

VEJIGA NEUROPÁTICA

Tratamiento por enterocistoplastia

Autor Dr. Eibis Matos Lovaina
Servicio Urología

INTRODUCCIÓN

Durante años la *vejiga neuropática* ha sido una entidad de difícil solución, ya sea por los pobres conocimientos sobre el comportamiento de la enfermedad o la falta de estudios diagnósticos que permitan una correcta valoración de estos enfermos. Con el advenimiento de los estudios urodinámicos, hace unas décadas, se logró precisar con exactitud el tipo de disfunción vésico uretral existente en cada caso y permitió planificar una adecuada orientación terapéutica.

Muchos son los pacientes que fallecen por esta entidad debido al deterioro progresivo del *tractus* urinario superior, y en otros, la calidad de vida es pésima por la incontinencia de orina asociada, que les impide llevar una vida social útil.

El manejo terapéutico de estos enfermos es variado y va desde el uso de drogas que actúan modificando el funcionamiento del complejo uretro vesical, pasando por la electroestimulación, hasta el cateterismo intermitente aséptico o el cateterismo intermitente limpio de *Lapides*, salto cualitativo en el tratamiento, ya que según este método el enfermo realiza, mediante un auto cateterismo uretral sin normas asépticas obligatorias, la evacuación de la orina.

A pesar de estas medidas conservadoras, muchos enfermos no logran mejorar el grado de incontinencia de orina y evolucionan con repercusión sobre el *tractus* urinario superior y deterioro de la función renal haciéndose necesario otros procedimientos. Desde hace algunos años se inició la aplicación de procedimientos quirúrgicos basados en el empleo de segmentos intestinales (enterocistoplastias) y previa resección de gran parte de la vejiga enferma, para conformar un reservorio vesical a baja presión y de volumen adecuado, lográndose una mejoría y estabilización del *tractus* urinario superior, o uno de ellos, y una continencia de orina aceptable, todo esto apoyado en el cateterismo intermitente limpio de *Lapides* que permite evacuar la orina residual que pudiera existir, mejorando así considerablemente la calidad de vida de estos enfermos.

OBJETIVOS

- Analizar los resultados de la enterocistoplastia en la vejiga neuropática
- Evaluar el comportamiento de la incontinencia de orina con esta técnica
- Precisar la repercusión de esta técnica sobre el *tractus* urinario superior
- Identificar las complicaciones por la aplicación de este proceder

- Lograr un índice de infección posquirúrgica acorde a los parámetros establecidos por el comité de infecciones

DESARROLLO

Criterios de inclusión

Serán seleccionados para esta modalidad de tratamiento aquellos pacientes de la consulta de urología o remitidos de otros centros con diagnóstico de vejiga neuropática, que de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Internacional de Continencia puedan ser considerados como portadores de:

- Hiperrreflexia del detrusor
- Arreflexia vesical con pobre acomodación.
- Incontinencia de orina permanente
- Repercusión sobre el tractus urinario superior debido al reflujo vésico ureteral o la uretero hidronefrosis presente
- Cifras de creatinina por debajo de 250 $\mu\text{mol/L}$ (la alta absorción de electrolitos en estos reservorios intestinales y la imposibilidad de resolver este trastorno así lo aconsejan)

Criterios de exclusión

- Pobre reserva funcional renal (creatinina en sangre elevada)

Estudios diagnósticos

- Creatinina para conocer el grado de función renal.
- Urocultivo de orina para determinar la presencia de gérmenes en vías urinarias e imponer tratamiento antibiótico adecuado.
- Uretrocistografía miccional precisando el estado de la vejiga y la uretra, la presencia de litiasis, divertículos, y reflujo vésico ureteral.
- US renal, urograma excretor, o uno de ellos, para ver el estado de las vías urinarias superiores y si existe urétero hidronefrosis.
- Estudios urodinámicos para conocer el tipo de disfunción vésico uretral y clasificar al enfermo.

Técnica quirúrgica

Se realiza previa firma del consentimiento informado por el paciente y familiares

- Resección de la vejiga enferma supratrigonal y ampliación de esta con un reservorio en **w** de ileon terminal detubularizado (enterocistoplastia de aumento). *Puede utilizarse colon pero este produce menos disminución de las presiones en el reservorio.*
- Implantar los uréteres cuando exista reflujo vésico ureteral de alto grado. El de bajo grado y la urétero hidronefrosis por hiperpresión mejoran o

desaparecen cuando se realiza la enterocistoplastia al crearse un reservorio a baja presión.

- Utilizar material de sutura de ácido poliglicoico (reabsorbible a largo plazo).
- Cierre del cuello vesical con creación de un reservorio con estoma cateterizable continente en los pacientes en que no exista una uretra funcional producto de complicaciones derivadas de su enfermedad.

Pos operatorio

- Mantenerlo ingresado el tiempo necesario hasta que no exista riesgo para su vida y será dado de alta con sonda uretral permanente, que se mantendrá 3 semanas.

Seguimiento

Seguimiento en la consulta externa de disfunción vésico uretral (especializada) donde serán evaluados a los 3 y 6 meses y anualmente mediante:

- Inspección clínica
- Ultrasonido renal
- Estudios humorales como creatinina y gasometría
- Cistografía miccional en caso necesario
- Otros estudios según las complicaciones que puedan aparecer

EVOLUCIÓN Y CONTROL

Indicadores de estructura		Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Urólogo y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organiza- tivos	Garantizar el número progre- mado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Re- cogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con vejiga neuropática con apli- cación tratamiento según criterios del PA		100	100	-	<100
% pacientes con vejiga neuropatía con cum- plimiento del seguimiento según planificó		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de resultados		Plan%	Bueno	Regular	Malo

% pacientes con cistopatía con mejoría en la calidad de vida con tratamiento impuesto	>80	>80	70-80	< 70
% pacientes con cistopatía con complicaciones resultantes de cada proceder	< 2,5	< 2,5	2,5-6	>6

Información a pacientes y familiares

Se les informara las características de su afección, posibilidades terapéuticas y pronóstico, cada proceder se realizará bajo consentimiento informado. Se explicará el método de seguimiento en consulta externa.

Bibliografía

1. Fontaine E, Leaner R, Woodhouse CRJ: The effect of intestinal reservoiris on renalfunction. A 10 years follow-up. B. J. International. 86:195-98. 2000.
2. Hoideal, JM, Martín X, Dubernard J, and col.: Renal Transplantation using continent urinary diversión. J. Urol. 1993: 149-305.
3. Hershon S. Long: Term outcome of Hemikoch Ileocystoplasty with continent stoma for female, neurogenic bladder dysfunction. J. Urol. 161:604. 1999.
4. Mike B. Siroky and Robert J. Krane: Neuropathic and other types of bladder dysfunction. Manual of Urology. Diagnosis and therapy.243-53. 1990.
5. Osorio Acosta v. Experiencia personal con el uso de intestino en urología.
6. Peña de la Moneda H., García J., Matos E.: Enterocistoplastia en el tratamiento de la vejiga neuropática. Bol. Col. Mex. Urol. 2:161-6.1995.
7. Raezer D, Evans R, Schron S: Augmentation Ileocystoplasty in neurophatic bladder. J. Urol. 5:25. 26-30 1998.
8. Sheldon, C. and col.: Renal transplantation into the dysfunctional bladder: the role of adjunctive bladder reconstruction. J. Urol. 1993:149.301.
9. Stein R, Fish M, and col.: Urinary diversion and orthotopic bladder substitution in children and young adults with neurogenic bladder. A safe option for treatment. J. Urol. vol.163:568-73.feb.2000.
10. Steven K, Paulsen A: Orthotopic kock ileal neobladder funtional results: urodynamic features, complications and survival in 166 men. J. Urol. vol. 164:288-95. 2000.