

MORBIMORTALIDAD DE LA NEOVEJIGA RECTAL (Operación de Mauclaire modificada)

Dr. Roberto María Quintana

Conclusión

De acuerdo con nuestra experiencia y comparando los resultados con los de otros autores, creemos que la ureterostomía transrectal según Mauclaire modificada, si bien no es la derivación urinaria ideal, ofrece más ventajas que otras descritas hasta el momento, siempre y cuando se trate de pacientes con carcinoma de vejiga, uretra o cuello uterino.

Fundamentamos esto en base a la relativa baja mortalidad, a las complicaciones que son de más sencilla resolución, la ausencia de problemas electrolíticos y metabólicos, y a que es mínima la morbilidad permanente, dando al paciente un aceptable confort.

Introducción

Objeto. Detallar las complicaciones, su evolución y los tratamientos instituidos para su solución, como así también analizar las causas de deceso ocurridas por la realización de la neovejiga rectal (operación de Mauclaire modificada). Se considerarán exclusivamente las muertes y complicaciones imputables a la derivación urinaria o al acto quirúrgico en general (o sea morbilidad operatoria), excluyéndose la mortalidad provocada por la misma enfermedad originante de este tratamiento. Al respecto debemos aclarar que todos los pacientes eran portadores de carcinoma vesical en diferentes estadios, a excepción de 1 caso que padecía de un carcinoma uretral.

Material y métodos

Se presentan 16 enfermos en quienes se realizó ureterostomía transrectal con colostomía sigmoidea definitiva (según Mauclaire modificado). La edad promedio era de 51 años, con un rango de 29 y 74 (derivaciones estándar 12), del total de enfermos, 7 eran vírgenes de tratamiento, habiéndose realizado en los restantes resecciones a cielo abierto o endoscópicas. La evolución clínica del carcinoma databa de un período variable entre 3 meses y 3 años previos a la intervención.

En 3 de los pacientes se efectuó la derivación urinaria y la cistectomía en tiempos sucesivos y en otros 3 la neovejiga rectal fue realizada por indicación de necesidad como único método quirúrgico.

En lo referente a la técnica operatoria, como así también a los aspectos de mediciones manométricas y controles endoscópicos de la ureterostomía transrectal ya han sido exhaustivamente tratados en una presentación previa.

Resultados

De los 16 enfermos intervenidos quirúrgicamente 3 fallecieron en el posoperatorio inmediato (mortalidad operatoria total 18,7 %) y por causas inherentes a la misma operación. Uno de ellos presentó reiteradas necrosis de tres colostomías sucesivas imputables a su aterosclerosis generalizada; cabe acotar que era portador de un síndrome de Leriche completo. Otro recibió transfusión de sangre incompatible, falleciendo en insuficiencia renal irreversible.

CUADRO 1
Mortalidad operatoria de ureterostomía transrectal (Mauclaire)

16 pacientes operados

- 1 Shock séptico - Peritonitis - Necrosis - Colostomía.
- 1 Insuficiencia renal aguda postransfusión incompatible.
- 1 Evisceración - Peritonitis - Fístula intestino delgado.

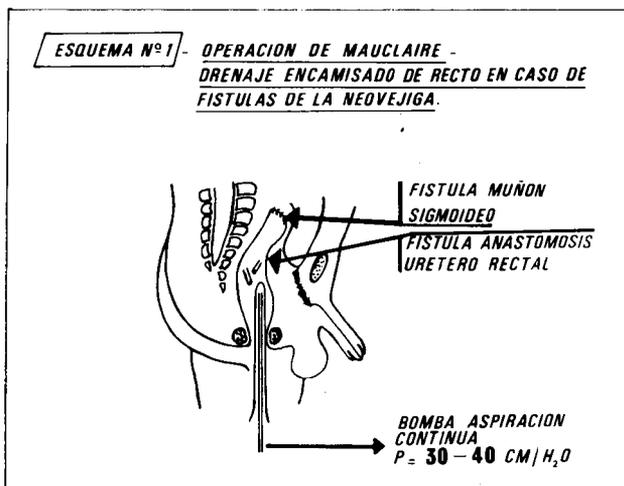
Total: 3 (18,7 %)

