

# Cistectomía Total\*

*Avelino Hernández León  
Abraham Berman Israel*

*Carlos Castillo Morales  
Fernando Rasabal Guevara*

El Ca. vesical, igual que el Ca. de la próstata, representa en la oncología urológica un gran y no resuelto problema terapéutico. En la época actual no existe probablemente un motivo mayor de controversia que el tratamiento del Ca. vesical infiltrante, que no puede ser manejado con éxito mediante la R.T.U. o la Resección segmentaria. Desde el momento que la radioterapia solo ha producido resultados desalentadores, la urología moderna ha debido valorar otras formas terapéuticas que puedan ser más efectivas. En la actualidad, tres métodos de tratamiento han sido propuestos:

- 1) Cistectoprostatectomía simple, con o sin uretrectomía.
- 2) Cistectomía radical, acompañada de linfadenectomía pélvica.
- 3) Cistectomía con radioterapia agregada pre o post-operatoria.

De estos protocolos de tratamiento, hemos escogido la cistoprostatectomía como tratamiento de elección en nuestros pacientes portadores de cáncer vesical infiltrante. Hemos usado la cistectomía sin efectuar la linfadenectomía sin efectuar la linfadenectomía desde 1973. Desde 1976, en los últimos 14 casos, hemos modificado nuestro protocolo, y en acuerdo a la experiencia de Prout, Whilmore, y otros, hemos usado la Cobaltoterapia pre-operatoria, dosis 1.600–2.000 Rads, en 4 días y cirugía inmediata. Las indicaciones para tal cirugía han sido: 1) Todas aquellas lesiones que demuestran invasión de la muscular (B<sub>1</sub>–B<sub>2</sub> Jewett) y adventicia (C-Jewett). 2) Lesiones rápidamente recurrentes, con signos de tendencia a malignidad celular y que no se pueden controlar con métodos conservadores. 3) Todas las lesiones sesiles. En nuestra experiencia es casi imposible determinar con precisión la operabilidad o no de un tumor, es por esto que todos los pacientes

con cáncer infiltrante deben ser explorados quirúrgicamente. Si al momento de la exploración existe evidente infiltración extravesical, ganglios linfáticos invadidos o metástasis extra pelvianas, efectuamos derivación urinaria paliativa y con predilección para el conducto ileal o la ureterosigmoidotomía y no efectuamos la cistectomía. No hemos usado la linfadenectomía, como complemento a la cistectomía porque creemos, en acuerdo a Cordonnier, Harrison Cox, Hodges, Macdonald y otros, que este procedimiento aumenta la mortalidad y la morbilidad de la operación, y porque con la experiencia de otros (Thompson, Jewett), el número de pacientes con ganglios positivos que son curados no es suficiente para exponerse a la mayor mortalidad y morbilidad. El más importante aspecto en el manejo de un paciente con un tumor maligno es una acuciosa valoración del grado de invasión y de diseminación (Jewett). En un estudio de más de 100 casos de Ca. infiltrante, Jewett, entre otros autores, ha demostrado una relación directa entre la profundidad de la invasión de la pared vesical, y la frecuencia de invasión perivesical, de los ganglios linfáticos y de las metástasis. La palpación perineal bajo anestesia, el estudio de Rx, la cistoscopia y la biopsia han sido los parámetros usados por nosotros para tal valoración (Wallace).

## TECNICA OPERATORIA:

La técnica usada en nuestro servicio ha sido la siguiente: Descrita por Paquin-Marshall. Cuidadosa preparación pre-operatoria. Anestesia general. Incisión mediana retro-púbica. Exploración del hígado, ganglios linfáticos retroperitoneales y pelvis. En ausencia de masas la cistectomía es iniciada. Incisión elíptica del peritoneo vesical y formación de 2 flaps del mismo peritoneo para la peritonización. Ligadura y sección alta del ureter. Ligadura de los vasos umbilicales y vesicales superiores. Ligadura de

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

los vasos vesicales inferiores. Sección de los ligamentos pubo-prostáticos y de las venas dorsal del pene y de los plexos periprostáticos. Sección de la uretra a nivel del pico de la próstata. Separación de la cara posterior de la próstata del recto mediante disección cuidadosa, a través de los planos del Denonvilliers. Sección de las vesículas seminales. Extirpación del bloque vesico-prosto-vesicular. Como derivación urinaria hemos utilizado tanto el conducto ileal o uretero-ileo-cutancostomía como la neo-vejiga rectal y la uretero-sigmoidostomía.

#### Casuística personal:

El presente trabajo representa las primeras experiencias ofrecidas por una serie de 34 casos de Cáncer vesical tratados mediante Cistoprostatovesiculectomía total, en el Servicio de Urología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia de la CCSS, durante el período 1972-1977.

#### 1. Edad:

El mayor grupo de pacientes operados pertenecen a las edades de 60 a 75 años.

