

PROBLEMAS URINARIOS EN LA AMPUTACION ABDOMINOPERINEAL DE RECTO (*)

Dr. Walter García Russich

Hemos analizado 20 observaciones, la mayoría de las cuales corresponden a la Clínica del Prof. Chifflet. No podemos contar con una estadística numéricamente muy amplia, ni tampoco tan completa del punto de vista urológico, como la que se han llevado a cabo en otros ambientes; debiéndonos valer en algunas apreciaciones de lo observado en dichos medios, para completar nuestra exposición.

Vamos a encarar el estudio de estos problemas en dos grandes capítulos:

A) Complicaciones en el acto operatorio.

B) Complicaciones en el post operatorio inmediato y mediato.

A) COMPLICACIONES EN EL ACTO OPERATORIO

Es indudable que la cirugía cancerológica de recto, con las técnicas de amplitud (exantelaciones y hemiexantelaciones) a que se ha llegado últimamente, exige de parte del cirujano, un gran conocimiento de la totalidad de la pelvis y en forma particular de los órganos urinarios alojados en la excavación pelviana y el periné.

En la generalidad de los casos, ellos deben ser eludidos y respetados; pero en determinadas circunstancias, el cirujano se puede ver obligado accidentalmente a actuar sobre los mismos.

En la amputación abdominoperineal de recto, hay tres sec-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 23 de setiembre de 1958.

tores del aparato urinario, que se deben tener presentes y deben ser respetados :

Uretra posterior y próstata en el hombre.

Vejiga.

Uréteres.

La lesión de la uretra posterior o de la próstata, es un accidente poco frecuente en estas intervenciones, pues la sonda vesical que se deja a permanencia, es una buena referencia durante la operación; aun en aquellos casos en que la infiltración haga dificultoso el hallazgo del plano de clivaje.

La vejiga puede verse comprometida, cuando el neoplasma de cara anterior de recto invade el espacio rectovesical o la propia pared de la vejiga.

En este último caso, para intentar una cirugía con aspiraciones de radical, será necesario ir a la cistectomía parcial, a la próstatocistectomía trigonal o a la cistectomía total con vejiga de sustitución, implantación uréterointestinal o cutánea, según las condiciones del enfermo y la tendencia del cirujano.

Pero no se debe olvidar la posibilidad de herida accidental, ignorada de vejiga, que llevará inevitablemente a la fístula vésico-perineal. La desvitalización de la pared vesical, en la disección quirúrgica, puede provocar secundariamente una fístula. Es el caso de un enfermo diabético, al que se le practicó una amputación, y a los cinco días de operado inició una fístula vesical. En este caso se comprobó que la fistulización fue secundaria, pues se le sondaba periódicamente, por presentar una marcada intolerancia a la sonda uretral a permanencia.

En cuanto a los uréteres, no vamos a entrar en el problema del uréter que previo a la intervención se sabe involucrado por el neoplasma; caso en el cual el cirujano debe haber tomado las providencias necesarias y la conducta a seguir con el mismo.

Al uréter no basta descubrirlo y repararlo al incidir las hojas del mesosigmoide; hay que tener en cuenta su curso y relaciones hasta su abocamiento en vejiga. Aún así, puede ser herido o seccionado accidentalmente, sobre todo si hay modificaciones anatómicas por ambiente peritumoral. Es el caso de un enfermo en el que dichas alteraciones hicieron factible la herida accidental

del uréter, el que debió ser reimplantado en vejiga en el mismo acto operatorio, con buen éxito funcional.

COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO

Cuatro son las complicaciones que se presentan en el post-operatorio de este tipo de cirugía, a saber:

- 1) Retención de orina.
- 2) Incontinencia urinaria.
- 3) Infección urinaria.
- 4) Impotencia genital.

1) Retención de orina

Podemos afirmar que es ésta una eventualidad prácticamente ineludible; es el tributo que paga el enfermo ante una afección de la entidad y gravedad del cáncer de recto, donde se presenta en forma mucho más frecuente que lo que habitualmente sucede en las intervenciones de cirugía mayor del abdomen. Su gravedad es baja del punto de vista vital, pero es una complicación que no debe ser subestimada; frente a la cual se deben tener en cuenta los máximos cuidados en el manejo del post-operatorio de estos enfermos.

