

VEJIGA ILEAL, EVOLUCION

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, O. C. CARREÑO Y R. ENCINA

Uno de los más serios problemas con que tiene que enfrentarse el urólogo es el reemplazo del reservorio vesical. El cáncer de vejiga es la afección que más a menudo nos coloca en esta dramática situación.

Desde fines del siglo pasado distintos segmentos del tubo digestivo se han usado a este fin. Largo sería enumerarlos y además son ampliamente conocidas las diversas técnicas y sus modificaciones, que se han descrito y ensayado. Todas han tenido un momento de auge y luego han ido perdiendo interés entre los cirujanos. Los graves problemas que crean, sobre todo en el sector humoral, han contribuido a ello.

Hoy nos toca enfrentarnos con las neo vejigas hechas con un segmento aislado del íleon. Desde que Bricker la reglara, en el año 1951, hasta la fecha, muchos son los autores que de ella se han ocupado y grandes las esperanzas que ha despertado.

Nuestra muy reducida experiencia no nos permite hacer un juicio definitivo. Solamente queremos transmitir a ustedes, la evolución seguida de una estricta observación con una serie de estudios clínicos, radiográficos y controles experimentales de laboratorio. Así tal vez sumada la experiencia de todos, podamos sacar más pronto conclusiones que nos lleven a formar un juicio definitivo.

La técnica quirúrgica es bien conocida, y no nos vamos a detener en ella sino para subrayar la prolijidad con que se deben efectuar los distintos tiempos; sobre todo las suturas intestinales, la implantación de los uréteres y el cierre de las brechas de los mesos que pueden ser motivo de estrangulaciones internas.

Haré una rápida revista de las complicaciones más frecuentes en este tipo de operación, tomada de una serie de intervenciones efectuadas por Bricker y colaboradores, publicadas en *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Vol. 99, pág. 469.

Operados 106

Tipo de afección

Eviseración pelviana	81
Cistectomías	16
Paliativa cáncer o fístula	8
Incontinencia (mielomeningocele)	1

<i>Muertes operatorias</i>	15
Causas	
Shock	5
Accidente cerebrovascular	1
Obst. intest. con fístula fecal	1
Peritonitis y bronconeumonia	1
Convulsiones causa desconocida	2
Fístula fecal	1
Pielonefritis fulminante	1
Fístula fecal y urinaria	1
Fístula urinaria e infección por retracción segmento ileal .	1
Anuria Obstr. ambos uréteres	1
 <i>Muertes menos de 6 meses</i>	
Recurrencia del cáncer	
Tromboflebitis	
Pielonefritis	
Hidronefritis con pielonefritis	
 <i>Pacientes seguidos entre 6 y 36 meses</i>	65

Entre estos pacientes seguidos prolijamente, y con estudios radiográficos periódicos, las complicaciones que han tenido mayor incidencia han sido la hidronefrosis y la pielonefritis.

Dicen los autores, que ninguno de los pacientes ha desarrollado una acidosis hiperclorémica.

Podemos comprobar a través de este rápido resumen, que es una operación de alta mortalidad y morbilidad. Es lógico, pues no debemos olvidar, que actuamos sobre dos de los más importantes sistemas depurativos del organismo.

Otros autores se han ocupado del tema y especialmente del capítulo en que se estudia la capacidad de reabsorción, que pueda tener el segmento aislado del ileon, de los metabolitos que puedan llevar al desequilibrio humoral. Las opiniones están divididas, y es por eso que pensamos que es útil este aporte, y todos los que se puedan ir haciendo en el futuro. Esperamos vuestra opinión y vuestra experiencia.

Vamos a comentar dos casos de nuestra serie:

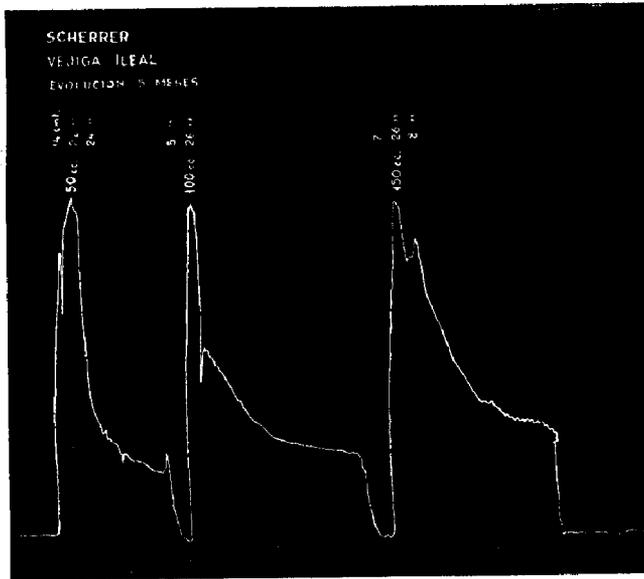
El primero se trataba de un paciente portador de un carcinoma infiltrante de la vejiga, con anulación de un riñón, y marcada dilatación del otro. Toleró muy bien la operación. A las 24 horas estaba en muy buenas condiciones, con buena diuresis, pulso y temperatura normales. Había una muy ligera distensión intestinal. Se coloca sonda duodenal que dió discreta cantidad de líquido en las primeras horas, distendiéndose algo más el enfermo. A las 48 horas, la sonda duodenal drenó abundantemente, cediendo completamente la distensión. Se continúa con su intestino drenado recogiéndose discreta cantidad de líquido. Durante todo el tiempo se lo mantuvo con reposición de líquidos por vía endovenosa y medición tónica.