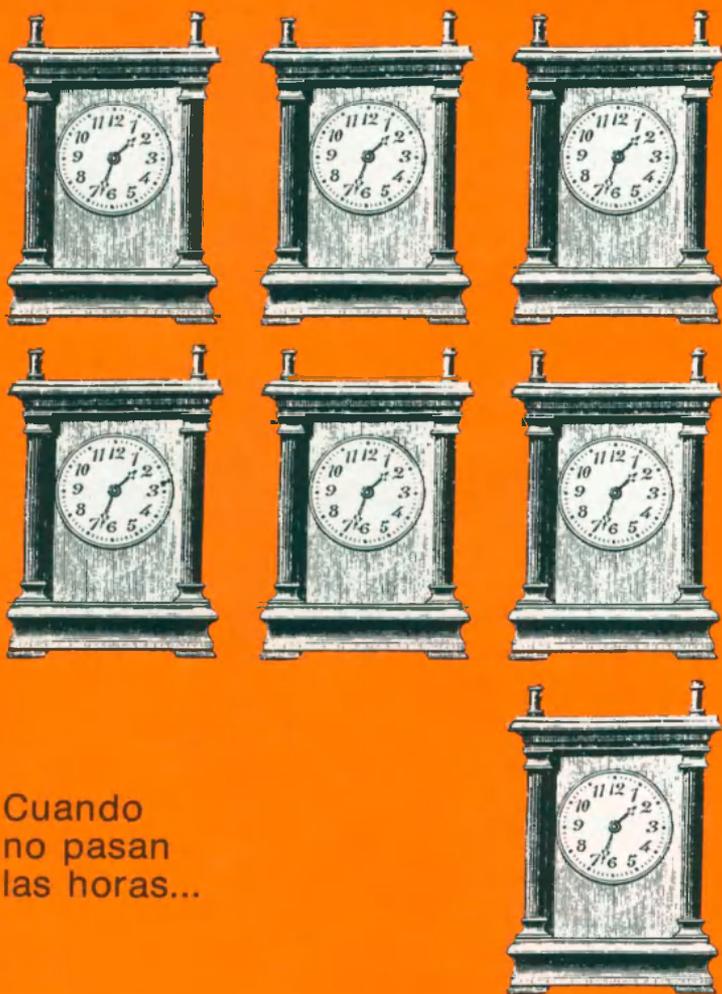
El tercero presentó evisceración de su laparotomía, peritonitis y fístula de intestino delgado que lo llevó a la muerte, tratándose de un paciente con muy mal estado general por impregnación carcinomatosa, en quien la derivación se indicó de necesidad (cuadro 1).

CUADRO 2
Morbilidad operatoria de ureterostomía transrectal (Mauclaire)

16 pacientes operados			
Inmediatas	Mayores	Fístula rectocutánea ...	2
		Necrosis colostomía ...	1
		Hemorragia digestiva ..	1 25 %
Menores	Absceso de herida	Absceso de herida	8
		Absceso paracolostómico	1 56 %
Mediatas	Eventración laparotómica	Eventración laparotómica	1
		Rectitis	4
		Incontinencia nocturna	1 39 %
Morbilidad permanente: 2 (14 %)			

Se presentaron 2 fístulas rectocutáneas que en sí no descompensaron el estado general de los pacientes, y que fueron solucionadas con un drenaje encamisado de recto colocado en forma permanente entre 7 y 15 días (esquemas 1 y 2).





Cuando
no pasan
las horas...

