

Detubulización de la operación de Camey. Nueva técnica: ileo-ileocistoplastía

Dres. METZ, L. M.; FAYAD, E. J.; ROMANO, V.; URRUTIA, J.; EKIZIAN, D.; ALONSO, J. C. (*)

RESUMEN: Se describe una desfavorable evolución de una ileocistoplastia realizada con la técnica de Camey clásica y su resolución quirúrgica con una ileoplastía de aplicación a la ileocistoplastia.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, pág. 1, 1992)

Palabras clave: Vejiga - Ileocistoplastía - Técnica de Camey - Complicación tardía

INTRODUCCION

Las complicaciones de la técnica de Camey clásica pueden ser urológicas y no urológicas; entre las complicaciones urológicas se encuentran la incontinencia, litiasis, fístulas urinarias, infecciones, estenosis y reflujos ureteroi- leales; las no urológicas son las fístulas entéricas, hernias internas y estenosis ileales.

MATERIAL Y METODOS

En el urograma realizado a los 6 meses de la operación, que fue efectuada el 18/12/1984, se visualiza un buen resultado (figura 1).

En el urograma realizado a los 2 años de la operación se ve una incipiente dilatación piélica derecha (figura 2).

Al recibir nuevamente a la paciente a los 4 años de operada y en buen estado general, le realizamos este urograma (figura 3) que muestra una severa dilatación ureteropié- lica derecha, una más moderada izquierda y del asa entérica.

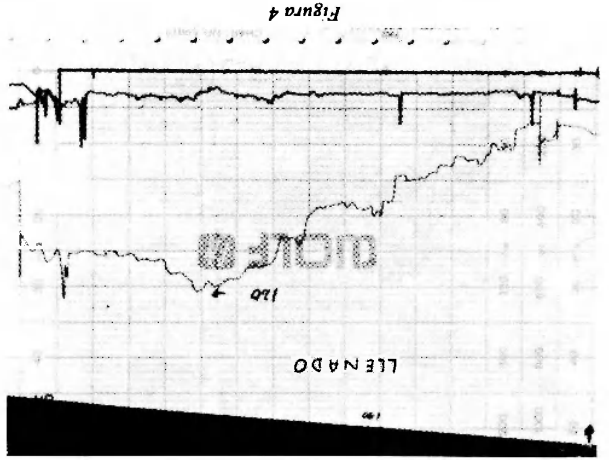
Se realizaron estudios urodinámicos que pusieron de manifiesto una hiperpresión vesical durante la fase de llenado; deseo miccional a los 100 ml, capacidad vesical:



Figura 1

(*) Servicio de Urología, Institutos Médicos Antártida.
Hospital Privado. Rivadavia 4979. Buenos Aires.

Climáticamente presentaba infecciones urinarias, poliquiuria intensa e incontinencia de orina nocturna.



250 ml, presión basal de 20 cm de agua; importante pérdida de la acomodación con 100 ml de capacidad = 60 cm de presión del detrusor y con 250 ml. = 100 cm de agua de presión del detrusor (figura 4).

Operamos a los 49 meses de su ileocistoplastia, el 2/1/1988, realizando la apertura del asa intestinal de la ileocistoplastia, comprobando buena implantación ureteral izquierda y estenosis ureterovesical derecha; aislamos la anteuúltima asa de intestino delgado y luego de detubularla procedimos a anastomosarla al asa de la ileocistoplastia (figuras 5 y 6).

Seccionamos el uréter derecho por fuera del asa intestinal, reimplantándolo según la técnica de Le Duc-Carney (figuras 7 y 8).

Pensamos que la solución completa de sus problemas podría realizarse en un mismo acto quirúrgico, explorando el reimplante izquierdo, reimplantando el uréter derecho y realizando una ileoplastia de ampliación a la ileocistoplastia, detubularla esta, colocando un parche de intestino delgado para aumentar la capacidad vesical y disminuir, por lo tanto, su contractilidad, aumentando su acomodación.

Interpretamos que estábamos en presencia de una de las más importantes complicaciones de las técnicas que utilizan asas intestinales no detubularizadas, cual es la hiperpresión asociada en este caso a estenosis (reflujo) ureterovesical y un reflujo pasivo izquierdo, corroborado con cistografía.

