

SOBRE UN CASO DE EXTROFIA VESICAL TRATADO CON EL PROCEDIMIENTO DE MAUCLAIRE

Por los Dres. R. BERNARDI, M. BUDICH, O. CANDIA y L. PAREDES

Es innegable que de las afecciones congénitas que presenta un niño en su primer contacto con el mundo, *la extrofia vesical* es una de las más penosas:

- a) por la grave y visible deformidad.
- b) por la permanente incontinencia de orina.
- c) por la amenaza de una pielonefritis fatal a largo plazo.
- d) por la posibilidad de una degeneración neoplásica de la mucosa vesical.
- e) por la presencia del anillo óseo-pelviano incompleto que dificulta la correcta deambulacion del niño ("marcha de pato"), y, sobre todo,
- f) por las grandes dificultades que plantea su adecuada solución.

Este último problema, que el urólogo debe resolver por suerte con muy poca frecuencia en su vida profesional, lo obliga a pensar muy detenidamente, sobre el procedimiento a emplear, ya que no existe, hasta el presente y a pesar de la gran experiencia acumulada, uno solo que ofrezca entera satisfacción.

A este propósito, debemos aclarar que uno de los temas oficiales del último "Congreso Internacional de Urología" celebrado en Río de Janeiro fue el de "*Tratamiento quirúrgico de la Extrofia Vesical*", llegándose a la conclusión que, tratándose de un niño, puede intentarse algún procedimiento plástico, de resultados dudosos en su mayoría, pero pasibles de repetirse en una persona de corta edad, sin ninguna obligación, de lo contrario deben realizarse procedimientos derivativos al intestino con el objeto de combatir su más pertinaz achaque; *la incontinencia urinaria*.

En nuestra Sociedad existen pocas referencias al parecer habiéndose ocupado del mismo tema los siguientes colegas:

— En setiembre de 1953 Esperne y Claret presentaron un caso operado con la técnica de Young y un drenaje véstico-perineal en el que falló la reparación de su epispadias y estaba al 1½ año con *incontinencia*; no hay datos posteriores relativos a su evolución.

— Rubí y Grimaldi presentaron un caso similar (Rev. Soc. de Urol., año

III, mayo-abril 1954, p. 103) en un niño de 7 años tratado exitosamente con una derivación intestinal tipo Coffey, con reparación de la pared vesical *aunque llevando aún su epispadias* y que presentaba buena función renal a los 8 años de operado.

— Fonio refiere un caso personal operado en 1949 por Irazu mediante un Coffey que evolucionaba sin complicación renal a los 7 años.

— *De Lasa*, en 1955 refiere en un trabajo presentado 2 casos operados mediante el procedimiento de Coffey y cierre de la vejiga según el método de Hepburn.

El caso que presentamos hoy, el primero que pudimos tratar quirúrgicamente en nuestra larga trayectoria urológica puso a prueba la extra y benevolente confianza de los padres del niño, en nosotros, y nuestra paciencia y entusiasmo con este tipo de cirugía. Después de 24 meses, logramos un resultado que consideramos viable para el enfermito, al eximirlo de una penosa incontinencia urinaria y de una pielonefritis futura, lenta y mortal; en cuanto al *ano contra-natura definitivo*, principal objeción a este procedimiento, es tolerado muy bien por los enfermos desde el punto de vista funcional y espiritual, como lo atestiguan por otra parte los numerosos operados por cáncer del colon en los que se realiza una técnica similar.

Nuestra experiencia con el procedimiento de Mauclaire, adquirida en el tratamiento del cáncer vesical, nos permitió en este caso corregir la incontinencia y obtener el *cierre de la pared abdominal* y *el epispadias* mediante el viejo procedimiento de Young, por todos conocido. Debemos destacar que la fístula *urétero-recto-cutánea* derecha, producida con el primer Mauclaire, pudo ser solucionada fácilmente con el 2º reimplante urétero-intestinal.

Las urografías pre y postoperatorias muestran claramente la evolución del procedimiento y si bien se observa una ectasia ureteral bilateral discreta, derecha especialmente, la ausencia de síntomas renales y el progresivo buen estado general, demuestran la mejoría paulatina del enfermo. El paciente fue dado de alta a los 16 meses de la última intervención.

Los diapositivos con los esquemas y fotografías operatorias objetivizan nítidamente el proceso seguido por el enfermito hasta su curación.

