

INTERPOSICIÓN APENDICULAR EN URÉTER INFERIOR DERECHO (URETEROAPENDICONEOCISTOSTOMÍA)

JOSEPMILLY PEÑA, HERMES PÉREZ, SHEILA MEDINA, LUIS PEÑA

SERVICIO DE UROLOGÍA, HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, CARACAS VENEZUELA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del cáncer de vejiga tiene como finalidad la curación, control local y preservación de la función sexual y urinaria. Durante 30 años, la cistectomía radical es la terapia estándar para pacientes con cáncer de vejiga invasivo y, la creación de un reservorio continente, con reimplantación ureteral, ha permitido preservar la función urinaria. Sin embargo, este procedimiento presenta un 30 % de complicaciones, principalmente infecciones urinarias, estenosis y reflujo ureteral. La uretero-apendico-neocistostomía no ha sido un procedimiento lo suficientemente difundido para reunir una experiencia acerca de la morbilidad y el éxito del mismo. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Presentamos un paciente de 63 años de edad con antecedentes de cistoprostatectomía radical y neovejiga ortotópica tipo Hautman por carcinoma de células transicionales de vejiga estadio I, con estenosis ureteral inferior derecha de 3 cm. **RESULTADOS:** Se reparó la estenosis ureteral con la interposición apendicular entre el uréter derecho y la neovejiga. La evolución fue satisfactoria, con un resultado posoperatorio funcional adecuado, con continuidad ureterovesical demostrada por radiología. **CONCLUSIONES:** La cistectomía, linfadenectomía pélvica y reconstrucción urinaria ortotópica es una de las mejores opciones para los pacientes con cáncer de vejiga invasivo, con una excelente tasa de supervivencia y funcionalidad. La estenosis ureteral es una posible complicación tardía de este procedimiento. La uretero-apéndice-neocistostomía es una opción viable para la reparación quirúrgica de la estenosis, a pesar de no ser una técnica muy difundida.

PALABRAS CLAVE: Vejiga, cáncer, reconstrucción urinaria, apéndice

Recibido: 15/08/2002 Revisado: 18/09/2002

Aceptado para Publicación: 25/09/2002

Correspondencia: Dra. Josepmilly Peña

Servicio de Urología, Hospital Oncológico Padre Machado Urbanización Los Castaños, Caracas, Venezuela. mail: josepmillyp@hotmail.com

SUMMARY

INTRODUCTION: The main goal when managing bladder carcinoma is to achieve cure, local control and preserve sexual and urinary function. During 30 years, radical cystectomy has been the gold standard in the care of patients with invasive bladder carcinoma. Creation of a continent reservoir and ureteral reimplantation has made preservation of urinary function possible. However, this procedure has a 30 % of morbidity, mainly urinary tract infections, ureteral reflux and ureteral stenosis. The uretero-appendico-neocystostomy is a technique that is not broadly used, thus data are lacking concerning its morbidity or success rate. **MATERIALS AND METHODS:** We present the case of a 63 year old man with past history of a radical cystoprostatectomy and Hautman urinary reservoir for bladder transitional cell carcinoma stage I, with a late right ureteral stenosis that involved the distal 3 cm. **RESULTS:** An appendicular interposition between the ureter and the reservoir was made in order to treat the stenosis. Postoperative course was uneventful and urinary function was excellent. Urinary tract continuity was demonstrated radiologically. **CONCLUSIONS:** We believe radical cystectomy, lymphadenectomy and urinary orthotopic reservoir is one of the best options for patients with bladder carcinoma, with good long term survival and functional results. Ureteral stenosis is a possible late complication of the procedure. The uretero-appendico-neocystostomy is an excellent option in these cases, even though its is not broadly applied.

