

# SEGMENTOS INTESTINALES EN AFECCIONES UROLÓGICAS “DE DIFÍCIL SOLUCIÓN”

*Autor*

Dr. Eibis Matos Lovaina

*Servicio*

Urología

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad no se cuenta con un sustituto ideal de la vejiga; no obstante, múltiples son las intervenciones quirúrgicas que se realizan utilizando segmentos intestinales para ampliarla, sustituirla o reemplazarla.

En urología el empleo de los segmentos intestinales data de más de 100 años, comenzando por *Simón* en 1852 al reimplantar uréteres en el sigmoides; posteriormente *Bricker* utiliza un asa intestinal aislada y la anastomosa a la piel, pero esta técnica reportó una alta morbi-mortalidad por las infecciones y el alto número de complicaciones debido a la repercusión sobre el *tractus* urinario superior provocados por la hipertensión mantenida en estos segmentos intestinales.

Hace mas de 20 años se comienza a describir los reservorios detubularizados usándose varios segmentos intestinales (estómago, ileon, intestino grueso) cada uno con ventajas y desventaja, pero todas con resultados muchos más seguros y efectivos al permitir la creación de un reservorio a baja presión y capacidad adecuada para almacenar orina.

Estos reservorios pueden ser **ortotópicos** (anastomosándose este a la uretra y utilizando el esfínter uretral fisiológico), o **heterotópico**, cateterizable creando un mecanismo esfinteriano ya sea por intusucepción ileal, como en la bolsa de *Kock*, el apéndice cecal (*Mitrofanoff*) o un segmento de ileon aislado (*Monti*).

## OBJETIVOS

- Evaluar la calidad de los resultados obtenidos en el uso de segmentos intestinales en diferentes afecciones urológicas de difícil solución.
- Identificar la posible existencia de complicaciones resultantes de estos procedimientos
- Evaluar la calidad de vida antes y después del proceder utilizado.
- Analizar el índice de infecciones intra hospitalaria con estos procedimientos
- Evaluar la morbimortalidad en estos pacientes después de la intervención quirúrgica
- Aplicar profilaxis perioperatoria con vistas a disminuir el empleo indiscriminado de antibióticos.

## DESARROLLO

## Inclusión de pacientes

- Estos procedimientos, basados en el empleo de intestino, serán aplicados a pacientes con afecciones urológicas con necesidad de ampliar, sustituir o reemplazar la vejiga, y en los cuales no sea factible otro tipo de tratamiento y siempre bajo consentimiento informado del enfermo y familiares, permitiéndole escoger uno de los métodos que se le ofrece según le resulte más idóneo, siempre y cuando sea factible y aplicable a la entidad nosológica que presente.

### *Entre estas afecciones y luego de estudios determinantes, están:*

- ***Cáncer vesical***

Con correcto estadiamiento en el caso particular, mediante:

- ⊕ Ultrasonido abdominal y vesical o tomografía computarizada (TC) para precisar grado de infiltración del tumor, la presencia de adenomegalias y la repercusión sobre el *tractus* urinario superior.
- ⊕ Urograma excretor, en casos excepcionales.
- ⊕ Cistoscopia con biopsia y tacto bimanual bajo anestesia, para precisar las características del tumor y la vejiga, tipo histológico y factibilidad de resección.

- ***Vejiga neuropática***

Se realizará *enterocistoplastia* en aquellos casos en que sea necesario resolver la repercusión sobre el *tractus* urinario superior, la incontinencia de orina, o una de ellas, no resueltas con medidas conservadoras, y previa evaluación mediante:

- ⊕ Cistografía miccional, para precisar complicaciones de la vejiga y la presencia de reflujo vésico uretral.
- ⊕ Urograma excretor, ultrasonido renal, o uno de ellos, para descartar complicaciones renales o la presencia de uretero hidronefrosis por hiperpresión.
- ⊕ Estudios urodinámicos para conocer el tipo de disfunción vésico uretral existente.

- ***Cistopatías*** (cistitis retráctil, intersticial, rádica, vejiga contracturada, etc.)

En los casos en que la sintomatología existente afecte la calidad de vida de los enfermos y que tengan una pérdida de la capacidad funcional de la vejiga, estudiada mediante:

- ⊕ Cistografía miccional.
- ⊕ Estudios urodinámicos, cistoscopia, o uno de ellos, con medición de la capacidad vesical bajo anestesia y biopsia vesical.

- **Fístulas vésico vaginal reiterativa** y disminución de la capacidad vesical
- ⊞ Cistoscopia.