HIPNOTICO POTENTE DE EXCEPCIONAL TOLERANCIA EN DOSIS BAJAS

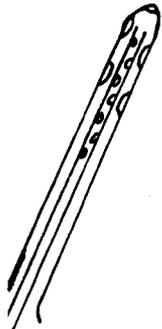
Rohypnol

comprimidos birranurados con 2 mg
ampollas (1 mi) con 2 mg

frascos con 10 y 30
caja con 6 ampollas



DETALLE DEL DIBUJO ANTERIOR



**BOMBA ASPIRACION
CONTINUA**

Uno de los pacientes presentó desvitalización del muñón colostómico, hasta nivel aponeurótico, lo que se resolvió con una recolostomía *in situ*. Una hemorragia digestiva, en un paciente con antecedente acidossensitivo, agregó el stress quirúrgico, cedió con el tratamiento médico adecuado que le fue instituido.

Fueron muy frecuentes las supuraciones de herida laparotómica y también una paracolostómica y que en parte deben ser adjudicadas al medio hospitalario en el que se realizaron las intervenciones. Todas fueron drenadas y curaron sin secuela, a excepción de una, que dio origen a una eventración laparotómica.

Como complicaciones mediatas más importantes fueron las rectitis, que se produjeron en 4 casos. Excepto en 1 paciente con mal estado general, los demás respondieron satisfactoriamente al tratamiento indicado. Este consiste en instilaciones en la neovejiga de solución salina con Solucortril 100 mg, aceite de hígado de bacalao 50 g, y láudano de Sydenham 15 gotas, y administración *per os* de Salicilazo sulfapiridina (Azulfidine NR), 8 comprimidos de 0,50 por día. Sin embargo, en 1 paciente esta medicación sólo logró resultado parcial, siendo éste un caso cuya morbilidad fue permanente.

La incontinencia rectal nocturna se presentó en varios casos, pero todos se normalizaron antes de los 30 días del posoperatorio, permaneciendo 1 paciente con esta sintomatología, por lo que debe recurrir frecuentemente al uso de tubo rectal nocturno.

Bibliografía

1. Mauclair: "De quelques essais de chirurgie expérimentale applicable au traitement de la extrofité vésicale des abouchements anormaux du rectum, des anus contrenature complexes". Cong. Français de Chir., 546-552, citado por Papin (1925).
2. Lapiques, J.: "Mechanism of electrolyte imbalance following ureterosigmoid transplantation". Surg. Gynec. & Obst., 93:691, 1951.
3. Kinnan, L.; Sauer, D.; Houston, V.; Melick, W.: "Substitution of the excluded rectosigmoid colon for the urinary bladder". AMA Arch. Surg., 66:531, 1953.
4. Mitchell, A.; Valk, W.: "Hyperchloremic acidosis of ureterosigmoideostomies". J. Urol., 69:82, 1953.
5. Smith, G.; Hinnan, F.: "The rectal bladder (colostomy with ureterosigmoideostomy): Experimental and clinical aspects". J. Urol., 74, 1955.
6. Paull, D.; Hodges, C.: "The rectosigmoid colon as a bladder substitute". J. Urol., 74:47, 1955.
7. Melick, W.; Naryka, J.: "The results of ureteral transplantation to a rectosigmoidal pouch". J. Urol., 74:47, 1955.
8. Tralenco, A.; Mathis, R.; Bernardi, R.: Mesa redonda sobre derivaciones de orina. XXVIII Congreso Argentino de Cirugía, 2: 269, 1957.
9. Hodges, G.; Lehman, T.; Moore, R.; Loomis, R.: "Use of ileal segments in urology". J. Urol., 85:573, 1961.
10. Kerr, E.; Robson, G.; Russel, J.; Bourque, J.: "Collective review of urinary tract diversions: Canadian Academy of Urological Surgeons". J. Urol., 87:853, 1962.
11. Auvert, J.: "Physiologie de la voie excrétrice". Encyclopédie Médico Chirurgicale, 18.068, 1962.
12. Christmann, F.: "Cáncer vesical: Derivación urinaria y neovejigas". XXXIV Congreso Argentino de Cirugía, 2:1041, 1963.
13. Jaffe, B.; Bricker, E.; Butcher, H.: "Surgical complications of ileal segment urinary diversion". Ann. Surg., 167:367, 1968.
14. Pankhurst, E.: "Experiencia con más de 500 vejigas ileales en 12 años". J. Urol., 99:434, 1968.
15. Ellis, E.; Udall, D.; Hodges, C.: "Further clinical experience with intestinal segments for urinary diversion". J. Urol., 106:354, 1971.
16. Javkin, B.; Shifini, F.; Agresta, E.; Herrero Ducloux, K.: "Reemplazo de vejiga (Vejiga rectal)". Actas Academia Argentina de Cirugía, agosto 1972.
17. Quintana, R.; Mingote, P.; Filipin, D.: "La neovejiga rectal en el tratamiento del cáncer vesical" (1976). Revista Sociedad Argentina de Urología (en prensa).

