

La Neo-Vejiga Rectal*

*Avelino Hernández León
Fernando Ferraro Dobles
Fernando Rosabal Guevara*

*Juan Jaramillo Antillón
Antonio Rodríguez Ortiz
Carlos Castillo Morales*

DEFINICION

La neo-vejiga rectal, es la formación de un neo reservorio urinario, utilizando la ampolla rectal, excluida del tránsito intestinal, a la cual, se anastomozan los ureteres, y a la vez llevando, el muñón del sigmoides, al periné, por vía transesfintérica.

HISTORIA

La llamada neo-vejiga rectal fue descrita por MAUCLAIRE (París, 1895), GERSUNY (Viena, 1898), HEITZ-BOYER-HOVELACQUE (París, 1912). Desde entonces, las tres técnicas fundamentales han sido usadas con variedad de criterio para la reconstrucción de una neo-vejiga rectal. Es así como las escuelas urológicas de muchos centros del mundo han presentado en los últimos años numerosas estadísticas de trabajo efectuado en este campo: KINMAN (1952), LEVISTKY (1953), LOWSLEY (1953), DE CAMPOS FREIRE, en América: BRACCI, DUHANEL, TRUC, STAHELER, NEDELEC, en Europa. La casuística más numerosa es la presentada por BRACCI, en Italia, con 570 casos. Originalmente, las indicaciones formuladas para esta cirugía eran limitadas. Después de casi 50 años de experiencias quirúrgicas, debido a las siguientes razones: 1. La ineficacia y desventajas de la ureterosigmoidostomía. 2. Las nuevas nociones de la fisiopatología y de la clínica experimental en el uso del intestino como sustituto del tracto urinario. 3. Los adelantos técnicos en el campo de la cirugía y de la anestesia.

FISIOPATOLOGIA

Los puntos esenciales en la formación de un reservorio urinario deben ser: 1. Reconstruir una neo-vejiga que morfológicamente y funcio-

nalmente sea lo más posible similar a la vejiga. 2. Permitir que la función renal y el tracto urinario superior no sea afectado por la nueva situación. Por tal motivo el reservorio urinario ideal debe ser: a. De una capacidad igual a la vejiga normal, para que la micción sea fisiológica en ritmo y frecuencia. b. De una continencia perfecta. c. Producir, al llenarse, un estímulo miccional perfectamente perceptible e interpretable como deseo de micción conciente. d. Que se vacíe completamente en cada micción. e. Que no provoque en cada fase de llenado y vaciamiento ninguna sensación desagradable al paciente. f. Que no tenga ninguna capacidad de reabsorción de los componentes de la orina. g. Que sea explorable desde el exterior.

INDICACIONES:

La neo-vejiga rectal es una alternativa para la ureterosigmoidectomía y para el conducto ileal, como derivación urinaria paliativa o después de una cistectomía total, por cáncer vesical o en muchas otras condiciones. A) Después de una cistectomía, las indicaciones son: 1. Cáncer vesical de origen trigonal o del cuello. 2. Papilomatosis vesical recidivante. 3. Cánceres invasores de vejiga provenientes de la próstata, de la uretra posterior, cuello uterino, sigmoides, etc.

B) Como derivación urinaria exclusiva en todas aquellas condiciones en que se desee excluir la vejiga: 1. Fístulas vesico-vaginales inoperables. 2. Incontinencia urinaria sin resolución. 3. Vejigas pequeñas en las cuales no se pueda efectuar plastías de engrandecimiento (colo o ileo-plastías). 4. Desórdenes hematoquímicos post-ureterosigmoidostomía. 5. Extrofia vesical. 6. Lesiones ureterales en las cuales no se pueda efectuar reimplantación vesical. Condiciones indispensables que puedan garantizar un buen resultado de esta técnica deben ser: 1. Esfínter anal competente. 2. Ausencia de lesiones ano-rectales. 3. Tratamiento pre-opera-

* Servicio de Urología, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia

torio del paciente con drogas que modifiquen la flora intestinal.

TECNICA QUIRURGICA:

Las técnicas usadas en la reconstrucción de una neo-vejiga rectal son las siguientes: A) Vejiga rectal según MAUCLAIRE con colostomía izquierda iliaca permanente. B) Vejiga rectal según GERSUNY con abocamiento perineal del sigmoide en situación pre-rectal intraesfintérica. C) Vejiga rectal según HEITZ-BOYER-HOVELACQUE con abocamiento perineal del sigmoide en situación retro-rectal intraesfintérica.

INTERVENCION

Incisión infra-umbilical. Abertura del peritoneo hasta la pared vesical continuando la incisión en forma de "Y" al revés, removiendo mínima parte del peritoneo y prolongándola hasta el saco de Douglas lateralmente y hacia los vasos iliacos, permitiendo así la visualización de los ureteros. Eventual cistectomía. Disección, sección de los ureteros más allá de los vasos iliacos. División del colon izquierdo a nivel de la porción transversa ascendente del sigmoides poniendo especial atención a la vascularización, para obtener una buena irrigación de la futura vejiga rectal, por tal motivo es indispensable preservar la arteria hemorroidal superior. Anastomosis uretero-cólica bilateral en el recto excluido y cerrado en dos planos.