### Criterios de exclusión

Serán excluidos de estos procedimientos:

- ⊞ Pacientes que no acepten esta modalidad de tratamiento.
- ⊞ Pacientes en los que no sean factibles por afecciones concomitantes que contraindique el proceder.

### Seguimiento

Serán evaluados en consulta externa y de seguimiento al alta hospitalaria, y luego a los 3 meses, 6 meses y al año donde se analizara:

Estado del reservorio vesical

- Repercusión sobre el *tractus* urinario superior
- Tipo de continencia
- Presencia de complicaciones derivadas del proceder
- Calidad de vida

Todos estos parámetros serán recogidos en una hoja de Control de Datos

### EVALUACIÓN Y CONTROL

| <b>Indicadores de estructura</b>                                               |                                                                | <b>Plan %</b> | <b>Bueno</b> | <b>Regular</b> | <b>Malo</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------|--------------|----------------|-------------|
| 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 Organizativos                                                         | Garantizar el número programado de 2 operaciones/semana        | 95            | 95           | --             | < 80        |
|                                                                                | % pacientes con Planilla de Recogida Datos (PRD) del PA        | 100           | 100          | -              | <100        |
|                                                                                | % pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos               | 100           | 100          | -              | <100        |
| <b>Indicadores de procesos</b>                                                 |                                                                | <b>Plan%</b>  | <b>Bueno</b> | <b>Regular</b> | <b>Malo</b> |
| % pacientes con AUDS con aplicación del tratamiento según criterios del PA     |                                                                | 100           | 100          | -              | <100        |
| % pacientes con AUDS con cumplimiento del seguimiento según lo establece el PA |                                                                | >90           | >90          | 80-90          | < 80        |
| <b>Indicadores de resultados</b>                                               |                                                                | <b>Plan%</b>  | <b>Bueno</b> | <b>Regular</b> | <b>Malo</b> |
| % pacientes con continencia de orina acepta-                                   |                                                                | >80           | >80          | 70-80          | < 70        |

|                                                                              |       |       |       |      |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|------|
| ble y tractus urinario superior estable                                      |       |       |       |      |
| % pacientes con AUDS con mejoría en calidad de vida con tratamiento impuesto | >80   | >80   | 70-80 | < 70 |
| % pacientes con AUDS con complicaciones resultantes de cada proceder         | < 2,5 | < 2,5 | 2,5-6 | >6   |

### Información a pacientes y familiares

- Ofrecer una información general sobre el diagnóstico y pautas terapéuticas, así como se les explicará los procedimientos que será necesario realizar y en que consisten estos.
- Se le pedirá su consentimiento informado y se plasmará en la historia.
- Brindar un informe médico detallado al alta hospitalaria o al salir de cirugía ambulatoria sobre el proceder realizado, pronóstico y tratamiento a seguir.
- Orientar sobre las consultas de seguimiento.
- Si se presentara una complicación o necesidad de ser atendido por su médico antes de la consulta programada podrá comunicarse con este telefónicamente en la sala y fijar el momento de ser atendido.

### Bibliografía

1. Castellan MA, Gosalves R, Monti O: Clinical applications of the monti procedure asa continent cateterizable stoma. Urology 54[1]:152-156.July.1999.
2. Chopraamd A, Stothers L, Raz S MD: Bladder Augmentation Atlas Of. the Urologic Clinics of North America. Vol.3, N281-92. Oct.1995.
3. Fontaine E, Leaner R, Woodhouse SRJ: the effect of intestinal reservoir on renal function: a 10 years follow-UPBJ international. 86:195-198.2000
4. Hershen S: Long term out come of hemikoch ileocystoplasty with continent stoma for female, neurogenic bladder dysfunction. J Urol, 161:604.1999.
5. Jones MA, Breckman B, Nenchy Wf: Life with on Ileal Conduit: Results of Quieztionare Surverys of patients and Urological Surgenes.Br.J.Urol.52-21.1980
6. Kentores D, Echttte D: Continent urinary diversion in locally advanced cancer. J Urol: 161-457.1999
7. Osorio V, Peña H, Matos E, et al. Empleo de la cistoplastia de aumento en la reparación de las fístulas vésico-vaginales reiteradas. Presentación de 13 pacientes. Urología Panamericana. Vol 13, No. 4: Oct-Nov, 2002.
8. 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
9. Reddy R, Lange R, Frolly E: Total bladder Replecemet Using detubularized sigmoid colon: technique and results .J. Urol. 145:51-5.1991.

10. Steven K, Alpaucen P: Orthotopic kock ileal neo bladder functional results urodynamic feature, complication and survival in 166 men. J Urol 164:288-295.aug. 2000.