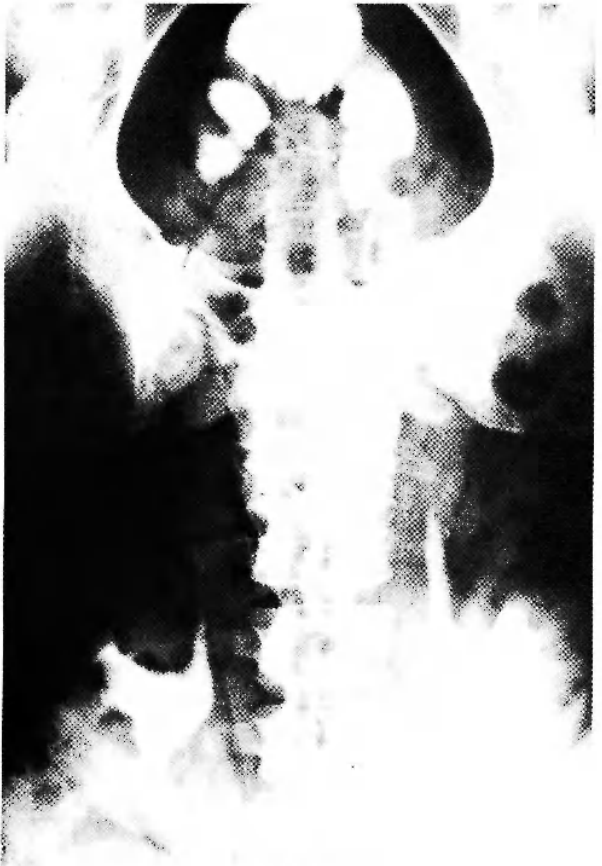


Figura 2



Figura 3

Figura 5



Figura 6

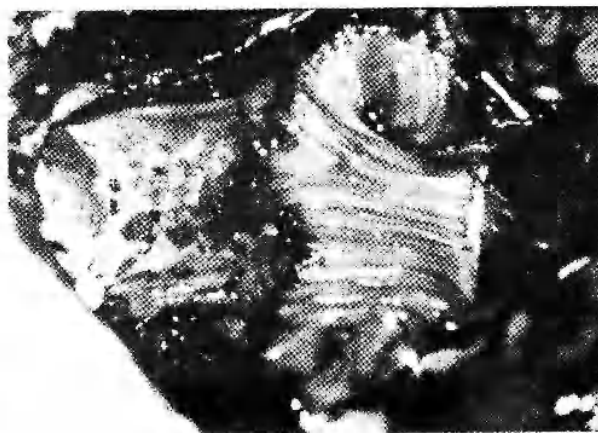


Figura 7

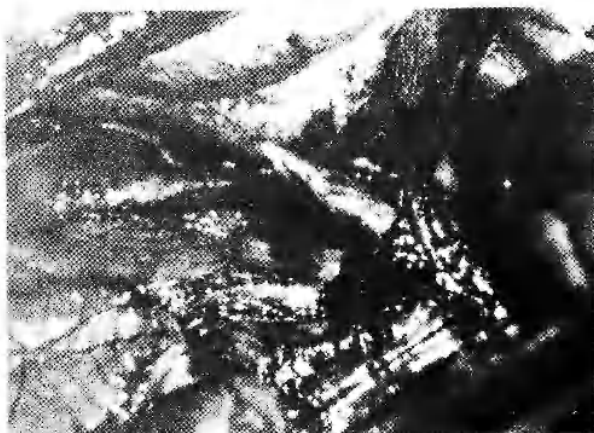


Figura 8



Continuamos suturando las paredes laterales (figura 9)

Se completa el cierre de la nueva vejiga ileal (figura 10).

La evolución clínica de la paciente fue favorable, desapareciendo la polaquiuria y la incontinencia de orina.

En el estudio urodinámico posterior (a los 6 meses de la operación) se puede observar una notable mejoría de la acomodación vesical y un aumento de su capacidad; deseo miccional a los 250 ml, capacidad vesical: 400 ml, presión basal de 20 cm de agua con importante mejoría de la acomodación, con 300 ml de capacidad = 20 cm de agua de presión del detrusor y con 400 ml = 40 cm de agua de presión del detrusor (figura 11).

El urograma excretor de la misma fecha muestra una normalización de la eliminación bilateral y se evidencia el aumento de la capacidad vesical (figuras 12 y 13).

