicadas en los tumores de vejiga, donde haya que hacer una cistectomía ampliada, dejando la región trigonal, en que uno puede reemplazar todo el detrusor con una porción de sigmoideo, pero esta intervención está más indicada en la tuberculosis. En Estados Unidos se observan pocos casos de ileocistoplastias porque no hay enfermos para practicarlas.

Felicito nuevamente al Dr. Mathis por esta punta de lanza que ha introducido en el estudio de este interesante problema.

Dr. R. I. Mathis. — Agradezco a los colegas los benévolos conceptos vertidos hacia mi persona.

Solamente deseo agregar que consideramos que la mejor indicación de la ileocistoplastia es la vejiga de ampliación. La vejiga de sustitución no ha llenado todas mis aspiraciones.

Es indudable que en estos casos, la evolución de los pacientes es muy distinta a la de la operación de tipo Coffey, pues al parecer el asa aislada pierde casi por completo la virulencia de los gérmenes que contiene y en esas circunstancias, disminuye considerablemente la pielitis como complicación postoperatoria.

En nuestro sentir, después de haber visto el resultado de estas vejigas de sustitución, demasiado grande y entonces, es una mala vejiga. El intestino terminal se presta más a ello pensamos que es preferible no hacer con ileon las neovejigas, ya que tiene un poder de reacción y la tendencia actual es la formación de estas vejigas, no con el ileon, sino con la parte terminal del intestino. En esas condiciones, los enfermos pueden tener mayor confort, yendo a la restitución funcional, anastomosando el tracto intestinal a la uretra o bien, dejando una especie de talla en la piel del abdomen.

Sr. Presidente (Dr. Grimaldi). — La Presidencia adhiere a los conceptos vertidos por los preopinantes y se siente íntimamente ligada al tema porque ha visto trabajar al Dr. Mathis y ha colaborado con él.

La mayor frecuencia de la tuberculosis en los países europeos llamó la atención del Dr. Mocellini cuando estuvo becado en la cátedra del profesor Puigvert Gorro.

La técnica operatoria es de gran importancia y los resultados son muy superiores a los que aparentemente podía pensarse para ese tipo de operación. Su tolerancia por los enfermos es bien conocida y el postoperatorio suele ser bien sobrellevado.

Felicitemos al Dr. Mathis por su interesante comunicación y le agradecemos su valioso aporte al tema, que consideramos de suma utilidad para todos.