Al quinto día tiene una abundante evacuación intestinal. Al octavo día se saca la sonda nasal y se permite la ingestión de líquidos y alimentos blandos.

El paciente se queja de tener hambre y pide más comida. Los exámenes de laboratorio no acusan desequilibrio humoral. Al décimo día encontrándose en muy buenas condiciones, moviendo el vientre, con buena diuresis y alimentándose en forma progresiva, el paciente hace una ingestión exagerada de líquidos y alimentos. Horas después tiene un vómito abundante haciendo un cuadro sincopal y fallece.

La autopsia mostró la integridad de las anastomosis. El vientre libre sin líquido peritoneal. Había solamente una distensión gástrica marcada.

El 2º caso motivo de este estudio, es un paciente F. S. de 53 años, ruso, soltero, que se interna en el Servicio en 9-XI-59, con tenesmo vesical intenso, polaquiuria diurna y nocturna. Orina más de 10 veces durante la noche. Hema-



turias con coágulos. Tiene como antecedente el haber sido operado de la vejiga en otro lugar, no se pudo precisar que intervención le efectuaron. Suponemos que una electrocoagulación a cielo abierto. De inmediato a la operación siguió con tenesmo vesical y hematurias.

El examen clínico, muestra un paciente en buen estado general. Los exámenes de laboratorio nos dan los siguientes datos:

Recuento y fórmula normales:

Sodio	141	mEqL.
Potasio	4,8	„
Cloro	98	„
Urea	0,39	„
Glicemia	0,98	„
Orina: hematíes y piocitos		

Radiografías: Simple sin particularidades; Excretoras, buena función renal. Uréteres normales, pero que muestran el tercio inferior del uréter izquierdo, con una dilatación por obstáculo en su evacuación en la vejiga.

La vejiga aparece chica, hipertónica y con una falta de relleno en la región del trigono dominando en su sector izquierdo.

El examen endoscópico bajo anestesia general por falta de capacidad vesical, muestra una lesión infiltrante, roja, sangrante y con mamelones proliferantes en la región del trigono, y que no permiten ver el orificio ureteral izquierdo.

Con el diagnóstico de cáncer de vejiga, y estando el enfermo humoralmente compensado, se le efectúa el -XII-59 una neo-vejiga con segmento de asa ileal aislada.

El post-operatorio es tormentoso, hay distensión y vómitos, que obligan a intubarlo, y con riguroso control de laboratorio, reposición de electrolitos, medicación tónica, etc.

Los exámenes de laboratorio nos dan las siguientes cifras:

A las 24 horas de la intervención:

Sodio	119	mEq.
Potasio	3,6	„
Cloro	109	„
Urea	0,76	„

Se instituye el tratamiento adecuado y se obtienen al término de las 72 horas estos resultados:

Sodio	124	mEq.
Potasio	6,1	„
Cloro	108	„

Se insiste en el tratamiento y al cabo de 120 horas, se comprueban estos resultados:

Sodio	124	mEq.
Potasio	4,6	„
Cloro	99	„
Urea	0,50	„
Glucemia	0,98	„

Al cabo de dos semanas el enfermo se moviliza, moviendo el vientre regularmente e ingiriendo líquidos y alimentos. La alimentación no es satisfactoria por inapetencia, lo que obliga a tonificarlo y transfundirle sangre.

Hay algunas crisis de pequeña distensión. El enfermo lentamente se recupera encontrándose bien clínicamente.

A los dos meses de operado se hace una radiografía contrastada del segmento ileal excluido. Aparece en buenas condiciones, con tonismo y sin reflujo.

A los dos meses y medio de operado se hace estudio radiográfico del árbol urinario por excreción. Se ve una dilatación de los cálices del riñón derecho y el riñón izquierdo sin función hasta los 30 minutos.

