

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. José A. Piquinela

SEMIOLOGIA DE LAS ALTERACIONES VESICALES DESPUES DE LAS EXERESIS DEL RÉCTO CANCEROSO (*)

Dr. Juan René Delger

INTRODUCCION

Con el deseo de trazar un plan de examen sistemático a aplicar en la Clínica del Prof. Dr. Piquinela, hoy traemos a consideración de Urólogos y Cirujanos una modesta ordenación de los hallazgos clínicos e instrumentales que aplicaremos a todos los pacientes.

No pretendemos aportar algo novedoso, sino de exponer un intento personal de recoger datos en los pacientes de cáncer rectosigmoideo en forma superponible a través de las distintas observaciones. La uniformidad en el estudio pre y post operatorio será indudablemente la única manera de formarnos una experiencia personal en base a una documentación completa por lo menos en el estado actual de nuestras posibilidades.

Nuestro conocimiento en el problema es relativamente reciente. Hemos realizado un estudio a fondo con el excelente urólogo Dr. Ginolhac en la Clínica Urológica del Prof. Fabre de Toulouse durante nuestra permanencia como Asistente Extranjero. De ese estudio aportaremos documentación cistográfica y cistométrica resumida. Escasas observaciones que en el curso de este año hemos analizado en la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela nos impiden de todo otro comentario.

IMPORTANCIA DEL TEMA

Si bien nuestra experiencia personal se basa en muy escasas observaciones, hemos rápidamente adquirido la convicción de que si se quiere progresar en este dominio es necesario:

(*) Presentado en Reunión Conjunta de Sociedad de Cirugía y Sociedad de Urología el día 12 de noviembre de 1958.

1º Asociar en un plan de examen sistemático los exámenes clínicos habituales y las tres maniobras urológicas de base que son la Uretrocistoscopia, la cistometría y la cistografía.

2º No basar una discusión más que sobre la comparación de los resultados pre y post operatorios de estas diferentes maniobras instrumentales.

Sólo diremos que en el curso de los últimos años la búsqueda de mejores resultados por

— Vaciamientos ganglionares más completos (siguiendo directivas expuestas entre nosotros por el Prof. Del Campo).

— Celulectomías pelvianas más amplias y

— Exéresis viscerales pelvianas más complejas,

han modificado la cuestión de las Complicaciones urinarias y sobre todo vesicales después de las exéresis del rectosigmoideo.

En conjunto, las secuelas urológicas precedidas o sucedidas de actinoterapia son más serias, sobre todo si se piensa que ellas se plantean después de un avance en los límites de las indicaciones de operabilidad del Cáncer Rectosigmoideo.

LIMITACIONES DEL TEMA

Debe hacerse una distinción y eliminar nosológicamente:

1) Sujetos que presentan una lesión vesical debida a una infiltración neoplásica.

2) Sujetos portadores de un Adenoma Prostático, de una "Enfermedad del Cuello Vesical", de un Pequeño residuo. Todos ellos son "Disectásicos" que se descompensan por la intervención y que habrá que tratar como tales.

3) Sujetos que hacen una Retención de Orina Post operatoria *Temporal*. Esta cura en el curso de algunos días; es igual a la que se ve en el curso de otros post-operatorios comunes (hemorroides, hernias, etc.). Debida a la permanencia en cama, a una discreta flebitis pelviana subclínica, a una debilidad abdómino parietal.

¿QUE NOS QUEDA?

Únicamente los operados que después de la exéresis rectosigmoidea no orinan por 3 o 4 semanas después de la intervención. Ya todo ha entrado en orden: herida cicatrizada, ausencia

de temperatura, normal levantamiento y recuperación de la actividad y de la marcha.

¿CUANTO REPRESENTA Y CUALES SON ESTOS ENFERMOS?

Para el Prof. Jean Cibert (según las investigaciones de su discípulo Rigondet) algo menos de un 10 % del total de casos de amputación.

Con Ginoulhac hemos depurado escrupulosamente las estadísticas del Prof. Fabre y encontramos un 3 % aproximadamente.

Son todos hombres, operados por vía abdómino-perineal o abdómino sacra. Todos los protocolos operatorios muestran ligadura y sección de los alerones rectales pasando ampliamente lejos del tumor.

Al cabo de 3-4 semanas ellos no tienen micción espontánea.

¿POR QUE?

Teóricamente: Tres mecanismos:

- 1) *Mecánico*. Cistocèle posterior retrotrigonal.
- 2) *Infeccioso*. Pericistitis congestiva, infiltrativa, subaguda.
- 3) *Neurogénico*. Fundamentalmente la sección de los Plexos Pelvianos o de los *N. Erectores* que de ellos se originan.

La sección de los *Erectores* lleva a una hipotonía o atonía del *Detrusor* (Aplanamiento de la Curva Cistométrica) con ruptura del *balance tónico entre Detrusor y Esfínter* (Cibert).

