

LA EVOLUCION ALEJADA DE LAS URETEROSIGMOIDOSTOMIAS (*)

Dr. Frank A. Hughes

Nos vamos a referir en esta comunicación a la evolución alejada de las ureterosigmoistostomías, utilizando la documentación clínica y urográfica perteneciente a 4 pacientes que sobrevivieron más de un año a la implantación de los uréteres en el intestino.

Gilbert Smith (1) se ha ocupado recientemente del problema relatando la experiencia obtenida durante 17 años, referente a 66 enfermos tratados desde 1930 a 1946 inclusive.

Utiliza, como hemos utilizado nosotros hasta hace poco tiempo, en la mayor parte de los casos, la técnica llamada Coffey I, que consiste en seccionar el uréter a 3 ó 4 centímetros por encima de la vejiga e implantarlo en un lecho efectuado en la pared del sigmoide separando la capa serosa y muscular del canal digestivo sobre una distancia de 4 centímetros. El piso de ese lecho lo constituye la mucosa intacta del intestino que se incide en su extremo inferior para dar paso al uréter que se fija, después que su luz ha sido ampliada por una incisión longitudinal, a unos 2 centímetros por debajo del punto de penetración. Los bordes de la muscular y de la serosa se suturan sobre el uréter. Esta implantación puede ser hecha por vía extraperitoneal (Observaciones Nros. 2 y 4) o por vía intraperitoneal (Observaciones Nros. 1 y 3).

El empleo de las sulfadrogas y de los antibióticos ha hecho posible la realización de esta intervención disminuyendo en manos ejercitadas las complicaciones inmediatas de orden infeccioso, que constituyen en nuestras manos, el riesgo fundamental del problema, ya que el fracaso se relaciona entonces directamente con

(*) Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1949.

el acto quirúrgico. Diremos al pasar que sobre un total de 18 enfermos que hemos operado nosotros hasta el momento actual, en 7 casos (38,8 %) se produjo la muerte del paciente por complicaciones de orden infeccioso (peritoneales, pulmonares o del tipo de las celulitis).

En esta comunicación, repetimos, sólo nos vamos a referir a la evolución alejada al acto quirúrgico de 4 pacientes que sobrevivieron meses o años después de realizada la implantación del conducto urinario en el tubo digestivo.

En tres de esos casos la evolución inmediata fué llamativamente favorable, no así la alejada que llevó al cabo de 1 año en el primer caso, al cabo de 2 años y 3 meses en el segundo y casi a los 3 años en el tercero, a una retención nitrogenada que no pudo solucionarse en el primero y que necesitó del drenaje quirúrgico por nefrostomía en los otros dos.

Queda como evolución favorable la cuarta observación que se mantiene en perfectas condiciones a algo más de 2 años de realizada la implantación.

El resumen de las observaciones es el siguiente:

Observación N° 1. — M. E., alemán de 26 años de edad. Consulta el 20 de mayo de 1947 porque tuvo unos meses antes en Alemania, un cuadro clínico caracterizado por uretricitis, conjuntivitis y poliartritis, que deja como secuela una vejiga de escasa capacidad que sólo retiene cantidades pequeñas de orina con una frecuencia extrema de las micciones que se suceden cada 5 o 10 minutos y que hacían su vida y su reposo imposibles. Ese cuadro fué rotulado en los medios europeos como en relación con un síndrome de Reiter y se le propuso una implantación de los uréteres en el intestino como única solución. Su estudio en nuestro país mostró la existencia de una infección urinaria con piuria intensa a *Aerobacter Aerogenes*, un urograma con riñones de buena eliminación y en los cuales se podía descartar la infección tuberculosa, cuya probabilidad clínica era aparente. El aspecto urográfico de la vejiga era el de las cistitis intensas con pequeña capacidad, que repercutía fundamentalmente sobre el árbol urinario izquierdo. Después de una prueba con tratamientos médicos a base de estreptomycin y después de utilizar arsénico en las dosis