Llama la atención una discreta incontinencia rectal de la orina cuando el niño está dormido.

Al cumplirse el 2º año de su operación le realizamos una nueva urografía de control, que mostramos con el objeto de seguir la evolución de la función renal.

Presentaremos brevemente su historia:

Enfermito de 7 años de edad, remitido desde Santiago del Estero por el Dr. Silberman con el diagnóstico de extrofia vesical.

1ª operación: 4 de mayo de 1962 (hace 24 meses). Procedimiento de Mauclaire; ano *contra-natura* ilíaco izquierdo definitivo y vejiga rectosigmoidea con abocamiento de los uréteres en este segmento intestinal.

Pocos días después *absceso urinoso subperitoneal* por fístula ureterosigmoidea derecha, que es abierto 18 días después de la anterior operación. Al tacto rectal se reconoce fácilmente la perforación sigmoidea.

2ª operación: 21 de noviembre de de 1962 (6 meses después).

Realizamos con toda facilidad la *reanastomosis ureteral derecha*.

3ª operación: 24 de agosto de 1963, a los 15 meses de la primera intervención. Se le practica el *cierre de la pared abdominal*, siguiendo estas etapas:

- a) Resección de la mucosa vesical y sutura del detrusor en 2 planos, con el objeto de obtener una sólida pared.
- b) Cierre del abdomen movilizándolo la aponeurosis de los rectos.
- c) Formación exitosa de la uretra epispádica mediante el procedimiento de Young, como lo muestra uno de los slides.

El enfermo es dado de alta en septiembre de 1963, en buenas condiciones, a los 16 meses de su ingreso, esperando, como ya dijimos, mostrarles un nuevo control urográfico el próximo año, 2º de su operación, con el propósito de conocer la evolución del implante uretero-sigmoideo y el estado de sus riñones.

RESUMEN

Se presenta un niño de 7 años portador de una extrofia vesical, operado con el *Procedimiento de Mauclair* (ano contra-natura definitivo ilíaco izquierdo y vejiga recto-sigmoidea) repetido en el lado derecho por fístula urétero-intestinal; cierre de la vejiga con resección de la mucosa y sutura del detrusor en 2 planos aponeuróticos. El epispadias se corrigió satisfactoriamente con el método de Young. Se muestran las urografías 2 años después de la primera intervención con un resultado morfológico y funcional satisfactorio.

DISCUSION

Dr. Bernardi: Quiero agregar unas palabras a este interesante caso.

En rigor de verdad, en mi larga experiencia es la primera vez que opero un paciente con extrofia vesical. Tuve con anterioridad dos enfermos de este tipo, uno de ellos ya de 22 años, y cuando les propuse la intervención, se fugaron.

Entiendo que en estos casos hay que hablar con claridad. No puede proponerse una operación de este tipo, con una derivación intestinal tipo Coffey o un ano contranatura o cualquiera de los procedimientos conocidos sin comunicarlo al enfermo o a sus familiares.

Este enfermo era muy distinto. Se trataba de gente muy pobre que había llegado de Santiago del Estero, la madre vivía prácticamente en el Hospital, dormía con el niño en la misma cama.

Concurrí al último Congreso Internacional de Urología en el que se trató este tema. Todos sabemos que existen procedimientos de muy difícil realización y que es un verdadero problema para el urólogo un caso de este tipo.

Después de mucho pensar llegamos a la conclusión de que era posible practicar la operación de Mauclair, con la que estamos muy entusiasmados, habiéndola efectuado en pacientes con neoplasias de vejiga.

También reunimos hasta hace unos años una señalada experiencia en materia de Coffey, en los neos de vejiga y sabemos que fuera de la metástasis el paciente al cabo de unos años fallece a causa de esa misma afección.

Por esta razón decidimos practicar la operación de Mauclair que se realiza con suma facilidad. Basta dominar la cirugía intestinal para practicarla en poco tiempo y satisfactoriamente. Tiene la ventaja de evitar la infección ascendente y en segundo lugar, no da el flegmón tan terrible de una operación tipo Coffey.

Este chico, al cabo de 8 a 10 meses de la operación, tuvo una serie de complicaciones. Solamente quiero referirme a las imágenes que se ven después de la implantación. A los pocos días, el niño tuvo temperatura que atribuimos a la pielonefritis ascendente. La verdad es que se le había formado un absceso, el que una vez abierto determinó la desaparición de la temperatura. Nuestra mayor preocupación fue la existencia de dilatación ureteral permanente. Con el transcurso del tiempo, el niño orinaba cada dos horas y al principio, tenía incontinencia nocturna.