Hay varias causas, predisponentes las unas y desencadenantes las otras, en la retención de orina de estos pacientes.

a) *Alteraciones anatómicas*

En la extirpación de recto por vía abdominal-perineal, hay una alteración profunda y definitiva en la estática y la dinámica de las vísceras pelvianas, lo que va a gravitar en forma importante en el reservorio urinario. Se debe analizar en forma separada al hombre y a la mujer.

En el hombre, esta intervención implica no sólo la falta de apoyo posterior de la vejiga, sino además, la pérdida de la integridad del diafragma pelviano, seccionado en la realización del acto quirúrgico.

Esta falta de apoyo, lleva a la vejiga a desplazarse hacia atrás, hacia el sacro. Este desplazamiento provocaría un receso vesical retroprostático, si no fuese complementado con un desplazamiento también posterior del cuello vesical y la próstata, el que se produce por la falta de estructuras sólidas de sostenimien-

to del cuello vesical hacia adelante, pues los ligamentos pubo-prostático, se insertan próximos al vértice de la próstata, permitiendo la angulación hacia atrás del cuello vesical. Hacia arriba la vejiga queda suspendida por los elementos de fijación del vértice.

Es lo que mostramos en la figura 1.

El valor más importante de este desplazamiento vesico-cérvico-uretral, es para el estudio endoscópico vesical en los pa-

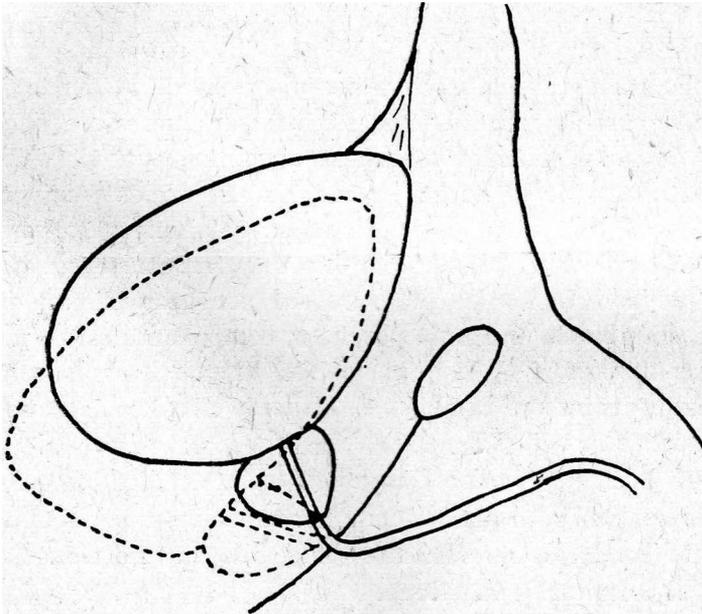


FIG. 1

cientes operados, como también para el pasaje de sondas en el post-operatorio.

Al pasar el citoscopio, éste debe ser mantenido formando un ángulo de 60° con el plano horizontal en el enfermo en decúbito, en lugar de horizontalizarlo al llegar al cuello, como se hace habitualmente en el sujeto normal. Si se hace esta última maniobra, el pico del citoscopio choca con la pared anterior de la uretra y con facilidad crea una falsa ruta.

P. C. Watson y D. Innes Williams, sobre 100 operados en el San Marcos, estudiados en el post-operatorio, han comprobado la

abertura de la uretra posterior y la facilidad de su visualización citoscópica de la totalidad de la uretra prostática, de la misma manera que el cistograma muestra un relleno de la uretra posterior en la vejiga en reposo. Atribuyen estas modificaciones a las alteraciones anatómicas producidas por la intervención.

