

Asociación Médica Argentina

# Revista Argentina de Urología y Nefrología

Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Urología

VOLUMEN XXXII

ABRIL - MAYO y JUNIO 1963

NUMEROS 4 - 5 y 6

---

## SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

---

### **3ª Sesión Ordinaria — 27 de junio de 1963**

*Presidente* ..... Dr. José Casal

*Secretario* ..... Dr. Oscar C. Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología  
Volumen XXXII - Nº 4-5-6 - Páginas 71 a 73

## CISTECTOMÍA TOTAL POR TUMOR

### Urétero-ileocistoplastía de substitución

---

Por el Doctor JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE

*Caso Nº 7.* — M. S. Clientela particular. 72 años, sexo masculino.

En 1959, consulta por hematuria y se le efectúan una cistectomía parcial y electrocoagulación por papilomatosis vesical.

Repite la hematuria en 1961, sin consultarnos y nuevamente en 1962, rutilante y prolongada. Polaquiuria y estranguria intensas.

El examen permite comprobar la existencia de hematopiuuria, gran retardo funcional (Imágenes urográficas en bolas a los 60'). Anemia de 3.000.000. Urea 0.50 y 2 mg de creatina.

*Endoscopia:* Vejiga totalmente invadida, solo se encuentra libre el cuello. Proponemos al paciente una derivación cutánea bilateral que es rechazada, sólo la acepta en forma transitoria, de modo que se le ascorsa sobre la posibilidad y riesgos de una U.I.C.P. Intervención que pide se le realice.

Tratado su estado general e infección urinaria es internado en una Clínica de esta Capital.

*Operación:* 20 de diciembre de 1962. Cirujano: Dr. J. A. Mocellini Iturralde. Ayudantes: Dres. J. C. Millán y E. Garzón. Anestesiista: Dr. Kleiman. Epidural continua. Xilocaína.

Incisión mediana infraumbilical, se aborda la vejiga y se libera de múltiples adherencias fibrosas en su cara anterior y laterales. Se le extraperitoniza, ligan y seccionan los deferentes y pedículos vesicales. Se liberan y seccionan los uréteres dilatados y se procede a la cistectomía con conservación del cuello. Por la brecha del peritoneo se busca la anteuúltima asa ileal y se la excluye en un segmento de 25 cms. Se reconstituye el tránsito intestinal por anastomosis término-terminal. Por debajo queda el asa que se extraperitoniza. Sus extremos son cerrados y solidarizados. Su borde antemesentérico se anastomosa al cuello en el segmento medio. Los uréteres a los laterales antemesentéricos a lo Cordonnier.

Se deja drenaje perineal. Sonda por uretra. La herida cierra por primera. El drenaje se retira al 3er. día. Al 8º día aparece una fístula hipogástrica que persiste hasta el día 20. Es trasladado a su domicilio en buen estado general, al día 18º.

28 de febrero de 1963: Permanece aún con sonda por uretra debido a la fístula hipogástrica. La recuperación de la función renal en cambio, es muy satisfactoria (Urea 0.40).

Posteriormente se le retiró la sonda, recuperando la micción controlada con intervalos de 2 a 4 horas.

La reaparición de la fístula, obliga a reponerla transitoriamente.

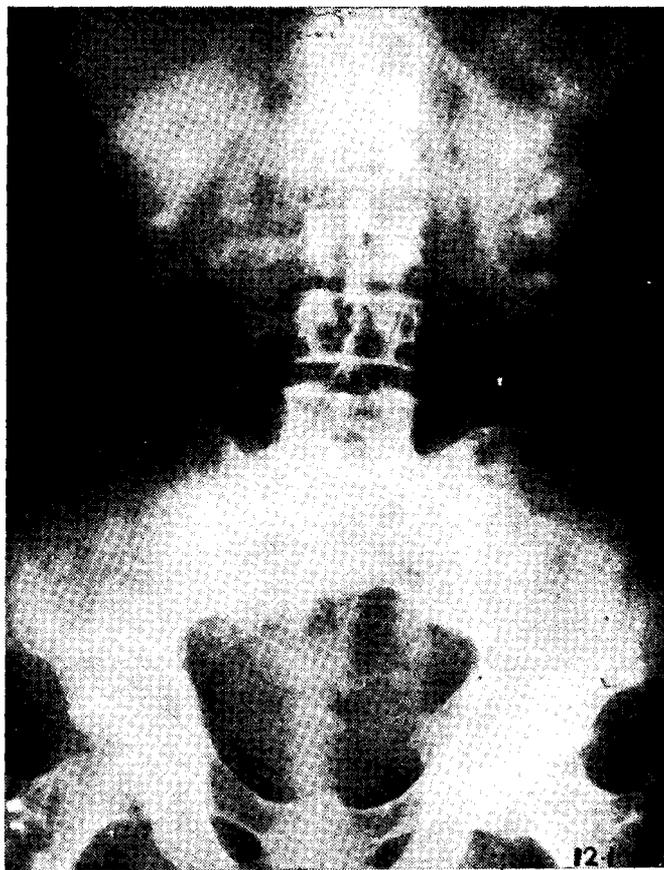


FIGURA Nº 1. — M. S. (Clientela particular). Urograma de excreción a los 15'. Gran retardo funcional, dilatación marcada. (Preoperatorio).

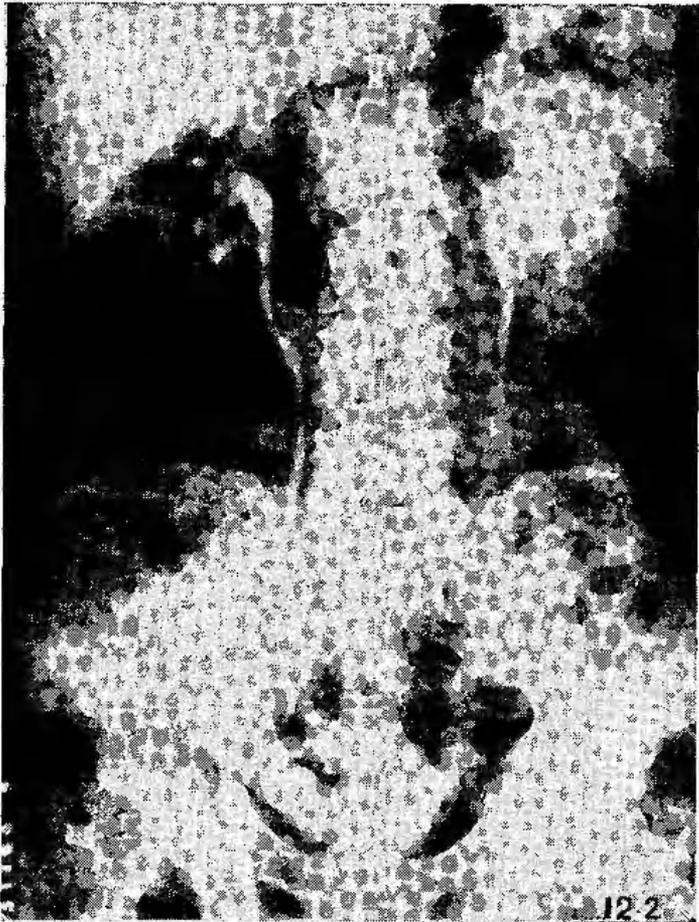


FIGURA Nº 2. — M. S. (Clientela particular). Urograma excretor, recuperación morfológica y funcional. (Post-operatorio). Rx a los 20'.