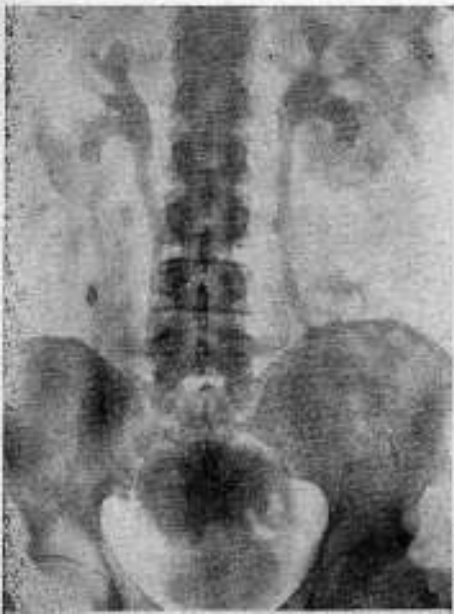


FIG. 1

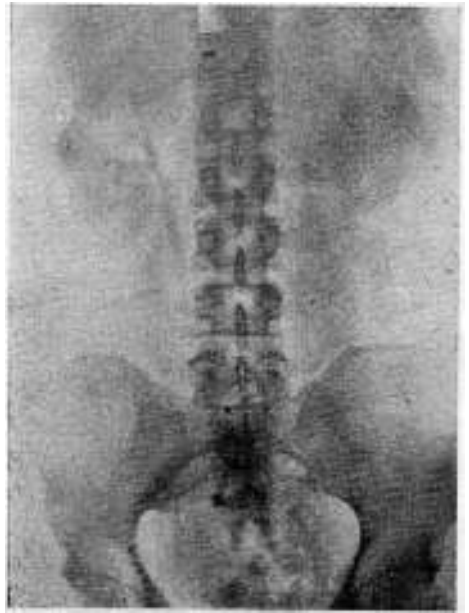


FIG. 2

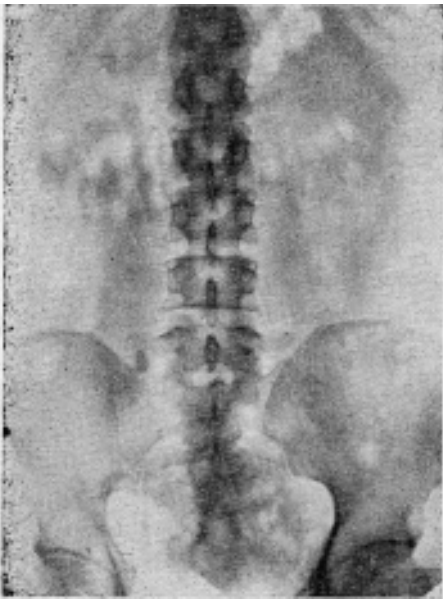


FIG. 3

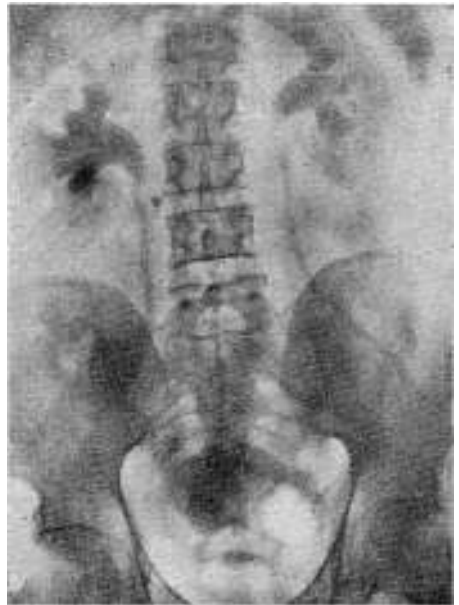


FIG. 4

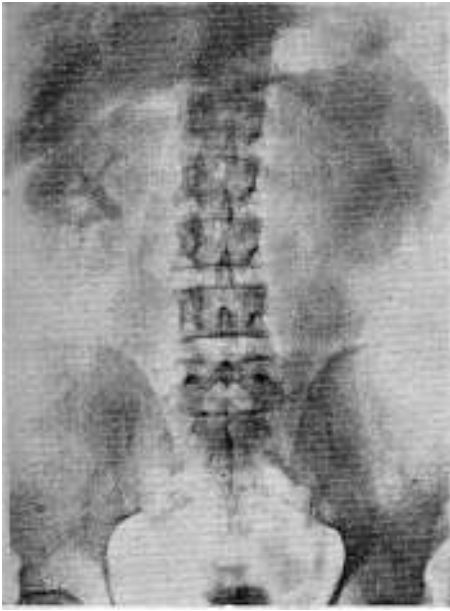


FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7

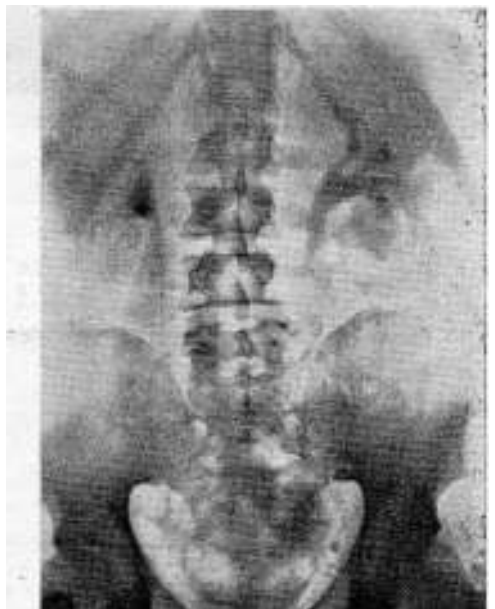


FIG. 8

que se recomiendan para el tratamiento de esa curiosa afección, ante la persistencia de las molestias y del sufrimiento, se llevó a cabo el 27-VI-47 una ureterosigmoidostomía por vía extraperitoneal. El post-operatorio fué normal y la calma de las molestias se obtuvo.

El enfermo siguió bien, pero en junio de 1948, a un año de la operación, se inician accidentes febriles acompañados de molestias en el riñón izquierdo que se van intensificando y que luego se acompañan de una elevación de la urea sanguínea, que obligó el 10 de julio de 1948, a poco más de un año de la anastomosis urétero intestinal, a una doble ureterostomía cutánea que no evitó la muerte del enfermo por uremia que se produce 5 días después de la intervención quirúrgica.