En el curso de este mes se efectúa un estudio radiográfico de tránsito intestinal que no muestra problemas obstructivos.

Un nuevo urograma esta vez con placas tomadas a los 30, 60 y 90 minutos muestra dilatación de cálices y pelvis del riñón derecho. El izquierdo dibuja una impregnación del parénquima, pero no hay medio de contraste en cálices, pelvis ni uréter.

El trazado "cistométrico" de la vejiga ileal nos muestra la respuesta de contracción con 50, 100 y 150 cc. de líquido inyectado. Como se ve, el segmento intestinal conserva sus contracciones peristálticas.

Es en estas condiciones que decidimos estudiar la capacidad de reabsorción del segmento de ileon aislado y son los resultados que hemos obtenido los que queremos referirles.

Se colocó en el asa ileal 100 gr. de glucosa y 12 mg. de Fenolsulfonftaleína disueltos en 200 cc. de suero fisiológico tapándose la sonda. Se recogió sangre por punción venosa a los 15, 30 y 60 minutos, los resultados fueron:

15 minutos: Fenol	..... 0.	Glicemia	..... 0,98
30 " "	..... 0.	"	..... 0,98
60 " "	..... 0.	"	..... 0,96

Como vemos con estas sustancias nos ha resultado negativa la prueba de la reabsorción en el segmento excluido. No tenemos aún una explicación del problema. Insistiremos con otros casos.

Con otras sustancias sodio y potasio y con colorantes Rojo neutro y Azul de Evans, los resultados han sido favorables y nos han permitido comprobar su absorción y pasaje al torrente circulatorio.

Antes de la instilación:

Sodio	.....	122	mEq.
Potasio	.....	4,1	"

Se hace la instilación de 4 grms. de Bromuro de Potasio y 4 grms. de Cloruro de Sodio:

15 minutos: Potasio	.....	13	mEq.
30 " "	.....	6,2	"
60 " "	.....	6,6	"

Se practica una nueva prueba usando menor cantidad de electrolitos. 2 grms. de cloruro de sodio y 2 grms. de bromuro de potasio; además utilizamos Azul de Evans y Rojo neutro, con el siguiente resultado:

Antes de la instilación en el asa ileal:

	Sodio	.....	119	mEq.
15 minutos:	"	.....	126	"
30 "	"	.....	126	"
60 "	"	.....	140	"

Potasio antes de la instilación en el asa ileal:

	Potasio	.....	3,5	mEq.
15 minutos:	"	.....	4,3	"
30 "	"	.....	4,3	"
60 "	"	.....	4,8	"

Investigación química del Rojo neutro positiva débil.
Observación macroscópica del Azul de Evans positiva débil.

Es probable que la absorción más rápida del potasio que la del sodio, se deba exclusivamente a su mayor peso atómico, asimismo, pensamos que la débil positividad de los colorantes se deba a fenómenos de adsorción y a la timidez en la cantidad del colorante empleado.

Conclusiones

Como decimos más arriba, no nos atrevemos a sacar conclusiones definitivas hasta tanto en experiencias futuras no tengamos un mayor número de observaciones. Insistiremos en los ensayos.

Creemos poder afirmar que ciertas substancias, en especial algunos electrolitos se absorben peligrosamente.

Esto nos hace pensar que el segmento ileal debe ser empleado como un conducto de pasaje de la orina y no como un reservorio.

DISCUSION

Dr. García. — En el Congreso del año pasado, realizado en Corrientes, que lamentablemente por las causas conocidas no pudo tener la concurrencia que hubiera sido de desear, presentamos un relato, creo que completo, sobre el problema de las derivaciones en general y en esa oportunidad, nos inclinamos por las vejigas iliales. Contamos con una experiencia no muy amplia, de unos 10 casos, con una supervivencia de dos años la máxima condicionada al problema tumor, al problema cáncer y no al equilibrio electrolítico, que hemos controlado y con cuyos resultados postoperatorios estamos muy satisfechos.

Creemos debido lamentar dos defunciones próximas al acto quirúrgico y debidas a complicaciones quirúrgicas.

En los otros casos no tuvimos modificaciones grandes del equilibrio electrolítico, muy superiores en general a las derivaciones de la operación de Coffey y pasados los primeros días de cierta inestabilidad y de fenómenos paréclicos de intestino, la evolución fué desde el punto de vista de la derivación muy satisfactoria, al extremo que consideramos en el momento actual la derivación ideal de la orina, procedimiento muy superior al de Mauclair.