La micción fue de prensa abdominal pre y post operatoria con escaso residuo posmiccional.



Figura 9

1. Couvrelare: "Le reservoir iléal de substitution après cystectomie totale chez l'homme", Journal de Urologie, 1951-57, pag. 408.
2. Carney: "First case 1958. Complications of the Carney procedure". Urol. Clin. of NA. May 1988-15, N° 2, pag. 249.

BIBLIOGRAFIA

Ante la alternativa de tener que rehacer por completo una ampliación vesical, se prefirió aprovechar lo realizado creando un nuevo método de detubularización, colocándole un parche de ileon al ileon de la ileocistoplastia; hemos denominado a esta técnica como ileo-ileopastia.

Los resultados de la misma han demostrado una vez más la veracidad de la teoría de la detubularización.

Figura 11

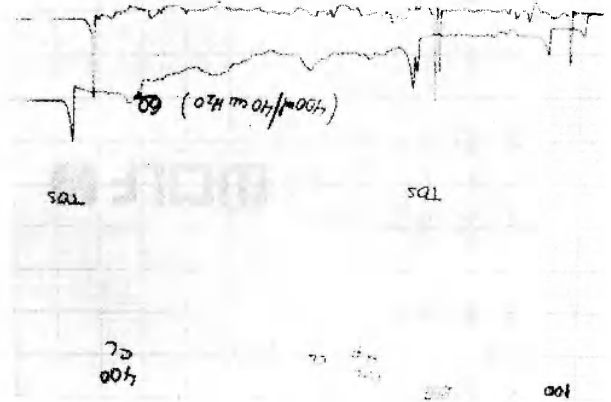


Figura 10



Como es ya bien conocido, el uso de asas intestinales no detubularizadas en los reemplazos urinares puede traer complicaciones fundamentalmente debidas a la mala acomodación del tubo, situación que se evita detubularizando; esto sucedió en nuestra paciente pudiendo ser en parte el origen del resto de las complicaciones urinarias.

COMENTARIOS

Figura 13



Figura 12



Instilación de un éxito terapéutico

en carcinoma *in situ* de vejiga con o sin tumores papilares.

IMMUCYST BCG TERAPEUTICA



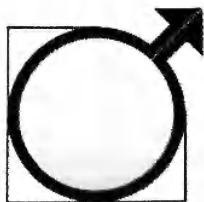
 **CONNAUGHT**
LABORATORIES LIMITED
A PASTEUR MÉRIEUX COMPANY

REPRESENTADO POR:



INSTITUTO MERIEUX ARGENTINA
UNA SOCIEDAD PASTEUR MÉRIEUX

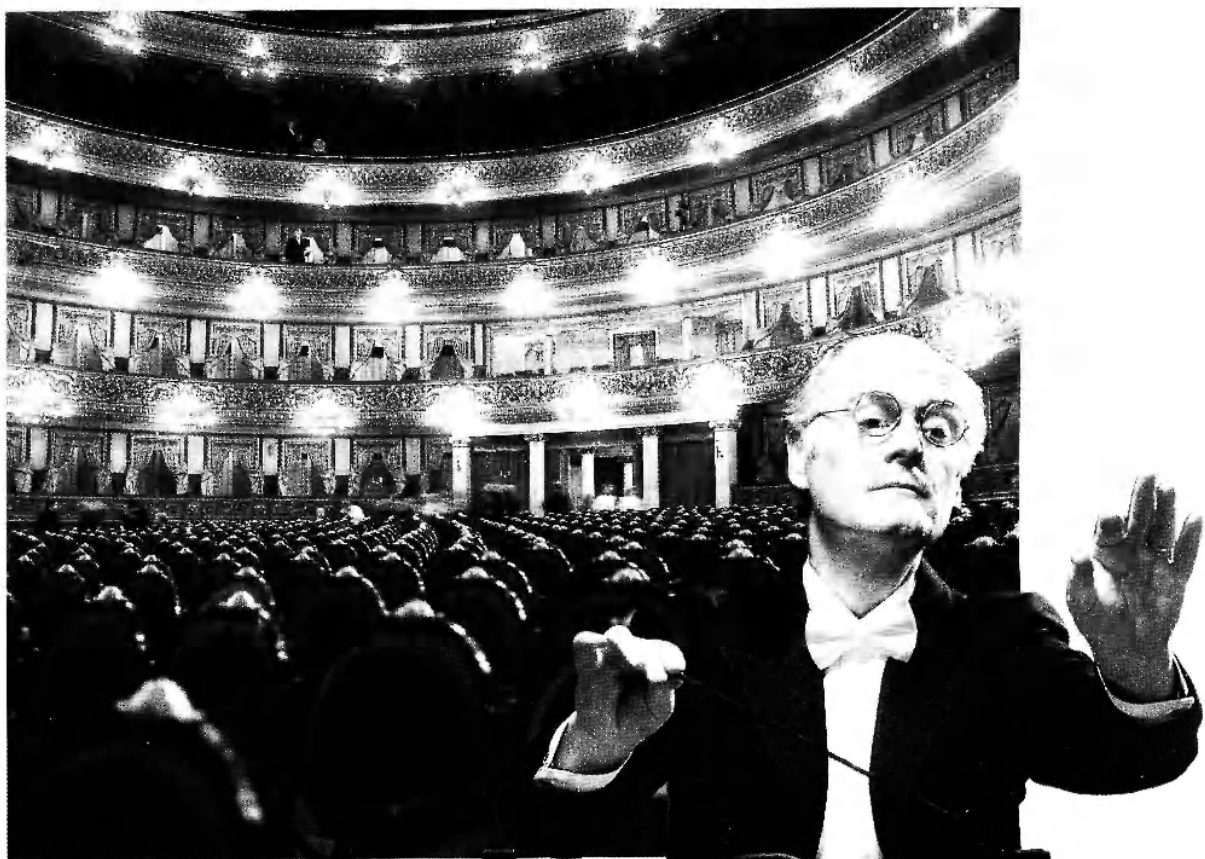
Tacuari 163 (1071) Buenos Aires - Argentina. Teléfonos y Fax: 334-6165/2507/0913.
Télex: 18660 DELPHI AR para usuario INSTMERIEUX



PERMIXON

Serenoa Repens Bagó

Antiprostático Integral



PRESENTACION:

Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos.



Bajo licencia de
P.F. Medicament



BagóPharma
Internacional

3. Camey: "Enterocystoplastie de substitution". E. M. C. 41210.
 4. Le Duc-Camey: "Un procédé d'implantation urétéro-iléal anti-reflux dans l'enterocystoplastie". Journal d'Urol. et Nephrol. 1979-7 p. 449.
 5. Camey-Le Duc: "Le enterocystoplastie après cysto-prostatectomie totale pour cancer de la vessie". Ann. Urol. 1979-13:114.
 6. Lilien-Camey: "25-year experience with the human bladder (Camey procedure)". J. Urol. 1984-132:886
 7. Camey: "Bladder replacement by ileocystoplasty following radical cystectomy". World J. Urol. 1985-B-161
 8. Lilien: "Commentary and critique of M. Camey enterocystoplasty". Urol. Clin. of NA. 1986-13:345.
 9. Camey-Botto: "Bladder replacement by ileocystoplasty". Year Book Medical Publishers. 1986-23:336.
 10. Camey: "Presentación del video sobre la operación de Camey tipo II". 81° Congreso de la Asociación Francesa de Urología. Nov. 1987.
 11. Le Due-Camey-Teillac: "An original anti reflux uretroileal implantation tecnica: long term follow up". J. Urol. 1987-137:1156.
 12. Camey-Botto-Richard: "Complications of the Camey procedure". Urol. Clin. of N.A. 1988-15, N° 2, pág. 249.
 13. Camey: "Enterocystoplastie of substitution". E. M. C. 41210. Set. 1988.
 14. Nurmi-Puntala: "Evaluation of upper and lower tracts after Camey operation". Sacnd. J. Urol. Nephrol. 1989-23 (4):275.
 15. Leandri-Rossignol: "Low pressure bladder replacement Camey tipe II". Video-teque Recomberlag. Missiontrans 36 CH 4012 Basels. Switzerland.
 16. Leandri-Rossignol: "Ileal low-pressure bladder replacement: Camey type II". Eur. Urol. 1990-18 (3):161.
 17. Piatte-Gattegno: "Low pressure enterocystoplasty after prostatectomy for cancer". Ann. Urol. 1990-24 (3):193.
-