Observación N° 2. — J. A. Uruguayo de 45 años de edad. El 21-X-46 se le somete a una ureterosigmoidostomía bilateral por vía intraperitoneal con fines a una cistectomía total planteada por un cuadro de cistitis intolerable en relación con un tumor sólido de la vertiente posterior del cuello vesical recidivado de una operación anterior. La extirpación total de la vejiga se realiza el 16-XII-46 por vía suprapúbica.

El examen histológico de la pieza revela la presencia de un tumor papilar sólido atípico con crecimiento infiltrante que no llega a la muscular (J. F. Cassinelli).

El post-operatorio es normal y el enfermo se reintegra poco a poco a la normalidad de la vida que había sido totalmente abandonada por intensidad de los sufrimientos vesicales. La adaptación al vaciado rectal de la orina es perfecta, produciéndose éste, en algunas oportunidades con 10 o 12 horas de intervalo. Cifras nitrogenadas mantenidamente normales entre 40 y 50 centig. de urea sanguínea.

Urografía: 8-XI-46 (a los 17 días de la implantación - Fig. 1). Se observa dilatación de ambos lados del árbol urinario con imágenes "demasiado bellas". Desviación hacia afuera del uréter izquierdo. Retardo en la eliminación.

Urografía: 18-IX-47 (a los 11 meses de la implantación Fig. 2). Se observa una sombra de cálculo en el cáliz superior derecho.

