

ILIOCISTIOPLASTIA DE AMPLIACION EN VEJIGA RETRACTIL

Por los Doctores JUAN A GOLDARACENA, HECTOR G. BERRI
y JUAN GHIRLANDA

Las esclerosis vesicales exponentes en su mayor parte de la curación de cistitis tuberculosas, traen aparejadas con la disminución o desaparición de la capacidad vesical, diversos problemas a saber:

- 1) incontinencia de orina
- 2) repercusión sobre el sistema urinario alto.

Tales complicaciones justifican el empleo de variados métodos destinados a tratar de solucionar dichos problemas. La oportunidad de haber asistido y tratado a una enferma portadora de severas secuelas de T.B.C. urinaria, nos animan a su presentación, sin más pretenciones que la de contribuir a la escasa bibliografía nacional.

C. N., 24 años, argentina, soltera, procedencia Mendoza.

Antecedentes hereditarios y familiares: Sin particularidades.

Antecedentes personales: Coqueluche y sarampión en 1ª infancia; a los 20 años osteomielitis tratada quirúrgicamente en fémur derecho y diagnosticada como T.B.C. Se completó estudio de la enferma diagnosticándole una T.B.C. pulmonar. Se le efectuó tratamiento correspondiente con nicotibina, PAS y estreptomina.

Enfermedad actual: Se inicia a continuación de la osteomielitis con dolor lumbar bilateral con predominio izquierdo, polaquiuria y hematurias a repetición. Desde hace un año y medio nota exacerbación de esta sintomatología a la que se agrega incontinencia de orina y adelgazamiento de 10 Kg. Por tal circunstancia nos es remitida para su tratamiento el 30 de junio de 1963 con el siguiente:

Estado actual: Enf. en *mal estado general*, decúbito indiferente, psiquis libre, piel y mucosas húmedas y pálidas, febril. ..

Cabeza y cuello: Reflejos óculomotores conservados. Resto sin particularidades.

Tórax: Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos agregados. Aparato circulatorio: se auscultan 2 tonos normales en los 4 focos, silencios libres. T. A. Mx. 110 mm, Mn. 80 mm de Hg.; pulso: 100 por minuto, igual, regular, amplio, tenso:

Abdomen: Plano, excursiona bien con la respiración, indoloro a la palpación superficial y profunda. No se palpa hígado, bazo ni tumoraciones.

Miembros: Nada de particular, salvo cicatriz retráctil en tercio sup. cara externa de muslo derecho.

Sistema nervioso: Reflejos cutáneos y ósteotendinosos conservados.

Aparato génito-urinario: Orinas: turbias; uretra: permeable; residuo: 0; vejiga: indolora la palpación de hipogastrio; capacidad: 10 cc.; ureteres: puntos ureterales indoloros; riñones: derecho sin particularidades, izquierdo agrandado y doloroso a la palpación bimanual; examen ginecológico: himen conservado, vagina estrecha, elástica, útero en anteversoflexión, fondos de saco libres e indoloros; tacto rectal: sin particularidades.

Exámenes de laboratorio: Uremia: 0,70 gr. ‰; glucemia 0,95 gr. ‰; eritrosed. 1ª h. 52 mm; 2ª h. 87 mm; índice de Katz 47; glóbulos rojos: 3.770.000; blancos: 7.000; Hto. 36%; Orina: densidad 1009, alcalina, vestigios de albúmina, contiene pus, pigmentos hemáticos y

