

*Servicio de Patología Quirúrgica A de la Facultad de  
Medicina de Barcelona, Prof. R. ARANDES*

## Descripción de una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la pequeña vejiga y de la ureteritis tuberculosa en riñón único

R. ARANDES ADÁN    J. M.ª GIL-VERNET VILA

Recientemente hemos publicado una nota previa sobre un caso con síndrome de pequeña vejiga tratado mediante una enterocistoplastia (Resultado de una enterocistoplastia por pequeña vejiga tuberculosa. Bol. Col. Med., noviembre 1955). Como es sabido, en este caso recurrimos al empleo de un segmento de intestino grueso para ampliar el reservorio urinario. La referida publicación, juntamente con la presente, sirven de base para un próximo estudio en el que revisaremos de una manera global diversos aspectos, como el de las indicaciones, el de la técnica, el estudio humoral, como también el estudio anatomopatológico del segmento intestinal empleado para la plastia. Este estudio representa la experiencia obtenida en los diversos casos que llevamos operados.

La nota que ahora presentamos corresponde a la descripción de una técnica empleada por pri-

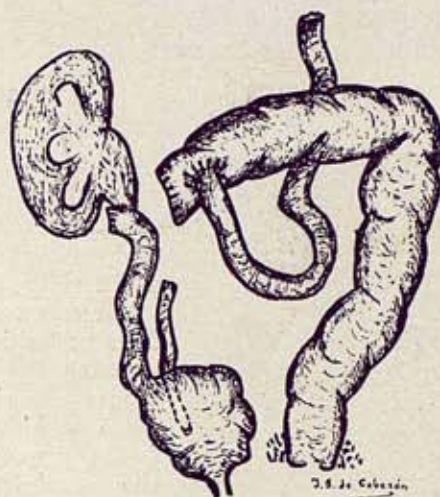


FIG. 2

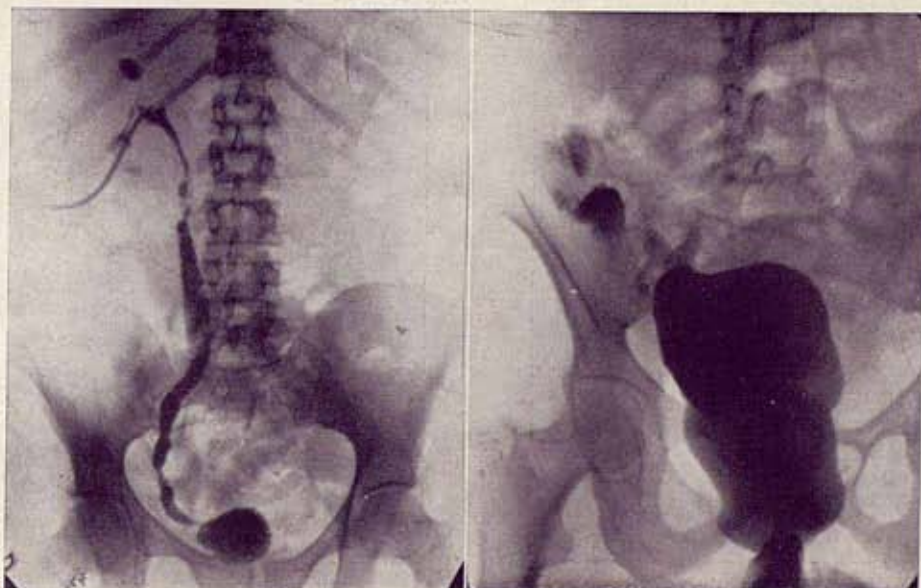


FIG. 1

FIG. 3



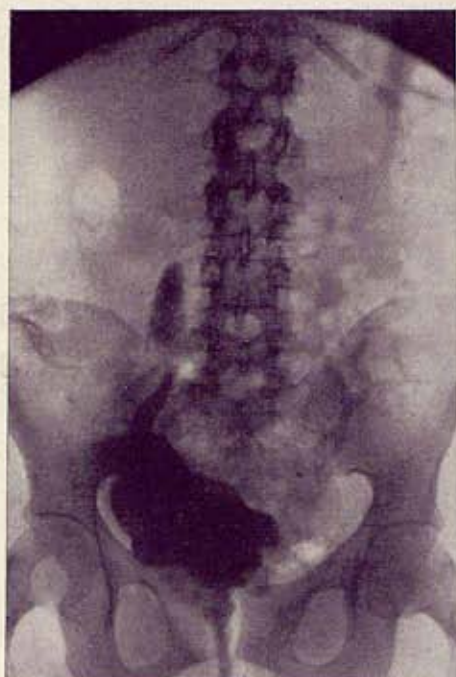


FIG. 7

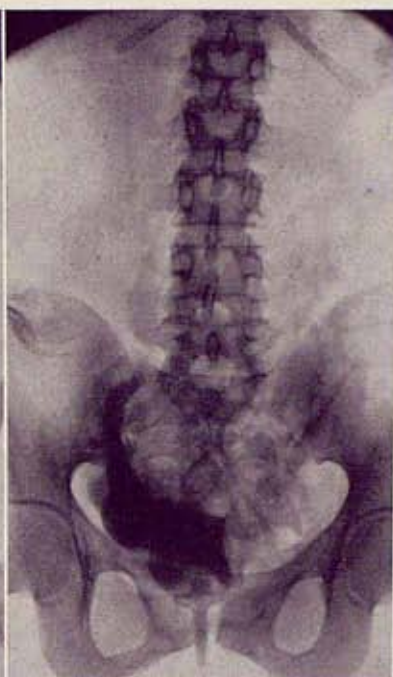


FIG. 8

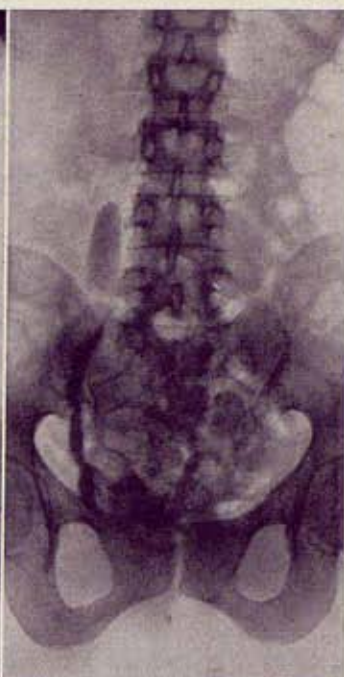


FIG. 9

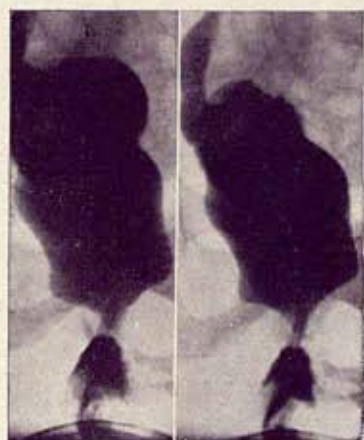


FIG. 4

FIG. 5

mera vez en este tipo de cirugía para resolver el síndrome de pequeña vejiga conjuntamente con el de la ureteritis estenosante en enfermos con riñón único e hidronefrótico y que, dicho sea de paso, constituye un cuadro de aparición frecuente en la clínica y que plan-

teaba un problema insoluble hasta el presente.

OBSERVACIÓN.—T. A. M., de 26 años. En 1953 nefroureterectomía y denervación vesical por vía subperitoneal. (Operación de GIL-VERNET VILA). El 5 de diciembre de