¿QUE SOLUCIONES SE HAN ADOPTADO EN ESTOS PACIENTES?

Prácticamente dos soluciones:

- 1) *Aumentar el tono del Detrusor*:
 - A) Las drogas parasimpálicotónicas: Prostigmina Eserina.
 - B) Los ejercicios físicos: Recuperación general de la cincha abdóminodiafragmática. Recuperación de la fibra vesical por el drenaje en *Marea*.
- 2) *Disminuir la tonicidad del esfínter*:
 - A) La resección endoscópica muy prudente (Emmet, Ewert).

B) La resección a Cielo Abierto que permite además eliminar un pequeño adenoma disectasiante, un lóbulo medio, etc.

El Prof. Cibert piensa que estos enfermos constituyen a la larga, al igual que los parapléjicos, una hipertrofia del cuello vesical, un verdadero síndrome "Enfermedad del Cuello Vesical" que empezando como funcional por la ruptura del Balance Tónico, evoluciona organizando, permítaseme el neologismo, esta disfunción.

Es por esta razón, frente a multiplicidad de terminologías y de descripciones que hemos encontrado en la numerosa bibliografía existente, que nos ha surgido la idea práctica de trazar un plan de *esquema semiológico* para estudiar a estos enfermos en sus tres etapas:

Antes de la operación.

Durante la operación.

Después de la operación.

Lo sabemos incompleto pues el *registro gráfico miccional* como lo hace Von Garrelts con un fotokimógrafo y la *electromiografía* tanto del músculo liso vesical como del músculo estriado perineal y del esfínter estriado como lo hacen Franksson y Giertz, son datos cuya importancia aún no podemos valorar.

Por otra parte, el mismo esquema no pasa de esta definición y sólo es un plan a aplicar en la Clínica del Prof. Piquinela y susceptible de modificarse con ampliaciones y sustituciones.

De esta manera hacemos una *ficha standard* que trataremos de llenar lo más completamente posible en cada observación y tratando además que cada una de ellas sea lo más objetiva e impersonal posible pues así podrá ser comparable.

FICHA CLINICA

EXAMEN PRE OPERATORIO. — Antecedentes urogenitales; **Historia miccional:** el deseo miccional; el inicio de la micción; la interrupción de la micción; el horario; **Tacto rectal:** la lesión cancerosa; el dato urogenital; **Uroantibiograma;** **Calibración uretral;** **Cistografía** (de repleción y miccional) y **Urografía I.V.;** **Cistouretroscopia;** **Cistometría:** curva de presiones variables; presión miccional; capacidad vesical; percepciones subjetivas; orina residual; **Sexualidad.**

DATOS OPERATORIOS. — Técnica operatoria. Abordabilidad y fijez a las estructuras parietales y vesico genitales; La denudación de la pared vesico prostática; Comportamiento frente a los uréteres; Las liga-

duras de los pedículos hemorroidarios y presacros; comportamiento frente a la lámina de los erectores.

EXAMEN POSTOPERATORIO. — Datos generales; Datos urológicos: La sonda vesical: tipo de sonda; día de retirada. — Ritmo y horario miccional. — Uroantibiograma. — La retención de orina: total o parcial: el residuo; forma de controlarla: sondaje de Bicotidiano; sonda a Permanencia. — Balance cistométrico cada 8 días.

Después de 15 días si los trastornos miccionales persisten: Uroantibiograma. — Cistografía de pie (F. y P.). — Cistometría: alteraciones sensitivo-motoras. — Cisto-uretoscopia: alteraciones morfológicas.

El gesto urológico terapéutico. — Inmediato: sonda balón y drenaje en marea 2 horas por día. — Mediato: **retencionistas:** resección cervico uretral a cielo abierto o endoscópica; **incontinentes:** suspensiones cérvico uretrales.

Como documentación de nuestra contribución al tema mostraremos someramente los hallazgos comunes en los distintos órdenes de la **semiología vesico uretro prostática del amputado rectal:**

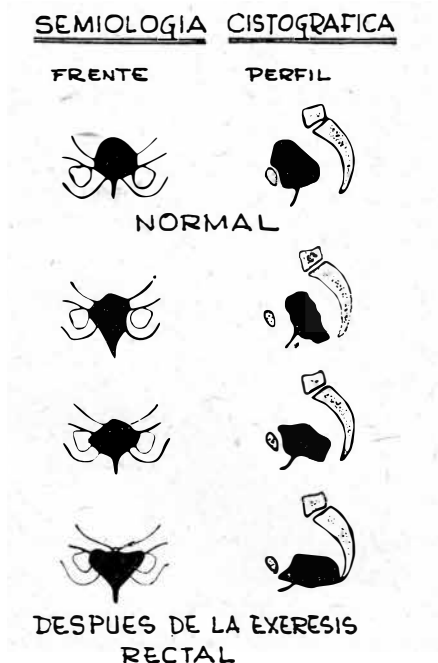


FIG. 1

Semiología cistográfica (fig. 1). — **DE FRENTE:** La vejiga parece extendida, aplanada: DOMO aplanado, descendido, irregular; PISO hundido, a veces con imagen "en panecillo invertido".