En la mujer, los desplazamientos son muy ligeros, aún en las intervenciones ensanchadas con histerectomía; pues en la mayoría de los casos se deja la pared anterior de vagina, siendo la uretra femenina muy corta.

b) *Posición del enfermo*

Todo paciente y sobre todo los operados de abdomen, tienen dificultad para la micción en decúbito; pues necesitan hacer entrar en juego el esfuerzo voluntario abdominal, que despierta dolor a la altura de la herida operatoria. El paciente en posición de pie, verá facilitada su micción por 3 razones: 1º porque el músculo detrusor al permanecer indemne, mantiene su eficacia; 2º porque la estación de pie favorece por gravedad el drenaje vesical, eliminando en forma parcial el componente esfuerzo abdominal; y 3º porque la disminución del ángulo uretral, como hemos visto, disminuye también el esfuerzo necesario del detrusor para evacuar la vejiga.

Esto lo hemos podido comprobar en casi todos los enfermos, Los que una vez retirada la sonda permanecieron en decúbito, fue necesario sondarlos nuevamente; iniciando sus micciones espontáneas al levantarlos del lecho.

c) *Adenoma de próstata*

Este factor no tiene la entidad que en un primer momento le dieron algunos autores. Un pequeño adenoma no tiene el valor suficiente para atribuírsele la responsabilidad total en la retención. Pero es indudable que el mediano y el gran adenoma gravitan en estos enfermos, pues persistiendo un residuo, puede llevar al paciente con el tiempo, a la retención completa de orina.

Tenemos 2 casos. En uno de ellos fue necesario llegar a la talla vesical, por tratarse de un enfermo que acusaba dolores ocasionados por una recidiva in situ. De lo contrario la intervención planteada era la resección endoscópica. En este enfermo, pre-

vio a la intervención ya se conocía el adenoma y la retención completa sobrevino a los seis meses de operado.

El otro caso, también prostático conocido, aunque con pequeño residuo preoperatorio, mantuvo sus trastornos disúricos en el post-operatorio una vez reiniciadas sus micciones, y en el momento actual a los tres meses de operado, su residuo es de 180 c.c. Estamos a la espera de una rehabilitación completa por parte del enfermo, para practicarle una resección endoscópica.

En este grupo también podemos incluir, por tratarse de un problema véstico-cérvido-uretral, el caso de una enferma que a los 6 meses de operada consultó por una retención completa, y a quien el Dr. Hughes le practicó una resección endoscópica, que permitió a la enferma un ritmo urinario correcto a posteriori.

d) *Meiopraxia y edad avanzada*

Son dos factores a tener en cuenta en las retenciones post-operatorias, siendo evidente que influyen en la vitalidad del detrusor, incidiendo así en la buena funcionalidad vesical. (*)

Pero es evidente que casi nunca se puede responsabilizar en forma exclusiva a una sola de estas causas, en la retención de orina; debiendo ser imputable más bien este accidente a la suma de los factores antedichos, a los que hay que agregar otro, sobre el cual nos vamos a extender. Nos referimos al:

e) *Trauma directo de vejiga e injuria nerviosa pélvica*

El trauma quirúrgico de vejiga, puede ser importante, si la disección anterior es dificultosa por extensión tumoral. Se comprobaron alteraciones en el mecanismo de abertura del meato interno, en pequeños traumas de la región del triángulo, los que al modificar el funcionamiento normal del detrusor, llevan a la retención.

Por injuria nerviosa pélvica, se entiende la resultante del trauma quirúrgico sobre los elementos nerviosos. De acuerdo a la entidad de estos elementos afectados, vamos a subdividirla, con Watson e Innes Williams en:

- Trauma nervioso menor.
- Síndrome nervioso pélvico.

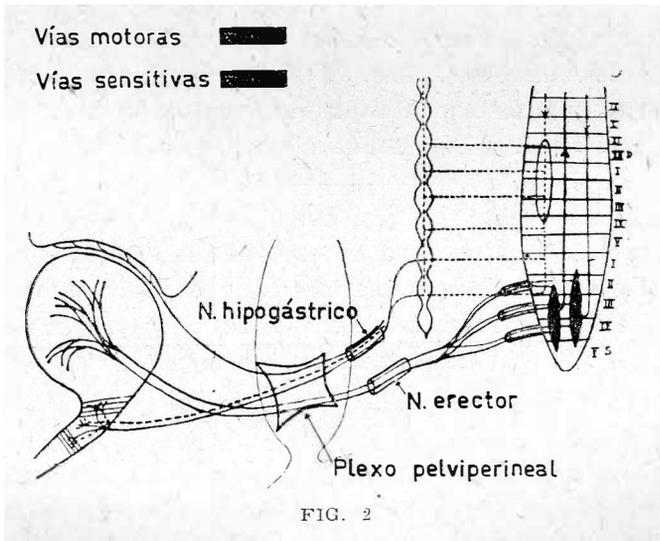
(*) Este factor se hace más pronunciado en la retención en decúbito.