FIG. 6

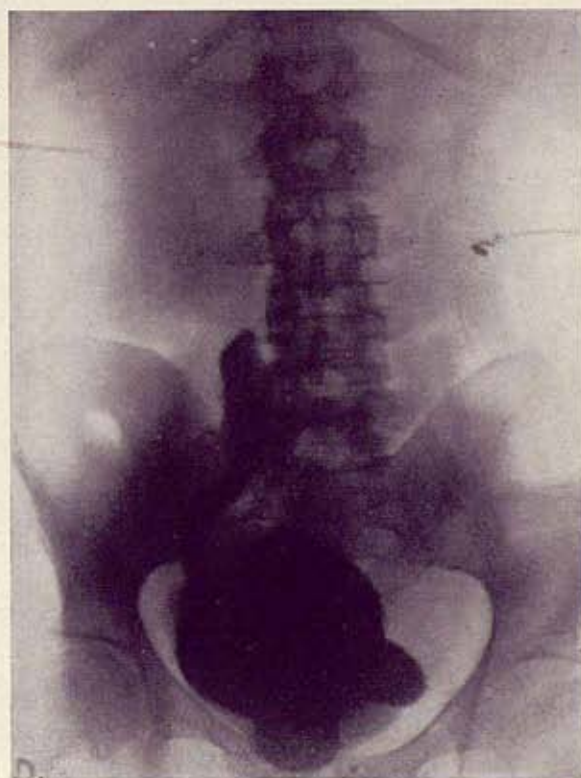


FIG. 10



1955 ingresa en el Servicio con sintomatología de pequeña vejiga tuberculosa e insuficiencia renal grave.

Examen: Urea sanguínea 2.35. Riñón grande y doloroso. Temperatura 38°. Mal estado general.

Nefrostomía de urgencia, hallazgo de una gran hidronefrosis conteniendo orina turbia. Rápida mejoría de su estado general. A los 35 días cistografía retrógrada obteniéndose una imagen radiográfica (fig. 1) en la que se observa una vejiga muy reducida con reflujo vesico-piélico. Uréter con múltiples estenosis escalonadas en toda su extensión, particularmente demostrativas las situadas cerca de la unión ureteropiélica. Dilatación de los grupos caliciales. Urea sanguínea 0'95. Densidad de la orina 1.010.

Segunda operación el 15 de enero de 1955. Laparotomía media. Aislamiento de un segmento de intestino que comprende ciego y 25 cm. de ileon, ileotransversostomía. Extraperitonización de todo el segmento intestinal excluido. Previamente se ha imprimido al ciego un movimiento de rotación en el sentido de las agujas del reloj, de forma que el extremo del colon seccionado queda situado extraperitonealmente y en contacto con la vejiga, el extremo ileal se fija con dos puntos de seda negra en contigüidad con la pelvis renal. Se procede a la cistectomía subtotal dejando cuello y trigono. Anastomosis extraperitoneal del ciego con el cuello vesical y trigono, resultando una amplia comunicación entre el injerto intestinal y la vejiga, véase fig. núm. 2.

Tercera operación el 25 de febrero de 1955. Lumbotomía. Liberación del extremo ileal y sección de la unión ureteropiélica por sobre la estenosis. Anastomosis pielo-ileal, modelándola sobre catéter polivinil. A los 15 días se retira este catéter y la sonda de nefrostomía. La paciente orina cada hora en cantidades de unos 80 c.c. con abundantísimo moco. Instilación de soluciones hipertónicas en la neovejiga.

A los 25 días emisiones de 150 c.c. cada dos o tres horas, siendo dada de alta. Cistografías seriadas (figs. 3, 4 y 5).

A los 15 días la paciente orina unos 30 c.c. en posición de decúbito supino. Incorporada, 150 c.c., proyectándose el chorro a distancia de unos 20 cm. Orina completamente clara (figs. 6, 7, 8 y 9).

Cistoscopia a los 4 meses: No se observa neostomía, puesto que la vejiga está prácticamente substituída por el intestino. Macroscópicamente no se observa en la conjunción trigono-intestinal donde acaba la mucosa trigonal ni donde empieza la mucosa intestinal. En el fondo y pared posterior de la neo-vejiga se observa una hendidura en donde confluyen una serie de pliegues de la mucosa cecal y que corresponden a la válvula ileocecal. La mucosa del injerto tiene un color rosado, transparentándose algunos vasos. Morfológicamente presenta unas cavidades en forma de ampollas que corresponden a las abolladuras exteriores del ciego y unas prominencias lisas no interrumpidas y cintiformes que corresponden a las cintillas cólicas. No se observan lesiones inflamatorias. Capacidad 200 c.c. No hay residuo.