Tiempo perineal: Incisión anterior o posterior al ano, limitada a un tercio de la circunferencia. Formación de un canal para el pasaje del muñón sigmoideo en situación transesfintérica entre los esfínteres interno y externo. Exteriorización por unos centímetros del sigmoides y fijación a la piel. Peritonización. Drenajes. Cierre de la pared.

COMENTARIO:

En el Servicio de Urología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia han sido efectuados 4 casos de neo-vejiga rectal, durante los años de 1974-1977. Hemos realizado la neo-vejiga rectal: A) Con cistectomía total por cáncer vesical en 2 casos. B) Sin cistectomía, en 1 caso de fístula vesico-vaginal rebelde. C) Un caso en una paciente joven operada en repetidas veces, de incontinencia urinaria secundaria a malformación uretral. Nos hemos habituado a asociar a la

cistectomía por cáncer, la prostatovesiculectomía. Preferimos a la posición retro-rectal del muñón sigmoideo (operación de HEITZ-BOYER-HOVELACQUE) porque ésta nos ha parecido la más conveniente en lo que concierne percepción y diferenciación entre las sensaciones producidas por la repleción del neo-reservorio rectal y las asociadas a la necesidad de la evacuación cólica. Entre nuestros operados contamos con pacientes de más de 60 años de edad. La experiencia obtenida con los primeros tres casos operados puede reunirse así: 1. Desde el punto de vista morfológico, el recto, como neo-vejiga, conserva perfectamente sus características y su capacidad. 2. Desde el punto de vista funcional, el recto conserva su tonicidad y el poder de contracción adquiere su tonicidad postural conforme se va llenando hasta alcanzar la repleción y la presión máxima, la cual produce el deseo de orinar. La neo-vejiga rectal se hace en seguida continente, tanto en el día como en la noche. La capacidad del neo-reservorio varía entre 250 y 500 cc. El deseo de orinar se manifiesta generalmente cada 3-4 horas durante el día y 1-2 veces por la noche, si bien, uno de nuestros pacientes pasa toda la noche sin orinar. Con respecto al aparato urinario superior, no hemos encontrado ninguna consecuencia negativa. Las pielonefritis ascendentes no fueron evidentes en las primeras semanas del post-operatorio. No hemos observado trastornos electrolíticos.

CONCLUSIONES:

La neo-vejiga rectal puede ser considerada como un neo-reservorio, que, por sus cualidades, es el más aproximado a la vejiga natural. Su realización es sencilla, sus resultados satisfactorios.

RESUMEN

La técnica de la neo-vejiga rectal nació con MAUCLAIRE (París, 1895), GERSUNY (Viena, 1898) y HEITZ-BOYER-HOVELACQUE (París, 1912). Abandonada por muchos años, ha sido revalorada en los últimos tiempos, de tal forma que constituye en la actualidad una de las más usadas derivaciones urinarias. Las indicaciones a esta cirugía cada vez son mayores. En el servicio de Urología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia se han efectuado los primeros cuatro (4) casos, que son motivo de esta primera

comunicación. Se comentan los datos de más interés, resultados de esta experiencia.

SUMMARY:

The technique of rectal bladder was first introduced by Mauclaire (Paris 1895), Gersuny (Viena 1898) y Heitz-Boyer-Hovelacque (Paris 1912). In disuse for many years, its now been introduced again, and has become now a days one of the most frequently performed urinary derivations. The indications for this type of Surgery had been widely broadened. We are presenting in this paper the first 4 cases of this Surgery performed at the Urology Service in the H.C.G. A brief comment is the most outstanding data.

BIBLIOGRAFIA

1. BRACCI U. Chir. Urol. 1, 5, 1959.
2. BRACCI U. Boll. Mem. Soc. Tosco-Umbra Chir. 20, Suppl. 1. 911, 1959.
3. BRACCI U. Comun. Congr. Soc. Urol. Medit. Latino, Roma 1959.
4. BRACCI U. Chirur. Urol. 187, 1959.
5. GERSUNY. Cit. por Foges: Wien Klin Wschr. II, 900. 1895.
6. HEITZ-BOYER-M. HOVELACQUE A. J. Urol. Med. Chir. 1, 237, 1912.
7. LOWSLEY O.S. J. Urol. 43, 275, 1940.
8. LOWSLEY O.S. Cit. por Young, 1945.
9. LOWSLEY O.S. —JOHNSON T.H. J. Urol. 73, 83, 1955.
10. LOWSLEY O.S. — JOHNSON T.H. RUE-DA A.E.: J. Int. Coll. Surg., 20, 457, 1953.
11. LOWSLEY O.S. — KILGORE R.N. J. Urol. 45, 196, 1941.
12. MAUCLAIRE P. Ann. Mal. Org. Genito-urin, 13, 1080, 1895.