Discusión

La primera cuestión a plantear es respecto a la mortalidad operatoria. Nuestra estadística fue precedida por informes promisorios, entre ellos el de la revisión efectuada por la Academia Canadiense de Cirugía Urológica (1962), donde la mortalidad del grupo en que se efectuó la neovejiga rectal fue significativamente menor que en la ureterostomía transileal. Confirmado esto, creemos presentar una baja mortalidad con referencia a los otros tipos de derivación realizados en nuestro medio.

Cabe agregar que los pacientes fallecidos por causas derivadas del mismo acto quirúrgico ocurrieron en la primera mitad de nuestra experiencia, donde quizá la selección no fue tan estricta, realizando la intervención en pacientes con realmente baja condición quirúrgica, y además en un solo tiempo operatorio.

Fundamentamos estos resultados en que la ureterostomía transrectal es un procedimiento relativamente sencillo, sin anastomosis intestinales, y cuyas posibilidades de fistulas urinarias (extremo distal de la sección del intestino o el abocamiento ureteral) son siempre extraperitoneales. Es de resaltar que según diversos autores (Hodges, Ellis y Kerr), las complicaciones derivadas de la anastomosis intestinal, la ureteroileostomía, hernias internas y necrosis del asa, varían entre un 10 y 16 %, responsabilizando de ello a un número elevado de muertes operatorias. Si bien en nuestra serie se presentaron dos fistulas rectocutáneas y una necrosis de colestomía (o sea 21 %), éstas fueron solucionadas con tratamiento no cruento ya antes referido o con una sencilla recolostomía, no elevando significativamente el promedio de internación.

No hemos observado en ningún caso problemas metabólicos ni electrolíticos, ni pielonefritis ascendente; esto es debido, por un lado, a la metaplasia de la mucosa rectal, a la escasa superficie expuesta al contacto de la orina y a las bajas presiones del reservorio, tal como fue demostrado en nuestro trabajo precedente. Contrasta esto con las cifras recopiladas por el XXVIII Congreso Argentino de Cirugía, de los autores Leadbetter y Clarke, sobre 2.879 casos, donde refieren, y a pesar de los diferentes métodos de ureterosigmoideostomía, una incidencia de acidosis hipoclorémica entre 35 y 40 %, y una mortalidad alejada de causa renal de 17 %.

De las cifras dadas por Ellis y Hodges, los problemas referidos al estoma ileal, o sea dermatitis, estenosis, mala ubicación del colector, estoma corto o bien redundante, etc., oscilan entre un 25 y 40 %. Esto habla a favor de un estoma seco (la colostomía sigmoidea en gárgola), de manejo sencillo y que puede obviar el uso de colector; y en un plano más general, es también más satisfactorio el resultado de la neovejiga rectal en cuanto a la morbilidad permanente, que corresponden a una rectitis y a una incontinencia nocturna (o sea al 14 %).