Al cabo de unos meses le desapareció la incontinencia nocturna casi por completo y en la actualidad pierde orina de tanto en tanto. El cuadro de ectasia renal se modificó y con gran sorpresa de nuestra parte, después de haberlo dado de alta, al tiempo, a los dos años volvió el niño con muy buen aspecto general, rosado, con aumento de peso, buen apetito y la madre nos destaca que el niño juega al fútbol y monta a caballo.

Estamos muy satisfechos con el procedimiento seguido y creemos, después de la experiencia recogida que es un método digno de ser ensayado.

Dr. Guzmán: Quisiera preguntar a los relatores si dejan sonda rectal en el postoperatorio inmediato y si la sutura uréterointestinal se ha hecho sobre catéter.

La segunda pregunta que formulo es si se hizo o no ionograma previo y si tuvieron los datos en la fistula operatoria mediata o inmediata.

Dr. Carreño: Deseo felicitar a los comunicantes por el éxito obtenido en un caso de tan difícil solución.

Sin embargo, quiero formular una pequeña objeción al título del trabajo que dice: "Sobre un caso de extrofia vesical tratado con el procedimiento de Mauclaire". Da la sensación de que el procedimiento de Mauclaire fuera una plástica para corregir la extrofia vesical, cuando en realidad, es un método derivativo. Eso puede inducir a confusión en la búsqueda bibliográfica.

Evidentemente, se trata de un problema sumamente complicado, para el que aún no tenemos una solución, y ante la elección de los distintos tipos de derivación, solamente el tiempo podrá decirnos cuál es el mejor.

En la actualidad tenemos dos de estos casos que estamos siguiendo. Uno de ellos, fue operado por el doctor Sánchez Sañudo. Hace diez años se le practicó una operación de Coffey. Es una muchacha joven que se encuentra en perfectas condiciones, lleva una vida corriente, trabaja, está en buen estado general, aunque comienza a vislumbrarse la aparición de una insuficiencia renal.

Otro caso que me tocó seguirlo a mí, que lleva ya más de 15 años, es el de un niño al que se le practicó una derivación. En este momento se encuentra en perfectas condiciones aparentes, el niño se ha desarrollado y consulta porque tiene erecciones y su miembro está pegado al vientre. Se trató de hacerle un alargamiento, pero sin mayor resultado, porque la posición de su pene está determinada por los cuerpos cavernosos. Son problemas de difícil solución.

En resumen, la experiencia habrá de decirnos cuál es el mejor método derivativo. El caso que presentan los relatores constituye todo un éxito.

Me parece haber visto, a través de los slides que han sido proyectados, que el abocamiento de los uréteres ha sido hecho a la cara anterior del recto sigmoideo. ¿No hubiera sido más sencillo y de menos vuelo hacerlo a la cara posterior para que la movilización de los uréteres hubiera sido menor?

Dr. Bernardi: Me creo en la obligación de contestar porque fui el que traté este niño, en colaboración con mis colegas los doctores Budich y Paredes.

El uréter está en su posición habitual por delante del recto. Se coloca allí porque resulta mucho más simple trabajar en la cara anterior que en la posterior.

El profesor Christman practica el abocamiento de los uréteres en el sitio de la sutura. Por mi parte, entiendo que es conveniente hacerlo fuera del sitio del cierre del asa sigmoidea, porque allí puede existir alguna complicación. Me refiero a la posibilidad de que el niño tenga erección de su miembro y eyaculaciones.

A este enfermito le fabricamos una uretra y le dejamos una sonda que penetra por la uretra. Separamos las mucosas de la uretra y efectuamos una curvatura posterior, englobando todo el veru montanum. Recuerdo un paciente que fue operado hace 35 años por un distinguido cirujano, que falleció por una pielonefritis ascendente, que tenía ese inconveniente de la uretra posterior. No le habían corregido la pared abdominal y el niño lanzaba su eyacu-

lación hacia el exterior con toda la uretra posterior bien visible. Nosotros tuvimos la fortuna de poder corregir esa situación en este niño.

Dr. Budich: Agradezco la colaboración de los colegas que intervinieron en la discusión del trabajo que presentamos.