KEY WORDS: Bladder, cancer, appendix, urinary reservoir

INTRODUCCIÓN

E

l cáncer de vejiga es la segunda neoplasia maligna genitourinaria más frecuente después del cáncer de próstata⁽¹⁾. El síntoma cardinal

está representado por la hematuria macroscópica o microscópica; el tratamiento de esta entidad varía desde la resección uretral hasta cistectomía radical y más tratamiento adyuvante⁽¹⁾. A partir de 1950, con la descripción de los procedimientos de Bricker y de Gilchrist, hubo un progreso en las técnicas de derivación urinaria y reservorios. Uno de los inconvenientes más importantes de estos procedimientos es que, al dejar estomas cutáneos se afecta la calidad de vida de los pacientes, por alteraciones en la "psiquis" del individuo y por las alteraciones en las relaciones interpersonales⁽²⁾, de ahí, la evolución de las técnicas que han permitido un reservorio continente para el tratamiento del cáncer de vejiga, logrando la curación, el control local (obteniendo márgenes de resección tumoral negativos y la extirpación de todos los ganglios linfáticos de drenaje)⁽³⁾, así como, la preservación sexual y urinaria. Una complicación relativamente frecuente de estos procedimientos es la estenosis ureteral. La resolución de la continuidad del uréter inferior puede ser lograda mediante la técnica de interposición del apéndice entre uréter y vejiga, lo cual es el motivo de nuestra presentación.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 63 años de edad quien presentó hematuria macroscópica intermitente de un año de evolución para el momento del ingreso, por lo que acudió a médico particular que realizó resección parcial, por vía transuretral, de una lesión exofítica de gran tamaño, la cual, ocupaba la cara lateral derecha y cara anterior de la vejiga urinaria. El estudio anatomopatológico de la lesión reportó: Carcinoma transicional papilar grado III con invasión superficial del corion, capa muscular libre de lesión, motivo por lo cual es referida a nuestro centro (Figura 1).

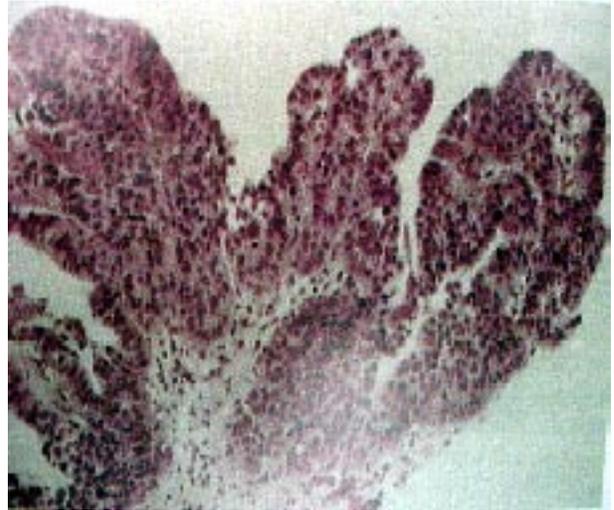


Figura 1. Carcinoma transicional papilar grado 3 con invasión superficial del corion, capa muscular libre de tumor. (10X)

Los estudios realizados reportaron: laboratorio: hemoglobina 12,7 g, resto sin alteraciones. Examen de orina: hematíes incontables, Hb +++.

Se realizó uretroscopia: donde se evidenció una lesión exofítica que ocupa toda la cara lateral derecha y anterior de la vejiga.

Se realizó una tomografía axial computada abdomino-pélvica, donde se evidenció una vejiga de aspecto irregular en su contorno posterior inmediatamente por delante de la próstata. Se realizó un ecosonograma abdominal donde se evidenció una ureterohidronefrosis bilateral. Debido a estos hallazgos se realizó una cistoprostatectomía radical con reconstrucción con una neovejiga ortotópica tipo Hautmann. Los resultados del estudio anatomopatológico fueron: carcinoma papilar transicional papilar grado III de 4 cm x 4 cm; en profundidad infiltra hasta la submucosa, no se observa embolismo tumoral vascular, Se evalúan 13 ganglios linfáticos, ninguno con infiltración neoplásica.



Figura 2-A y 2-B. (A) Pielografía preoperatorio, mostrando la estenosis del uréter derecho (flecha). (B) Urotomografía posoperatoria, sin evidencia de estenosis.

Se concluye como un carcinoma transicional papilar de vejiga grado 3, pT₁N₀M₀ estadio I

El paciente evoluciona satisfactoriamente durante nueve meses, cuando se evidencia ureterohidronefrosis derecha, por lo cual, se realiza un gammagrama renal evidenciando una exclusión funcional del riñón derecho, por lo cual se practicó una nefrostomía percutánea. Se repite el gammagrama renal evidenciando una disminución de la perfusión renal, déficit de la capacidad funcional. Se realizó una pielografía percutánea evidenciando moderada ureteropielonefrosis derecha, y estenosis a nivel del uréter pélvico.