— DE PERFIL: La caída hacia atrás de la masa vesical aparece en toda su amplitud: DOMO queda enganchado a la sínfisis; PISO: el sector retrotrigonal enfila hacia la concavidad sacra y entra en contacto con la zona cicatricial del periné. Estas deformaciones no son constantes, son progresivas, son poco o nada visibles en las intervenciones con descenso donde el segmento cólico llena el vacío presacro.

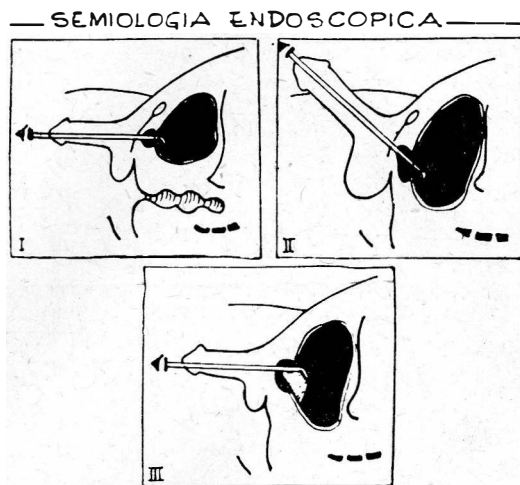


FIG. 2

Semiología endoscópica (fig. 2). — En cierta forma se suman los aspectos endoscópicos encontrados en los parapléjicos con los encontrados en el cistocele posterior retro-trigonal:

En un sentido esquemático se observará:

—Que para estudiar el triángulo y la cara retrotrigonal de la vejiga será necesario **eleva**r el ocular del cistocopio contrariamente a lo corriente (fig. 2, N° II).

—Que el cuello vesical está ampliamente abierto con aplanamiento de las mejillas laterales.

—Que hay un **acortamiento** importante de la uretra posterior amplia en todos los sentidos mostrando una vecindad entre el veru y el cuello con excavación de la foseta supramontanal.

—Que se observa, sin necesidad de uretróscopo, en un mismo campo la uretra supramontanal iluminada como dependiente de la vejiga. Típico signo de von Schramm (fig. 2, N° III).

Semiología cistométrica. — Es compleja. La diversidad de aparatos y escalas hacen sentir la necesidad de la uniformidad de las técnicas de registro. Un primer elemento es **continuidad en la medida**. Deben rechazarse los aparatos que no registren curvas continuas y contracciones vesicales en función del tiempo.

Un aparato del tipo Rose (fig. 3) modificado era el utilizado por Ginoulhac para sus registros de los tres factores: volumen, tiempo y presión.

La comparación de curvas pre y post operatorias de enfermos permite objetivar un **síndrome sensitivo-motor**:

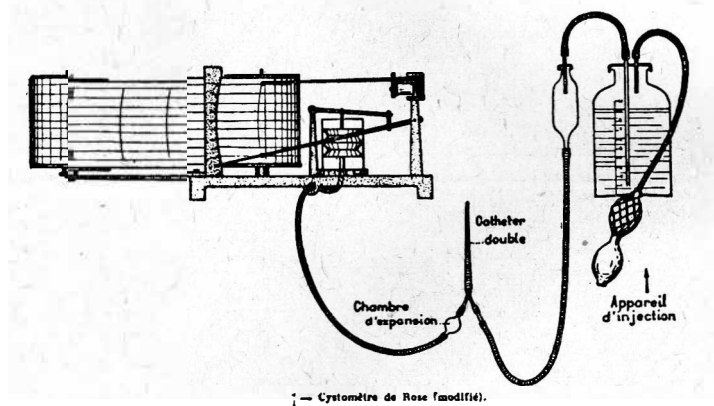


FIG. 3

1) **Signos sensitivos:** Pérdida subtotal o total de la sensibilidad a la distensión con desplazamiento o desaparición de los puntos sensibles y disminución de la sensibilidad térmica.

2) **Signos motores:** Alteración caracterizadas por: Disminución de la presión de base precisa y constante alrededor de los 8 a 10 cms. de agua; Alteración de las curvas de esfuerzo miccional que se hace sobre: El tipo de curva: lenta y sinuosa; El valor de la presión que cae de 70-80 cms. de agua a 20 o 30 cms.; Desaparición de las contracciones vesicales espontáneas.

En resumen lo que se observa es una **vejiga atónica neurogénica**, en la mayoría de los casos transitoria y en la cual la pérdida de la sensibilidad vesical corta al reflejo miccional en su punto de partida.

OBSERVACION CLINICA. — A. E., 56 años. Resección abdómino perineal por cáncer ampular bajo. