

ANASTOMOSIS URETEROINTESTINAL EN CONDUCTO ILEAL EN MONORRENO. NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA

J.F. AGUIRRE BENITES, J.M. DUARTE OJEDA, R. DÍAZ GONZÁLEZ,
O. LEIVA GALVIS

Servicio de Urología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

PALABRAS CLAVE:

Cáncer de vejiga. Bricker. Anastomosis urétero ileal. Técnica quirúrgica.

KEY WORDS:

Cancer of the bladder. Bricker. Uretero-ileal anastomosis. Surgical technique.

Actas Urol Esp. 24 (1): 65-67, 2000

RESUMEN

Se presenta una nueva modalidad de implantación para aquellos casos en los que existe una sola unidad renal urétero ileal para aquellos en que nos encontramos con una sola unidad renal. La técnica tiene el mismo planteamiento que la técnica de reimplantación tipo Wallace, formando en este caso la placa de anastomosis urétero ileal con los 2-3 últimos cm del uréter. Los casos realizados hasta el momento con dicha técnica han sido satisfactorios como se refiere a lo largo de esta nota clínica.

ABSTRACT

Introduction of a new approach for uretero-ileal implantation when only one kidney is available. The technique follows the same approach as the Wallace-type re-implantation but in this case the uretero-ileal anastomosis plate is formed with the far end 2-3 cm of ureter. All cases performed with this technique have been highly successful as reported in this clinical account.

La cistoprostatectomía radical es, en general, el tratamiento comúnmente aceptado para el tratamiento del cáncer vesical infiltrante localizado. Desde la década de los 50 la derivación urinaria más utilizada ha sido la creación de un conducto ileal. En la década de los 80 Camey describió la sustitución vesical con intestino delgado, creando una neovejiga y anastomosándola a la uretra¹. Posteriormente se han descrito diversas variantes técnicas y en los últimos tiempos las indicaciones de la sustitución vesical, en un principio más restringidas, se han ido ampliando, siendo actualmente una técnica comúnmente

aceptada y ampliamente utilizada. Sin embargo, en determinadas ocasiones, por diversas razones, deberemos recurrir aún a técnicas de derivación urinaria y en estos casos el conducto ileal sigue siendo una de las mejores opciones. El uréter puede ser anastomosado al intestino delgado de forma que se produzca una anastomosis con o sin reflujo, existiendo aún controversia sobre la conveniencia de realizar una u otra. Varios autores han descrito menor incidencia de deterioro renal con anastomosis antirreflujo que en aquellos casos en que el antirreflujo fracasó², sin embargo otros autores no han encontrado diferencias³.

Las anastomosis ureterointestinales se pueden realizar de forma término terminal o término lateral. Una de las técnicas más utilizadas es la de Wallace, técnica término terminal y refluente⁴. Presenta el menor índice de complicaciones, habiéndose descrito tasas de estenosis del 3%, deterioro del tracto urinario superior en el 4% y fistulas en el 2%⁵. Aunque existen tres variantes, en todas ellas los uréteres son espatulados y suturados uno junto a otro y éstos al extremo terminal del asa de intestino delgado, no pudiendo realizarse por tanto en casos de pacientes monorrenos. En estos casos debe recurrirse a otras técnicas como la de Bricker (termino lateral y refluente)⁶ o anastomosis tunelizadas⁷, en pezón⁸ o la de Le Duc⁹ (no refluientes).

Se describe una técnica en la que un uréter único es anastomosado de forma termino terminal al asa intestinal, no precisando por tanto la realización de enterotomías una vez aislada el asa.

Técnica quirúrgica

Se practica la cistectomía radical mediante incisión de laparotomía media según la técnica habitual, así como la linfadenectomía ilio-obturator bilaterale y el aislamiento de la porción de ileon adecuada para la construcción del conducto ileal que realizamos con suturas mecánicas (GIA y TEA). En el caso de que el riñón único sea el izquierdo el uréter se transpone al lado derecho como se realizaría habitualmente en caso de existir dos unidades renales para colocar el estoma en el lado derecho. El extremo ureteral se espatula en su porción más distal en una longitud adecuada al diámetro de la luz intestinal (el doble) y se pliega sobre si mismo en su eje longitudinal suturándose los bordes con sutura continua reabsorbible (Figs. 1 y 2). Ambos bordes son a continuación suturados a las caras correspondientes del extremo proximal del conducto ileal asimismo con sutura continua reabsorbible con lo que se consigue aumentar la superficie de implantación sobre el asa intestinal (Fig. 3). La anastomosis se tutoriza con un catéter ureteral que se exterioriza por el estoma y se mantiene durante dos semanas.

Hasta la fecha se ha realizado dicha técnica en 5 pacientes sin que se haya objetivado ningún caso de obstrucción de la anastomosis ni fistulas

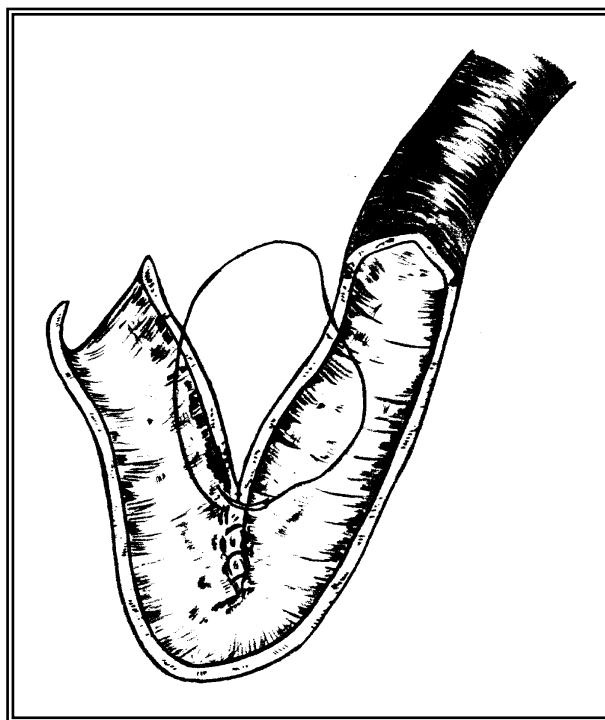


FIGURA 1

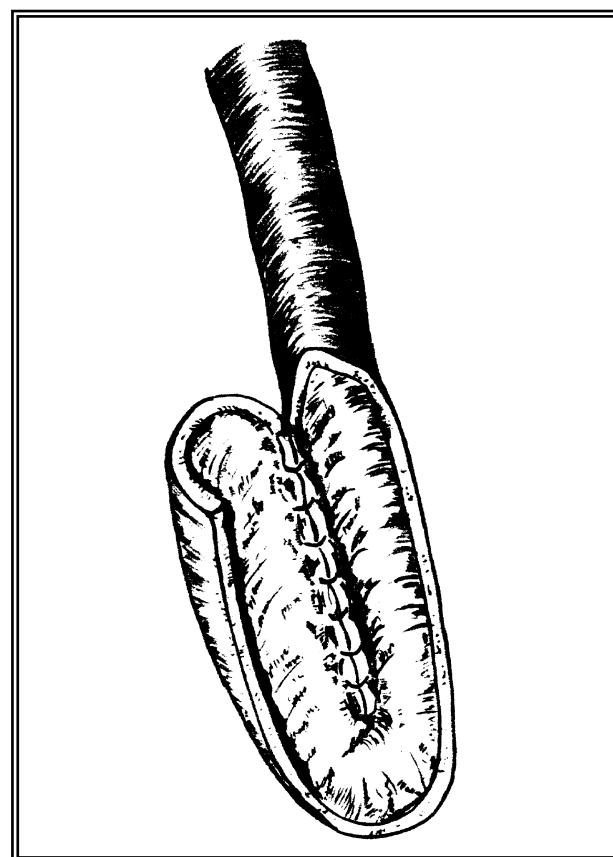


FIGURA 2

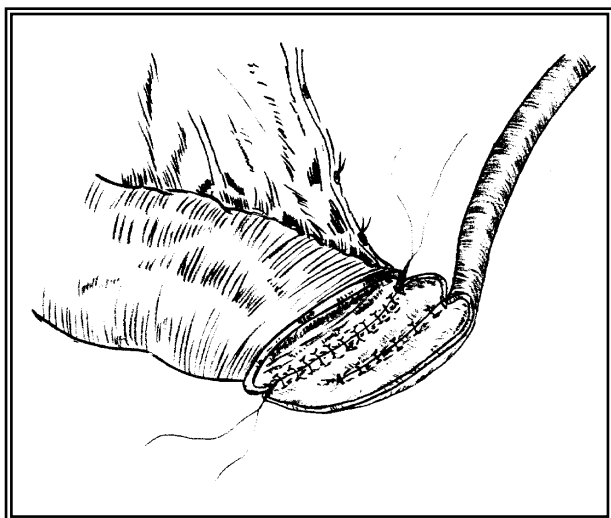


FIGURA 3

si bien el seguimiento hasta el momento es corto. La ventaja de este tipo de anastomosis sobre otras realizadas habitualmente como la de Le Duc, la de Bricker o la anastomosis tunelizada sería la no necesidad de practicar enterotomías aprovechando la propia luz del extremo del conducto ileal de manera análoga a como se realiza en la técnica de Wallace con dos uréteres, así como el aumento de la superficie de implantación del uréter sobre el asa, superficie que sería escasa en el caso de un uréter único de no realizar la plicatura del mismo.

En los últimos tiempos está aumentando el número de sustituciones vesicales en detrimento de otros tipos de derivación, siendo cada vez más frecuente la realización de neovejigas utilizando distintas técnicas como las de Hautmann y Studer^{10,11}. En estos casos también podría realizarse este tipo de anastomosis dejando sin detubulizar uno de los extremos del asa y procediendo de manera similar a como se haría en un asa de Bricker.

REFERENCIAS

1. CAMEY M: Bladder replacement by ileocystoplasty following radical cystectomy. *Sem Urol* 1987; **5**: 18.
2. HUSMANN DA, McLORIE GA, CHURCHILL BM: Nonrefluxing colonic conduits: a long-term life-table analysis. *J Urol* 1989; **142**: 1.201-1.203.
3. DE CARLI P, MICALI S, O'SULLIVAN D, MAINIERO G, CUSUMANO G, FATTAHI H, CANCRNI A: Ureteral anastomosis in the orthotopic ileal neobladder: comparison of 2 techniques. *J Urol* 1997; **157**: 469-471.
4. WALLACE DM: Uretero-ileostomy. *Br J Urol* 1970; **42**: 529-534.
5. McDOUGAL MS: Uso de segmentos intestinales en el tracto urinario: Principios básicos. Campbell Urología, Walsh, Retic, Stamey, Vaughan. 6ª W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1992.
6. BRICKER EM: Bladder substitution after pelvic evisceration. *Surg Clin North Am* 1950; **30**: 1.511-1.521.
7. STARR A, ROSE DH, COOPER JF: Antireflux ureteroileal anastomosis in humans. *J Urol* 1975; **113**: 170-174.
8. TURNER-WARWICK RT, ASHKEN MH: The functional results of partial, subtotal and total cystoplasty with special reference to ureteroacocystoplasty, selective sphincterotomy and cystocystoplasty. *Br J Urol* 1967; **39**: 3-12.
9. LE DUC A, CAMEY M, TEILLAC P: An original anti-reflux ureteroileal implantation technique: long-term followup. *J Urol* 1987; **137**: 1156.
10. HAUTMANN RE, EGGHART G, FROHNEBERG D, MILLER K: The ileal neobladder. *J Urol* 1988; **139**: 39.
11. STUDER UE, CASANOVA GA, LUISIER J, ZINGG EJ: Vessie de substitution réalisée au moyen de l'ileon replié. *J d'Urol* 1988; **94**: 273.

Dr. J.F. Aguirre Benites
Servicio de Urología.
Hospital 12 de Octubre
Ctra. Andalucía 5,400
28041-Madrid

(Trabajo recibido el 25 de julio de 1999)