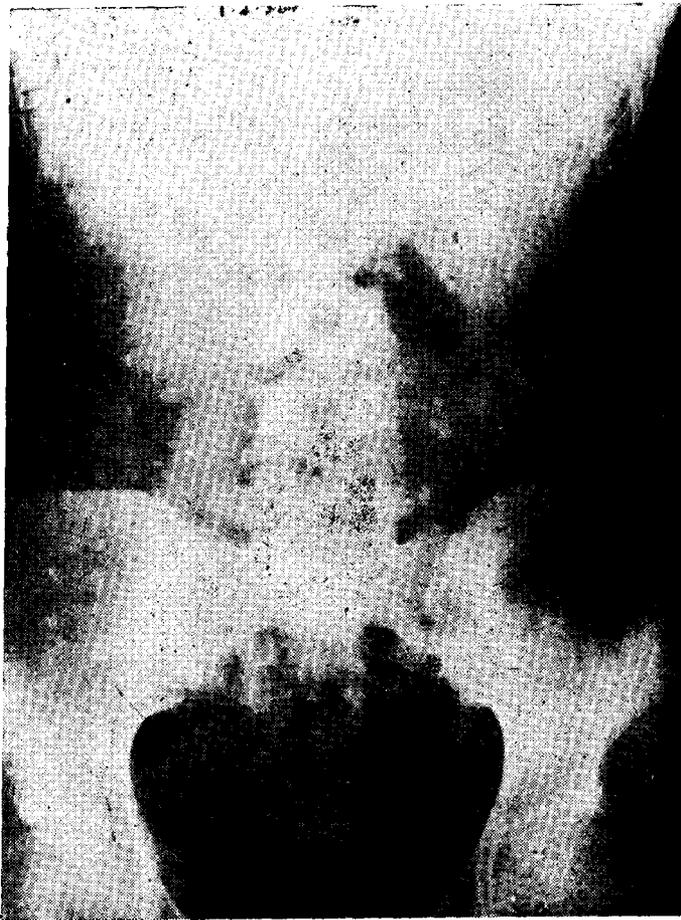


Fig. 1

sales biliares, no contiene. Sedimentos: abundantes células planas y microorganismos. Análisis bacteriológico: *Koch negativo*, se observa. Coli. Antibiograma: sensible a la Furadantina + + +, Kanamicina + +, Terramicina + +. Inoculación al cobayo: negativa. Reacción tuberculínica: 1 ‰ +.

Estudio radiográfico: Radiografía de tórax: elementos fibrosos en vértice izquierdo, resto s/p. Radiografía directa de árbol urinario: s/p. Urograma de excreción: falta de función secretora riñón derecho. Riñón izquierdo: función secretora retardada, con dilatación urétero-

pielocalicular (ver Rad. N° 1). Cistografía: Se logra introducir solo 10 cc. de sustancia de contraste, visualizándose pequeña vejiga en cabeza de ofidio con reflujo ureteral izquierdo. (ver Rad. N° 2).

Internada la enferma para su estudio desmejora apreciablemente su estado general con aumento de la sintomatología urinaria y aparición de tensión dolorosa en región lumbar izquierda. Al mismo tiempo dosajes sucesivos muestran un aumento progresivo de los niveles de la úrea en suero que obligan a efectuar una nefrostomía izquierda a cáliz inferior, la que se efectúa sin inconvenientes.

Post-operatorio inmediato: Tumultuoso, con caídas tensionales que obligan a perfundir Levofed en solución. La diuresis del primer día es de 400 cc. aumentando significativamente



Fig. 2

a 1.600 cc. el segundo y manteniéndose en 2.500 cc. los días posteriores, con una T.A. de Mx. 130, Mn. 70 mm de Hg.

Lentamente se va recuperando el estado general, siendo dada de alta a los 30 días con una uremia de 0.50 gr. %; orina: D. 1008; T.A. Mx. 120 mm., Hg. Mn. 70 mm. Hg.

A los cuatro meses, en febrero del corriente año, reingresa para control siendo internada para considerar las posibles conductas a seguir.

En este intervalo se efectúan inoculaciones al cobayo que dan resultado negativas. El estado general ha mejorado significativamente aumentando 6 Kg. de peso.

Los análisis efectuados fueron los siguientes: Uremia: 0,45 gr. %; glucemia: 0,80 gr. %; eritrosedimentación: 50 mm en la 1ª hora; 85 mm en la 2ª hora; índice de Katz: 46; orina D: 1009 turbia, alcalina, regular cantidad de leucocitos granulados; glóbulos rojos: 4.200.000; blancos: 7.200; Hto.: 40 %.

El examen radiográfico efectuado demostró a la pielografía anterógrada o lumbar por la sonda nefróstomica buen tránsito pieloureterovesical y una vejiga del tamaño de una uva. (ver Rad. Nº 3).

El buen estado general de la paciente y su edad nos deciden a efectuarle una ileocistoplastia de ampliación. Previa preparación del intestino con neoftiazol y sigmamicina y con fecha 3 de marzo de 1964 se la interviene.

Parte quirúrgico: Enferma intubada con sonda nasogástrica. Anestesia peridural continua sin inconvenientes. Incisión mediana infraumbilical. Se abre peritoneo, se efectúa la liberación de vejiga la que del tamaño de una uva se encuentra en un magma de pericititis esclerolipomatosa. Se aísla a unos 30 cm del ángulo ileocecal un trozo de intestino delgado de unos 16 cm de largo, constatándose la buena movilidad para su posterior adaptación a vejiga.

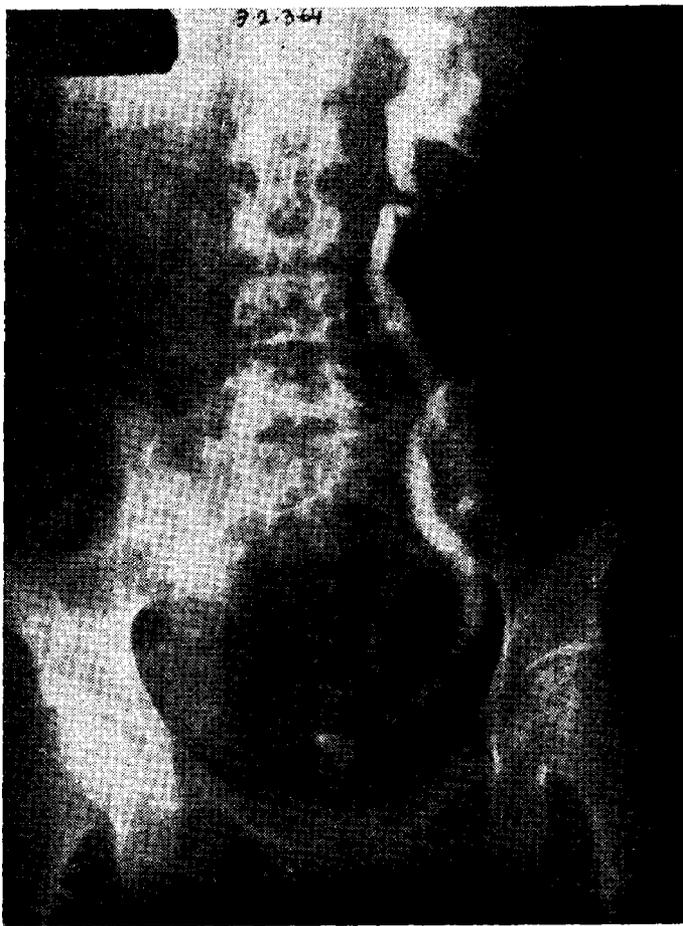


Fig. 3

Coprostasis. Se incide una de las hojas del mesenterio y posteriormente se efectúa la ligadura y sección de los vasos del meso. Se efectúa anastomosis término-terminal de los cabos de intestino, por delante del asa aislada. Se efectúa un 1er. plano perforante con sutura continua con catgut crómico 0 y un 2º plano serosero a puntos separados con lino fino. Cierre de los extremos del asa aislada con una primera sutura continua con catgut 0 crómico y poste-

riormente jaretas invaginantes con lino fino. Apendicectomía típica profiláctica sin inconvenientes. Cierre de la brecha mesentérica con puntos separados de lino fino, con jareta en su extremidad inferior. Se extraperitoniza el asa aislada efectuando puntos separados con lino entre peritoneo y cara posterior del meso.

Abertura transversal de la vejiga y resección de tejidos esclerofibrosos. Se investigan meatos ureterales, no pudiendo ubicarse el derecho, siendo permeable al cateter ureteral izquierdo. Se investiga *cuello vesical* el que se encuentra sin alteraciones.

Abertura transversal del asa en la parte media del borde antemesentérico y sutura con la abertura vesical en 2 planos con puntos separados catgut 1 simple dejando sonda Petzer 30 por uretra. Se fijan ambos extremos del asa a la pared de la pelvis.



Fig. 4

Cierre de peritoneo con surget catgut 0 simple, dejando 2 drenajes laminares paravesicales. Cierre de pared por planos, músculo puntos en U con catgut 0 simple, aponeurosis con puntos en X catgut 2 cromado. Piel lino puntos simples. Se transfunden en el acto quirúrgico 1000 cc. de sangre.

En el pre y postoperatorio se le efectuaron controles de medio interno diarios no habiéndose comprobado alteraciones dignas de mención. La diuresis postoperatorias osciló entre 2.500 y 3.000 cc. y la uremia entre 0,50 y 0,70 gr. ‰. La T. A. entre 110/70; peso 48 Kg.