50-54 años	3 casos
55-59 años	6 casos
60-64 años	10 casos
65-69 años	9 casos
70-76 años	5 casos
	<u>34 casos</u>

#### 2. Sexo:

El masculino (25 casos) fue mucho más frecuente que el femenino.

Masculino	25 casos
Femenino	9 casos

#### 3. Clasificación clínica

Los casos operados pertenecen, en la siguiente forma a la clasificación de Jewett:

Estadio	
O	1
A	3
B <sub>1</sub>	4
B <sub>2</sub>	10
C	16
D	0
	<u>34 Casos</u>

#### 4. Técnica Quirúrgica:

Cistoprostatovesiculectomía	21
Cistoureterectomía	5
Cistoprostatovesiculoureterectomía	5
	<u>34 casos</u>

#### 5. Tipo de Derivación:

Se emplearon como derivación urinaria:

1. Conducto ileal	22
2. Ureterosigmoidostomía	8
3. Neo-vejiga rectal	4
	<u>34 casos</u>

#### 6. Mortalidad post-operatoria:

La mortalidad fue de 8 casos, en la siguiente cronología:

3 días	2
5 días	1
6 días	2
20 días	2
28 días	1

#### 7. Complicaciones según la derivación urinaria efectuada.

##### A. Neo Vejiga Rectal:

a. Ureteropielectasia bilateral	4
b. Incontinencia urinaria nocturna	6

##### B. Conducto Ileal:

a. Bronconeumonía	2
b. Fístula ureteral	3
c. Infección herida	7
d. Insuficiencia cardiaca	1
e. Ileo paralítico	10
f. Shock séptico	2

##### C. Ureterosigmoidostomía:

a. Absceso pélvico	3
b. Bronconeumonía	2
c. Embolias pulmonares	4
d. Shock séptico	4
e. Ulceras de Stress	3

#### 8. Causa de muerte

a. Cor Pulmonale-Embolismo pulmonar	1
b. Shock séptico-dehiscencia suturas	5
c. Anemia aguda-ruptura vaso mesentérico	0

9. Sobrevida: de 25 casos

1 mes	2
3 meses	1
12 meses	1
14 meses	3
16 meses	1
18 meses	1
24 días	1
29 días	2
30 días	1
36 días	4
48 días	3
60 días	5

NOTA:

Los pacientes anotados en sobrevida a partir de los 29 meses se encuentran vivos asistiendo a consulta y control, dentro de ellos 2, se encuentran en control en el Hospital Max Peralta (Cartago).

Extirpe histológico (casos operados)

1. Adenocarcinomas	3
2. Ca. Infiltrante	5
3. Papilar	8
4. Cel Epidermoide	1
5. Cel Transicionales	17

Radioterapia pre-operatorio:

Proht, Deweerd, Withmore

1.600 - 2.000 Rads

Casos: 14

COMENTARIO

Durante los años 1972-77, hemos manejado 34 casos de cáncer vesical avanzado, mediante la cistectomía total. La experiencia obtenida nos ha fijado el concepto que la cistectomía total debe ser un procedimiento quirúrgico muy bien seleccionado y para ciertos pacientes en condiciones de tolerar el insulto quirúrgico. La sobrevida obtenida en nuestros pacientes, con el mejorar de los resultados, producto de la experiencia obtenida, puede ser luz para estos pacientes que de otra forma gozarían de un pronóstico fatal a corto plazo.

RESUMEN

Se analizan los resultados obtenidos en 34 casos de Cirugía radical, en el tratamiento del Cáncer vesical, estadios clínicos, T3, efectuados en el Servicio de Urología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia.

SUMMARY

We analyse the results obtained in 34 cases of radical surgery for the treatment of Vesical Cancer, in clinical stage T3, done in the service of Urology at the Hospital Calderón Guardia.

BIBLIOGRAFIA

1. Cordonnice JJ. Cistectomy for carcinoma of the bladder. J. Urolog. 91:172, 1968.
2. De Weerd J.M. - Colby M. Combined radiotherapy surgery for infiltrating carcinoma of bladder. J. Urol. 99:593, 1968.
3. Jewett H.J. Tumors of the bladder. Urology, 1969. 26, 1003.
4. Jewett, J.H. Infiltrating carcinoma of the bladder, application of pathologic observation to clinical diagnosis and prognosis. Jama, 134:496, 1947.
5. Paquin A.J. Marshall V. A technique for radical total cistectomy cancer. 9:585, 1956.
6. Prouth, G.R. H. Hodges. Preoperative irradiation. Adjuvant in the surgical management of invasive bladder cancer. J. Urol. 105:223, 1971.
7. Whitmore, W.F. Marshall V.F. F. Cox. Radical total Cistectomy for Cancer, of the bladder, 230 cases five year later. J. Urolog. 87:853, 1962.
8. Whitmore, W.F. I. Thompson. The treatment of bladder tumors. Surg. Clin. N. Amcr. 49:349, 1969.
9. Whitmore W.F. Grabstald H. Preoperative irradiation with cistectomy in the management of bladder cancer. AM. J. Roetg. 201-570, 1968.