Se reimplante ureteral derecho, con reconstrucción ureteral con apéndice cecal desfuncionalizado.

La urotomografía posoperatoria: atrofia renal derecha, se evidencia funcionamiento del riñón,

mínima dilatación del sistema ureteropielocalicial del riñón izquierdo, buen llenado de la vejiga.

Actualmente paciente en buenas condiciones, con adecuado funcionamiento renal, libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

Desde los trabajos de Mitrofanoff en 1980⁽⁴⁾, el apéndice ha tomado un lugar preponderante como trayecto urinario sobre todo, sirviendo como conducto para cateterismo vesical limpio intermitente. Con anterioridad, varias publicaciones han dado constancia de su utilidad como conducto urinario sustitutivo del uréter inferior derecho, tomándose como una opción más entre los diferentes procedimientos que constituyen posibilidades quirúrgicas de reconstrucción del

uréter inferior derecho⁽⁵⁾.

La uretero-apéndice-neocistostomía, no ha sido un procedimiento lo suficientemente difundido que hubiese permitido reunir una experiencia acerca de la morbilidad y el éxito del mismo, todo esto, por la mayor aceptación divulgación que han tenido el Psoas Hitch, el reimplante de Boari, la transuretero-uretero-anastomosis y el uréter ileal e inclusive el auto trasplante renal⁽⁶⁾.

En este trabajo presentamos un caso el cual reunió particulares características en las que la uretero-neocistostomía fue la mejor opción.

En la resolución de la continuidad del uréter inferior se toman en cuenta diferentes variables: diferencial de la función renal, edad del paciente, tamaño y condiciones vesicales, síndrome adherencial abdominal.

En cuanto a estas condiciones, cabe decir que, el porcentaje de función renal juega un papel importante, sobre todo en edades tempranas. En los pacientes con función renal normal contralateral o en pacientes ancianos, la nefrectomía es la opción de elección. Existen otras circunstancias, como lo son pacientes jóvenes con buen porcentaje de función renal con riñón único, en los cuales el autotrasplante renal es la opción quirúrgica de elección. En

los casos en los cuales se ha producido un daño de la pared ureteral importante, la sustitución ureteral es el método de elección, sin embargo, en la mayoría de los casos en la presencia de un uréter inferior derecho o izquierdo dañado, la trans-uretero-uretero-anastomosis es la mejor opción.

Nuestro caso, se trata de un paciente masculino de 60 años de edad con una cistoprostatectomía radical y neovejiga ortotópica tipo Hautman por carcinoma de células transicionales estadio I, con estenosis de 3 cm del uréter inferior derecho, aunado a estas circunstancias, cabe decir que cursa con síndrome adherencial abdominal total y, el 23 % de diferencial de función renal del riñón derecho; un porcentaje importante para proponer nefrectomía y, sin posibilidades de utilizar segmento ileal por las adherencias. De tal manera que ante la presencia de una apéndice vermiforme largo cuyo pedículo vascular permitió una excelente disección. La interposición de la apéndice entre el uréter y la vejiga fue el recurso quirúrgico posible.

El paciente actualmente mantiene un porcentaje de función aceptable y la continuidad ureterovesical fue demostrada por radiología posoperatoria.

REFERENCIAS

1. John P, Skinner D. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: Long-term results in 1 054 patients. *J Clin Oncol* 2001;(1):666-675.
2. Brake M, Loertzer H, Keller H. Recurrence and progression of stage T1 grade 3 transitional cell carcinoma Calmette Guerin. *J Urol* 2001;163(6):1697-1701.
3. Brown AL, Zietman AL, Shipley WU, Kaufman DS. An organ-preserving approach to muscle-invading transitional cell cancer of the bladder. *Hematol Oncol Clin North Am* 2001;15(2):345-358.
4. Mitrafanoff P. [Trans-appendicular continent cystostomy in the management of the neurogenic bladder]. *Chir Ped* 1980;21:297-305.
5. Le-Duc A, Camey M, Teillac. Original antireflux uretero-ileal implantation technique long term follow-up. *J Urol* 1987;137:1156-1158.
6. Elsasser-Beile U, Gutzeit O, Bauer S, Katzenwadel A, Schultze-Seemann W, Wetterauer U. Systemic and local immunomodulatory effects of intravesical BCG therapy in patients with superficial urinary bladder carcinomas. *J Urol* 2000;163(1):296-299.