A los 5 días se retiran los drenajes paravesicales, la enferma evoluciona perfectamente bien. Al mes se le efectúa *pielografía anterógrada*, visualizándose buen trayecto pieloureteral y una amplia vejiga de sustitución. (ver Rad. 4). A los 35 días se cierra provisoriamente tubo nefrostómico, manteniéndose la diuresis en 2.500 cc. por sonda vesical. 10 días después, con una uremia de 0,45 gr. ‰ se retira tubo nefrostómico, dejando sonda Petzer en vejiga.

Se cierra la fístula lumbar espontáneamente sin inconvenientes y a la semana se saca sonda Petzer indicándole a la enferma que orine cada hora.

Se le efectúa controles de uremia 0,45 gr. ‰ y una radiografía directa de árbol urinario s/p con *urograma* de excreción que demuestra recuperación de la morfología pielocalicilar. Se efectúa también *cistografía* de relleno y miccional que demuestra con 120 cc. falta de reflujo. (ver Rad. Nos. 5 y 6).

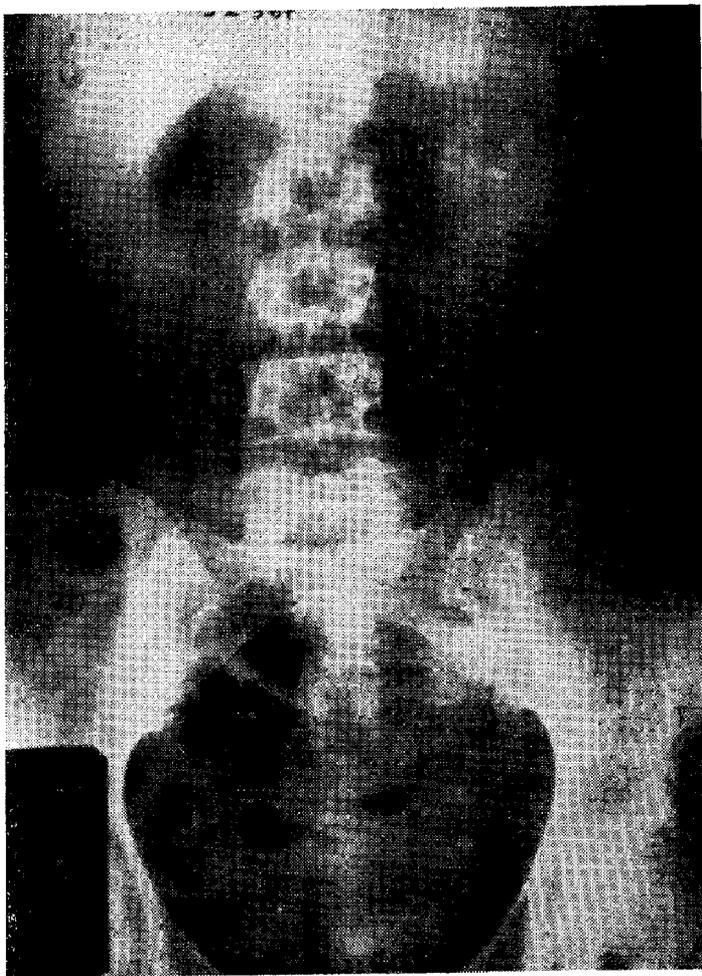


Fig. 5

CONSIDERACIONES

Creemos que el presente es uno de los casos que justifican el empleo de un trozo de intestino delgado aislado del resto del mismo, para que anexado a la vejiga le reintegre a ésta su capacidad útil, haciendo desaparecer a su vez,

la gran presión intracavitaria que tan nocivamente actúa sobre el árbol urinario superior.

La clara necesidad de asegurar un pronto y seguro drenaje nos obligó a efectuar la nefrostomía del único riñón funcionante.

Creemos que tal eventualidad favoreció la evolución de la 2ª intervención, por el mejoramiento del estado general de la enferma y la derivación urinaria que permitió un postoperatorio con un árbol urinario bajo en reposo.



Fig. 6

RESUMEN

Los comunicantes presentan 1 caso de iliocistoplastía en vejiga retraída. Se hacen breves consideraciones sobre la necesidad de nefrostomía e incidencia sobre la evolución del postoperatorio.