



VC-101 - RECONSTRUCCIÓN VESICAL TRAS RESECCIÓN DE RECIDIVA DE NEOPLASIA RECTAL

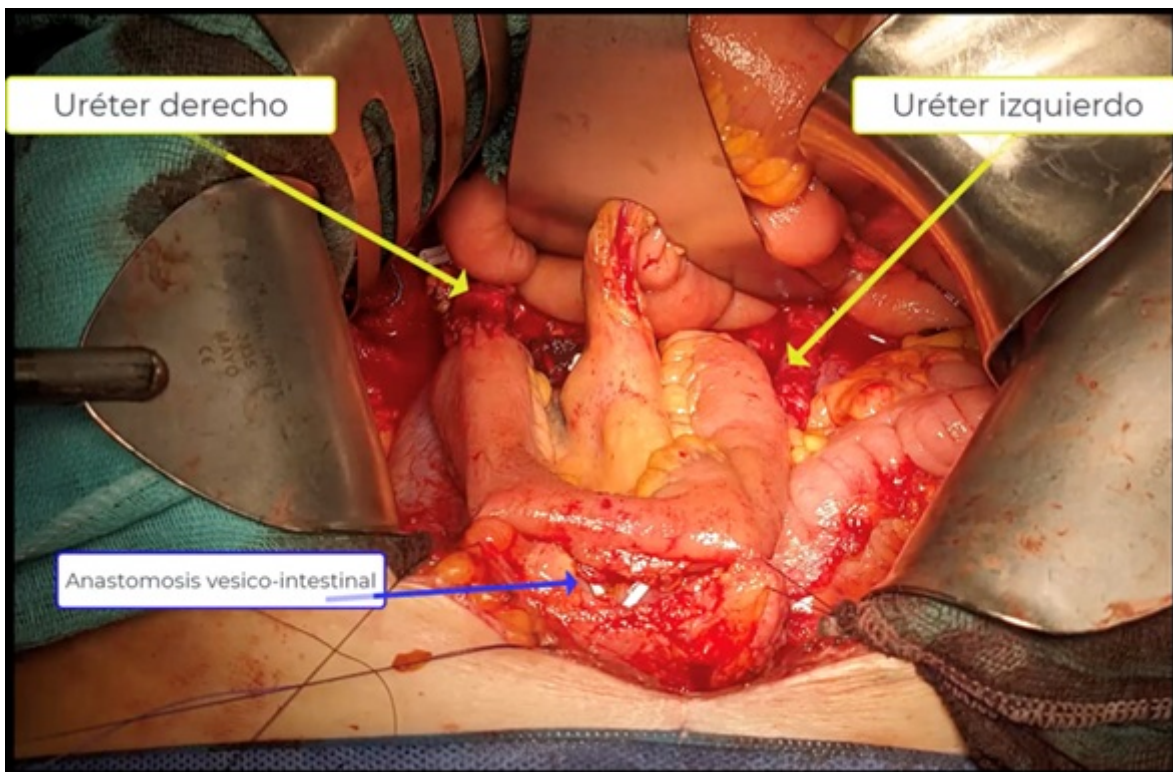
Rodríguez García, Alejandro; Gutiérrez Sánchez, Carmen; Mansanet Mogort, Albert; Sancho Muriel, Jorge; Cholewa, Hanna; Primo Romaguera, Vicent; de Miguel Valencia, Mario; Flor Lorente, Blas

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La recidiva local de una neoplasia colorrectal constituye una entidad compleja que puede comprometer múltiples estructuras pélvicas, dificultando su manejo quirúrgico. En particular, la afectación bilateral de los uréteres por tumoración pélvica es excepcional y representa un desafío técnico significativo para el cirujano. En estos casos, el abordaje multidisciplinar resulta imprescindible para planificar una resección oncológica efectiva, garantizar márgenes negativos y, a su vez, preservar en la medida de lo posible la función urinaria. Si bien la derivación urinaria tipo Bricker constituye la técnica más utilizada ante la necesidad de resección ureteral bilateral, existen técnicas alternativas menos frecuentes pero con ventajas funcionales, especialmente en pacientes jóvenes o sin contraindicación vesical. Una de estas técnicas es la reconstrucción urinaria con asa ileal excluida en “U” y anastomosis a ambos uréteres y a la vejiga, que permite restablecer el tránsito urinario anatómico, preservar la continencia y evitar urostomías. Presentamos un caso clínico en el que se aplicó esta técnica como parte de una cirugía radical por recidiva local de cáncer de sigma, con resultados funcionales y oncológicos satisfactorios.

Caso clínico: Mujer de 49 años intervenida en 2022 mediante sigmoidectomía laparoscópica por adenocarcinoma de sigma. En 2024, se evidencia una recidiva local a nivel de la anastomosis, que provoca una insuficiencia renal por hidronefrosis bilateral secundaria a la infiltración de ambos uréteres. La recidiva también contacta íntimamente con la arteria ilíaca interna derecha. Tras discusión en comité, se decide realizar una cirugía radical con intención curativa, asociando radioterapia intraoperatoria, y reconstrucción digestiva y urinaria en el mismo tiempo. Durante el abordaje quirúrgico, se realiza anexectomía bilateral por infiltración tumoral y sección de ambos uréteres a nivel muy proximal. Se produce una lesión de la arteria ilíaca externa derecha que se repara con parche de pericardio bovino. Para evitar la confección de una urostomía se lleva a cabo la reconstrucción urinaria: se confecciona un asa ileal distal de 15 cm excluida en U, anastomosando ambos uréteres término-lateralmente a sus extremos y, posteriormente, se anastomosa la porción media del asa ileal a la cúpula vesical. Las anastomosis fueron tutorizadas con catéteres doble J. Finalmente, se realiza la reconstrucción del tránsito intestinal mediante anastomosis colorrectal mecánica y una ileostomía de protección.



Discusión: La infiltración bilateral de los uréteres por recidiva de cáncer colorrectal es infrecuente y supone un gran reto quirúrgico. La reconstrucción urinaria con asa ileal en U permite preservar la función vesical y evitar derivaciones externas, siendo una opción poco habitual pero eficaz en pacientes seleccionados. Esta técnica proporciona un drenaje simétrico y fisiológico mediante anastomosis término-laterales de los uréteres a ambos extremos del asa y una anastomosis central a la cúpula vesical. Su éxito depende de una cuidadosa selección del segmento ileal, una adecuada movilización ureteral y una ejecución meticulosa de las anastomosis. En el caso presentado, se logró una resección oncológica R0 con reconstrucción funcional satisfactoria, destacando el papel del abordaje multidisciplinar en cirugías oncológicas de alta complejidad.