Mejoría de la dilatación de ese lado con conservación discreta del funcionalismo renal. (La opacidad recién apareció en la placa de los 15 minutos). Anulación funcional del riñón izquierdo.

Urografía: 3-XI-48 (a los dos años de la implantación - Fig. 3). Disminución funcional acentuada del riñón derecho. Persiste la anulación funcional del lado izquierdo.

Pese a esto, el enfermo conserva sus cifras nitrogenadas normales y continúa desempeñando el total de su actividad normal.

El 26 de agosto de 1949, a casi tres años de su anastomosis, fué visto por última vez en excelente estado de salud y el único problema lo constituía la impotencia genital que persistía desde la operación.

En esas condiciones y a los pocos días de ese examen, a raíz de una cuadro digestivo de carácter trivial, se instala una anuria con elevación progresiva del nitrógeno sanguíneo y dolores en el trayecto reno-ureteral derecho, que obligan al drenaje quirúrgico de su árbol urinario, lo que provoca el restablecimiento de la diuresis a los 3 días de la operación, pero deja persistir un estado particularmente grave hasta el momento. (El enfermo fallece de uremia poco días después de presentada esta comunicación).

Observación N° 3. — J. M. P. Uruguayo de 49 años de edad. Es sometido el 28-X-46 a una ureterosigmoidostomía por vía extraperitoneal como primer tiempo de una cistectomía total que se efectuó sin dificultades el 27-XI-46 por un papiloma maligno recidivante después de varias intervenciones por vía endouretral y por vía suprapública.

Examen histológico: Papiloma maligno con infiltración de su base de implantación (J. F. Cassinelli).

El post-operatorio inmediato es normal. Calma absoluta de sus molestias.

Urografía: 19-XI-46 (21 días después de la implantación Fig. 4). Discreta dilatación de cavidades urétero-piélicas de ambos lados. Uréter izquierdo muy desplazado hacia afuera. Buena funcionalidad renal.

Urografía: 21-XI-47 (13 meses después de la implantación Fig. 5). Ha desaparecido la dilatación del árbol urinario derecho. Anulación funcional del riñón izquierdo.

Después de esta urografía el enfermo inicia sufrimientos periódicos del riñón izquierdo con crisis de retenciones febriles, que fueron cediendo espontáneamente a los antibióticos para desaparecer totalmente, persistiendo luego un riñón grande, poco doloroso.

Urografía: 2-IX-48 (a casi dos años de la implantación Fig. 6). Ligeramente aumento de la ectasia derecha con conservación del funcionalismo. Riñón izquierdo enorme sin función.

El enfermo continúa con vida prácticamente normal evacuando su contenido intestinal cada 6 o 7 horas. A fines de diciembre, a raíz de cuadro digestivo con diarrea y dolor en el trayecto cólico derecho se va produciendo una elevación paulatina de su urea sanguínea que a pesar de una diuresis diaria de 2.000 c.c. obliga a una nefrostomía que se realiza el 6-I-49, volviendo después de un post operatorio accidentado, a las cifras nitrogenadas normales que se mantienen hasta la fecha. (Este enfermo falleció a fines de 1949 por metástasis óseas y pulmonares).

Observación N° 4. — J. A. Uruguayo de 46 años de edad. Ureterosigmoidostomía bilateral por vía intraperitoneal el 16-VIII-47 como primer tiempo de una cistectomía total que debió ser efectuada por un tumor sólido a varios lóbulos salientes del trigono y de la pared izquierda de la vejiga y que se realizó sin dificultades por vía mixta peritoneo abdominal el 10-IX-47.

Examen anatómico-patológico: Tumor papilar sólido con infiltración epiteliomatosa de la submucosa y de la capa muscular. Embolización de células epiteliomatosas en vasos linfáticos y venosos submucosos (J. F. Cassinelli).

El post-operatorio de este enfermo fué particularmente favorable ya que ha permitido la normalización de todas sus actividades, la calma absoluta de su sufrimiento y la corrección de una anemia intensa.