El trauma nervioso menor es el que habitualmente resulta de toda intervención de este tipo, y está condicionado al machucamiento y a la sección de pequeños filetes nerviosos pélvicos.

En aquellos casos en que la lesión nerviosa se reduce a ello, pudimos comprobar que una vez retirada la sonda vesical, entre el 7º y el 10º día, cuando hubo retención, ella se presentó con sensación de plenitud vesical conservada, aunque era una sensación alterada e imprecisa de vejiga distendida.

Influyen en el trauma nervioso menor, la extensión tumoral y la técnica quirúrgica empleadas.

INERVACIÓN VESICAL.



Es como decíamos al principio, el tributo que paga el enfermo a la cirugía radical.

De los 20 casos observados, ninguno de ellos pasó de los 25 días de retención en el post-operatorio, siendo sólo 2 los que pasaron de los 14 días. En ninguno de ellos fue necesario aplicar irritantes vesicales, para normalizar la micción.

Y llegamos al síndrome nervioso pélvico, que Watson e Innes Williams encontraron sólo en 2 enfermos de los por ellos estudiados, y que nosotros no encontramos en ningún caso.

La figura 2 muestra la inervación vesical, de acuerdo al

trabajo presentado por V. Richer y J. Ginestie en el XLII Congreso Francés de Urología (1948).

A la lesión quirúrgica traumática de estas vías, corresponde la conformación del síndrome nervioso pélvico a que hacemos referencia. Este no ha sido visto en la mujer.

Se establecen 3 etapas sucesivas por las que pasa el enfermo del punto de vista clínico, a saber:

1ª Etapa. Retención que persiste durante algunos días o semanas, sin sensación de plenitud vesical.

2ª Etapa. La micción es posible, pero se acompaña de incontinencia y con frecuencia se asocia a severa infección urinaria. Al principio el residuo es grande, pero disminuye progresivamente, hasta ser pequeño a los pocos meses.

3ª Etapa. Incontinencia sin residuo y con vejiga de buena capacidad, lo que se comprueba por la cistometría.

Esta evolución clínica puede verse alterada por la incidencia de otros factores, tales como el adenoma de próstata.

Es característica la manera de evacuar la vejiga estos enfermos luego de la retención; se basa en el esfuerzo abdominal ayudado por la respiración contenida; y en algunos casos, con la presión manual del abdomen. Para ello el enfermo debe ser instruido. El chorro por otra parte, es de poca fuerza y se interrumpe al respirar. Termina la micción con una serie de pequeños chorros entrecortados, consecuencia de las contracciones del detrusor.

La rehabilitación total es excepcional, no siendo rara cierta recuperación del control, a los meses o años de operados; control que se adquiere primero durante el día, persistiendo incontinencia nocturna. Esta incontinencia es en parte corregida por acostumbramiento del enfermo a levantarse 3 o 4 veces durante la noche.

Es indudable que estas alteraciones deben hacerse sobre los territorios nerviosos tronculares, pues no aceptan otra explicación fisiopatológica. No reproducen ninguno de los cuadros clínicos provocados en el orden experimental. Lo que nos lleva a pensar que la injuria nerviosa lesionó parcialmente las fibras constitutivas de estos nervios y no en forma total; lo que permite el grado de recuperación que hemos puntualizado.

Como podemos observar en el esquema, el intrincamiento de las fibras nerviosas, tanto motrices como sensitivas, no permite establecer de acuerdo a las áreas, los troncos lesionados.

Pero, la conclusión que sacamos de acuerdo a la anatomía y a la técnica de la operación, es que la lesión de estos elementos se debe realizar al llevar a cabo la disección posterior del recto, sobre la cara anterior del sacro, lesionando las raíces S2, S3 o S4, puesto que en la disección lateral, sobre todo una vez que el plexo pélvico se dividió en la pared de la pelvis, por más ensanchada que sea la operación, es prácticamente imposible lesionar más de una pequeña cantidad de esas fibras, con lo que estaría asegurada la inervación supletoria por las restantes.

La disección anterior sólo puede lesionar pequeños filetes nerviosos, que conducirán al trauma nervioso menor de que hablamos.

La citoscopia muestra el cuello vesical abierto, estando desaparecido el labio del meato interno. Esta modificación no se debe confundir con la secuela habitual de la abdómino-perineal, que hemos señalado. La cistometría permite apreciar una buena capacidad vesical; pero su distensión no va acompañada de ninguna sensación subjetiva, estando ausente la fase de relleno isotónico de la vejiga normal. El cistograma, muestra el relleno constante de la uretra posterior.

2) Incontinencia de orina

Es una eventualidad menos frecuente que la anterior. En ella pueden incidir algunos de los factores que hemos enumerado al hablar de retención de orina, pero por un mecanismo inverso.

Es de subrayar la importancia que tiene el esfínter externo para mantener la continencia voluntaria aún en ausencia del esfínter interno. La lesión de éste, del punto de vista técnico, es una posibilidad alejada; debiéndonos remitir a otras causas para explicar el mecanismo de la incontinencia.

Dentro de las alteraciones anatómicas, el desplazamiento posterior y la pérdida de la angulación de la uretra, aunque pequeña, puede favorecer la incontinencia; y al respecto se han señalado portadores de un adenoma de próstata, que han mejorado la evacuación vesical una vez extirpado su recto, siendo factible que

la pérdida de la angulación, favoreciera la evacuación en estos casos.

La falta de la integridad anatómica del elevador, tiene que influir, pues ya no toma parte activa en el mantenimiento de la continencia voluntaria. La abertura del cuello vesical que se ha observado en el post-operatorio de estos enfermos, también debe ser un factor coadyuvante en la incontinencia.

La necesidad de practicar una adenomectomía, es un procedimiento de relativa inocuidad, pues el esfínter externo está capacitado para este aumento de tarea. Marshall, Pollack y Miller en 1946 han señalado la escasa frecuencia de la incontinencia en estos pacientes.

Pero es evidente que el factor más importante en la aparición de este trastorno, es la injuria nerviosa. A ella se debe la incontinencia pasajera que presentan con bastante frecuencia estos enfermos, que como en un caso de los observados por nosotros, retrocede con facilidad y debe ser distinguida de la provocada por la gran injuria nerviosa pélvica.

Pero la mejoría gradual en el control urinario, está condicionada aún en los casos de gran injuria nerviosa, al aumento de eficacia del esfínter externo por refuerzo voluntario, lo que es dable apreciar en la generalidad de los casos. La persistencia de esta complicación, que se ve en la etapa final de recuperación sólo durante el sueño, está explicada por el hecho de que durante éste, el relajamiento muscular, hace perder el control voluntario que el paciente posee sobre el esfínter externo durante el día.

3) Infección urinaria

La hemos podido comprobar en mayor o menor grado en aproximadamente la mitad de los casos observados. Se ve con mayor intensidad y más precozmente en los enfermos sondados en forma intermitente.

También se observa que las infecciones disminuyen de frecuencia y de intensidad cuanto más precoz le sea retirada la sonda vesical.

La quimioterapia y los antibióticos que se dan sistemáticamente, limitan estas infecciones, que así llegan a adquirir poca intensidad y permiten al enfermo irse de alta con las orinas estériles.

Las orinas turbias persistentes, se ven sobre todo en enfermos disminuídos o con taras generales importantes.

Se pueden ver epididimitis en enfermos en los que no se han tomado los cuidados de asepsia necesarios o en aquéllos que tienen antecedentes de infecciones genitales.

Con frecuencia una vez retirada la sonda, queda sensación de ardor al orinar que desaparece a los pocos días.