La prueba se efectúa con una asa cerrada, es decir, sometida a una tensión y a una estasis de la sustancia inyectada en soluciones concentradas y grandes. Nos ha llamado la atención el perfecto mantenimiento de la capacidad de contracción del asa excluida.

Hacemos la exclusión del mismo modo que se realiza un abocamiento de un ano contra natura y a los 10 ó 12 días se puede retirar la sonda y la eliminación de la orina se hace a la vía cutánea por medio de una ventosa que le permite deambular no existiendo nunca hipertensión.

El tonismo del asa ileal es tan perfecto y potente que rellenándola con una solución de suero fisiológico determina la presión abdominal y se proyecta un chorro potente de una micción que sobre el enfermo acostado, se eleva a una altura mayor de 50 centímetros. En esa asa excluida no hay un estasis de la orina y tratándose de una vejiga de tránsito sin acumulación, los fenómenos de absorción tienen una importancia mucho menor que en las asas no abiertas, no drenadas permanentemente en que los fenómenos de retención y de distensión pueden no solamente favorecer la reabsorción sino además, evitar desde luego, el problema de los reflujos por la repleción de las asas cerradas.

La evacuación del asa ilial es perfecta y en las urografías de control se demuestra que el líquido que se elimina es realmente un elemento de tránsito en el asa ilial lo que condiciona a nuestro entender, una de las tantas ventajas que deben mencionarse en la derivación ilial de la orina, la mejor a nuestro juicio, hasta el momento actual.

Celebramos la experiencia de los comunicantes y creemos que han traído un hecho concreto sobre este particular.

Dr. Sáenz. — A este interesante trabajo podría agregar nuestra pequeña experiencia en que hemos abocado el uréter al asa aislada y ésta a la uretra. Mediante esa operación el enfermo puede orinar en condiciones más prácticamente normales, no dándose cuenta de su estado.

Coincidimos en el sentido de que el asa sigmoidea y de intestino delgado no determina hipertensión en las vías urinarias.

En el primer caso que comunicamos el año pasado, el enfermo tenía sobre el lado izquierdo una discreta hidronefrosis y una ausencia de eliminación que se comprueba en las radiografías posteriormente a la intervención, a los 20 días cuando comenzó a orinar por

cuenta propia y a voluntad, en un principio cada 15 minutos y luego, cada dos horas. Esa hiperpresión que se ejercía sobre el sistema pielocalicial desapareció y la imagen apareció en ambos lados del urograma.

Usamos primeramente el asa sigmoidea siguiendo las experiencias de los franceses y luego, las asas de intestino delgado y no hemos observado inconveniente alguno desde el punto de vista urológico.

Hemos debido lamentar una muerte en el postoperatorio inmediato, atribuible más a un hecho quirúrgico en sí que a una intoxicación, esto es, a un problema de toxicidad.

Dr. García. — Nosotros no hemos podido llevar a cabo la última etapa del descenso del asa ilial. El asa ilial puede distenderse en un tiempo, si se quiere alejado, desprenderse de la pared y llevarlo al trigono o hasta el cuello vesical. En nuestros enfermos el problema capital ha sido el del tumor. Nuestros pacientes eran portadores de neoplasias muy avanzadas donde no había otro recurso que el de la cistectomía. El problema de la cistectomía será una cuestión de posibilidad quirúrgica respecto de la cuestión cáncer, no del problema derivación.

Dr. Bernstein-Hahn. — Según los trabajos realizados en el Instituto del Cáncer de la Universidad de Columbia, se puede considerar que la vejiga ilial es la vejiga de elección.

En instituciones del tipo de la citada, a aquellos enfermos cuyo pronóstico de vida es menor de un año, se les practica una nefrotomía.

Dr. Carreño. — Deseo agradecer las brillantes contribuciones al tema. Nuestra intención no ha sido traer los éxitos sino los inconvenientes que pudimos encontrar. Y no dar la sensación de que es una operación con indicaciones prematuras y corrientes y sobre todo como lo recalcó el doctor García, hay tendencia a conectar el asa ilial, cuando es posible, con el sigmoideo. Tal vez, como reservorio puede tener inconvenientes. En todas las soluciones, esta es, a nuestro juicio, la que más esperanzas proporciona. Es una operación de técnica relativamente sencilla y a medida que la experiencia del cirujano sea mayor, las dificultades serán menores.

En el primer caso, el enfermo falleció a los 10 días por un fenómeno cardíaco; el problema operatorio no ha existido para nada. En otro paciente, después de una intervención correctamente hecha, al poco tiempo tenía dilatadas las vías urinarias superiores. Puede ser muy útil como un medio de pasaje de la orina, pero nunca como un reservorio.