Urografía: 27-XI-47 (a los 3 meses de la implantación Fig. 7). Se observa un aparato urinario alto normal de forma y función.

Urografía: 14-IX-49 (a los 2 años de la anatomosis).

Se comprueba la persistencia de una imagen que no ha sufrido en lo funcional ni en lo anatómico modificaciones sobre la de noviembre de 1947.

Consideraciones. — No halaga seguramente al espíritu el traer al seno de las Sociedades Científicas resultados poco satisfactorios que traducen en ciertos casos la escasa eficacia de nuestra actuación médica. Sin embargo hemos traído estas observaciones porque tenemos la impresión a través de nuestra experiencia y a través de la lectura ajena, que para tratar correctamente al cáncer de la vejiga, es imprescindible el dominio absoluto de las técnicas quirúrgicas de anastomosis urétero intestinal.

En manos ejercitadas Priestley (2), Marshall (3), Graves y Thomson (4), Wilhelm (5), Ferris y Priestley (6), etc. la ureterostomía no ofrece peligros inmediatos mayores a los de cualquier intervención de mediano riesgo quirúrgico, pero sigue siendo un problema que escapa seguramente al perfeccionamiento de la técnica, la evolución alejada de la unión urétero intestinal.

Al respecto ya hemos mencionado a G. Smith quien se refiere en su estadística de 66 enfermos a 24 pacientes que viven desde algunos meses hasta 17 años después de la implantación. 13 de ellos se han mantenido con función renal satisfactoria; 4 fueron objeto de ureterostomías bilaterales, 4 se mantienen con funciones pobre de uno u otro riñón y 3 no pudieron ser controlados. Hace notar, lo que se saca como conclusión también de nuestras observaciones, que la perturbación de la función renal no va

acompañada siempre de dilatación del árbol canalicular e insiste en que el real problema de la ureteroenteroanastomosis es la preservación de dicha función cuya alteración, tiene sobre todo relación con la obstrucción y con la infección, pero donde existe también algún otro factor que pasa inadvertido para el cirujano en el momento de la operación.

Nosotros creímos y así lo expusimos en las Jornadas Urológicas de Córdoba de 1947 (7) dada la anulación funcional precoz del riñón izquierdo en las observaciones Nros. 2 y 3, acompañadas de un desplazamiento del uréter hacia afuera, que ese desplazamiento era el responsable de la complicación obstructiva. Por

eso desde entonces modificamos el transplante del uréter izquierdo, haciendo, la implantación de ese lado pasando el uréter a través del mesocolon y acolándolo al intestino sobre la vertiente interna del mismo, en lugar de hacerlo como lo habíamos hecho hasta entonces, haciendo que el uréter abordara al colon izquierdo por su vertiente externa.

Hoy, la anulación funcional de los riñones del lado derecho, nos lleva a aceptar la existencia de otros factores, dentro de los cuales creemos intervenga fundamentalmente el túnel submucoso que debe recorrer el uréter cuando se realiza cualquiera de las técnicas corrientemente utilizadas y basadas en los conceptos de Coffey.

Recientemente Nesbit (⁸) se ha referido al mismo problema y dice a propósito de la estenosis en el sitio de la anastomosis, que los investigadores reconocen como causas favorecedoras de su producción: la fibrosis concéntrica del muñón ureteral que se proyecta hacia la luz del intestino; la fibrosis resultante de la infección del túnel submucoso y la constricción de la sutura. Por eso recomienda una anastomosis término-lateral directa del uréter al colon, efectuada siguiendo las directivas clásicas de las suturas entre canales y después de ampliar por una sección elíptica la terminación del uréter. Nosotros hemos utilizado esta técnica en nuestras dos últimas intervenciones en casos de uréteres dilatados y podemos afirmar que su resultado inmediato es, en esos casos, excelente, pudiendo realizarse la anastomosis en mucho menos tiempo que con la técnica anterior. Del resultado alejado nada podemos decir por el momento, ni ninguna conclusión permiten sacar las observaciones del autor.