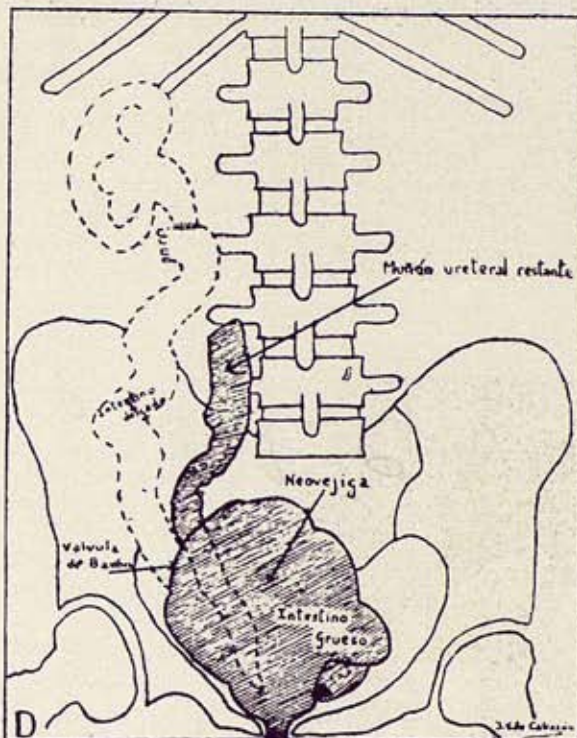
COMENTARIO.— Se trata, pues, de una modalidad técnica propuesta por nosotros para resolver un doble y grave problema: el derivado de la falta absoluta de capacidad vesical y el de la ureteritis estenosante que dificulta el tránsito urinario.

Para eso recurrimos a obtener en una sola pieza los dos elementos que necesitábamos: el ciego como sustitutivo de la vejiga urinaria y el ileon como conducto vector de la orina, reemplazando la totalidad del uréter. Estos dos segmentos intestinales, como es lógico, llevaban anexos su correspondiente pedículo vascular.

Debido a la pequeñez y esclerosis de la vejiga, era imposible su conservación para anastomosarla en el intestino grueso, por las secuelas que ello en-

trañaría; sirva de ejemplo la retracción de la boca anastomótica que en algún caso hemos observado. Por ello recurrimos a practicar una cistectomía subtotal, respetando solamente el trigono y el cuello vesical. A la superficie cruenta de este resto de vejiga anastomosamos el ciego, con lo que merced a la amplitud de la boca anastomótica, evitábamos una ulterior retracción de la neostomía. El nuevo reservorio vesical quedaba formado en toda su cara anterior, caras laterales y bajo fondo vesical por el ciego.

Así quedó resuelto el problema del reservorio, como también resolvíamos el del tránsito urina-



Cistografía retrógrada mediante 200 cm. de contraste. Se observa reflujo ureteral que corresponde al muñón ureteral restante. No se observa el ileon, ya que la válvula de Bauhin es suficientemente continente para evitar el reflujo. La capacidad del nuevo reservorio es equivalente a la de una vejiga normal.

rio bloqueado por la ureteritis estenosante que presidía la hidronefrosis, y por lo tanto, poniendo en peligro el pronóstico vital de la enferma.

La operación quedó completada en un segundo tiempo cuando llevamos a cabo la anastomosis del extremo libre del ileon a la pelvis renal.

Como hemos visto, la utilidad de esta técnica es extraordinaria, puesto que ha mejorado el funcionamiento renal al asegurar el tránsito urinario, además de resolver el de la capacidad vesical.

El funcionalismo renal mejoró, como lo demuestra el descenso postoperatorio de la urea, siendo la cifra de 1 gr. cuando antes de la operación



era de 2'35 gr. Al mismo tiempo mejoró la diuresis por minuto y su estado general.

La función vesical quedó restablecida en cuanto a su aumento de capacidad, desaparición de la polaquiuria y regulación de la función vesical.

A este propósito es interesante considerar el hecho ya señalado de que la enferma no siente necesidad de levantarse por la noche para orinar, y cuando por la mañana lo hace, basta la acción de la presión abdominal para que orine con chorro a distancia.

Un aspecto importante de esta técnica, aparte del empleo conjunto de estos segmentos intestinales, ha sido el que las anastomosis han quedado

situadas extraperitonealmente. Otro detalle que debe también ser consignado es que la operación se realiza en seco mediante derivación urinaria obtenida por nefrostomía, con lo que se garantiza en gran parte el resultado de la operación. Este recurso lo consideramos fundamental para facilitar la buena cicatrización de la neostomía y mantener una función renal eficiente.

Tratándose de una técnica no publicada en toda la literatura mundial y el haber obtenido con la misma un excelente resultado, no sólo en el caso que ha sido motivo de esta nota, sino en los que también posteriormente hemos tenido ocasión de intervenir, es lo que nos ha inducido a su publicación.