4) Impotencia genital

En la totalidad de los enfermos que hemos tenido oportunidad de seguir, la pudimos comprobar; pero debido a la edad de los mismos, es un problema al que no le dan mayor entidad.

Puede tener gran importancia en jóvenes en plena edad genital, que deban ser intervenidos, y que por lo mismo, pueden llegar a una psicosis secundaria.

CONCLUSIONES. — Conducta en el post-operatorio

Cateterismo. — Empleamos de preferencia la sonda blanda de goma o de material plástico, que previa exploración uretral correcta, colocamos en el preoperatorio. Favorece el acto quirúrgico, teniendo referida la uretra y evita la retención de orina en el post-operatorio, asegurando un buen drenaje de la cavidad vesical y permitiendo controlar la diuresis del enfermo.

En lo posible el cateterismo debe ser a permanencia, lo que evita la sobredistensión de vejiga por omisión de cateterismo, y disminuye los riesgos y la entidad de las infecciones urinarias por repetición de sondajes.

Conviene retirar la sonda de mañana temprano para tener un buen control del enfermo durante el primer día. Es aconsejable instruírlos, para hacer menos dificultosa la micción.

Retiramos la sonda entre el 7º y el 10º día, cuando levantamos al enfermo, por las razones expuestas, y en la mayoría de los casos inicia sus micciones espontáneas sin necesidad de nuevos sondajes.

Si el enfermo no orina, es aconsejable sondarlo nuevamente, sin prolongar la distensión del detrusor, manteniendo la sonda a permanencia por espacio de 3 o 4 días más, con lo que se evitan los sondajes repetidos.

Residuo vesical. — Es útil su comprobación a las 24 o 48 horas de retirada la sonda, con lo que se tiene la prueba de la función del detrusor. Si el residuo es por debajo de 30 c.c. el problema urinario está prácticamente resuelto; pero si es mayor se debe dejar una sonda a permanencia por algunos días más.

Adenoma de próstata. — El estudio de la próstata en el preoperatorio debe ser completo: un buen tacto rectal y un cateeterismo vesical para medir el residuo. Cuando el examen rectal es dificultoso, es aconsejable el estudio radiológico y endoscópico de la vía urinaria baja, para evitar consecuencias desagradables.

Cuando hay un adenoma comprobado con o sin residuo importante, habrá que hacer un balance de las posibilidades; y llevar a cabo, sea la adenomectomía por vía perineal en el mismo acto operatorio, intervención que se ve muy facilitada en razón del vaciamiento retrovesical, y que los que la han llevado a cabo en los casos indicados, afirman que no agrava el post-operatorio; sea la posibilidad de tomar una solución posterior, cuando el enfermo se haya recuperado de la operación. En este caso se plantean dos posibilidades: resección endoscópica, que es la preferida en el San Marcos, o bien adenomectomía a cielo abierto en uno o en dos tiempos; pero esto último plantea el gran problema de no poder colocar el dedo de apoyo rectal, para hacer la enucleación del adenoma.

En algunos medios se lleva a cabo la adenomectomía suprarretropúbica, técnica que se ve dificultada por el cambio de posición de la próstata.

Injuria nerviosa. — Si se trata de la injuria nerviosa menor, el problema se reduce a esperar unos pocos días o semanas, para conseguir la recuperación del enfermo. Este problema se agudiza si se trata del síndrome nervioso pélvico. El cirujano y el urólogo tratantes, deben ser pacientes y esperar meses y hasta años, antes de decidirse a tomar una conducta activa que puede ser de resultado contraproducente.

El enfermo deberá seguirse con citoscopia, cistografía y cistometría, que se repetirán en forma periódica e irán dando la pauta de la recuperación funcional del detrusor.

En enfermos con incontienencia severa, se han intentado diversas técnicas conducidas a corregirla; pero lo que no hay que

olvidar es que ella está condicionada a un severo daño del detrusor de origen nervioso y que al aumentar la resistencia uretral para controlar la incontinencia, pueden aparecer trastornos aún mayores en la micción.

Con todo, en algunas circunstancias, puede intentarse una operación de este tipo en enfermos que tienen una buena función del detrusor, pero esto no es la regla.