En resumen, nos referimos a 4 casos de ureterosigmoidostomías que sobrevivieron más de un año a la implantación ureteral en el intestino y que evolucionaron de un modo francamente favorable durante los primeros meses del post-operatorio para llegar, seguramente como consecuencia del proceso de cicatrización normal de los tejidos en meses o años a la anulación progresiva del funcionalismo renal en 3 de ellos.

Creemos, de acuerdo a Smith, poder sacar como conclusión de interés de estas observaciones, lo necesario del estudio urográfico seriado después de la anastomosis ureterointestinal para

plantear cuando el déficit funcional sea progresivo, aun sin dilatación de las vías caniculares, la derivación cutánea de la orina por nefrostomía o ureterostomía.

BIBLIOGRAFIA

- 1) SMITH (G. G.). — Surg. Gyn. and Obs.: 1947: 85, 221.
- 2) PRIESTLEY (J.). — Mayo Clinic: 1946, 38, 191.
- 3) MARSHALL (V.). — J.A.M.A.: 1947, 134, 501.
- 4) GRAVES (R.) y THOMSON (R.). — J. of Urol.: 1944, 52, 448.
- 5) WILHEIM (O.). — Surg. Gyn. and Obst.: 1947, 84, 90.
- 6) FERRIS (D.) y PRIESTLEY (J.). — Mayo Clinic: 1947, 39, 193.
- 7) HUGHES (F.). — Rev. Arg. de Urol.: 1947, 16, 345.
- 8) NESBIT (R.). — J. of Urol.: 1949, 61, 728.

Dr. J. Lockhart. — Me parece que el tema que ha traído el Dr. Hughes es de gran interés, porque aunque se trata de un problema de urología, indiscutiblemente tiene interés para los cirujanos generales.

De la urétero entero anastomosis tengo cierta experiencia. El año pasado traje a esta Sociedad un caso de cáncer de vejiga que llevaba 3 años de operado y donde la evolución alejada había sido favorable.

Yo he intervenido en unos 30 casos, en su enorme mayoría por cáncer vesical, en 2 por estrofia y en 1 por cistitis crónica análoga al caso de Hughes.

Con respecto a esta indicación, creo que antes de ir a la implantación de los uréteres en el intestino existen otros recursos previos: la resección del pre-sacro y sobre todo la cistostomía extra-mucosa, seccionando las capas musculares hasta llegar a la mucosa que al quedar libre se distiende y forma un verdadero divertículo que aumenta la capacidad vesical. Esta operación la he visto realizar en Europa con muy buen resultado.

Con respecto a las complicaciones alejadas de la implantación de uréteres, creo que tiene importancia la infección ascendente y que junto con los exámenes pielográficos periódicos, se deben hacer curas con sulfasucidina y ef-tiazol ya que la pielonefritis puede estallar de un modo fulminante en cualquier momento.

Con respecto a la técnica, hemos empleado siempre la vía intraperitoneal, y el uréter izquierdo para evitar el inconveniente que ha tenido el Dr. Hughes, lo implantamos en la cara anterior del sigmoide; de ese modo nunca hemos tenido la exclusión renal.

Creo además que la técnica debe simplificarse: o bien hacer una anastomosis término-lateral o bien hacer la implantación orificial y no con un túnel sub-mucoso como preconiza Coffey y que favorece la estenosis por fibrosis progresiva.

Nos parece que el Dr. Hughes no se debe desalentar por los resultados obtenidos que han sido bastante favorables, aunque no se puede hablar de curación en el caso de cáncer de vejiga. Pero en esta afección no pueden pretenderse grandes resultados.

El concepto que tenemos y que creemos es compartido por muchos urólogos en el momento actual, es que la indicación de la cistostomía total hay que restringirla un poco y que las cistostomías parciales, bien indicadas, en tumores alejados del trigono, tiene muchas veces resultados prácticamente análogos y sin los peligros operatorios y post-operatorios de la exeresis radical.

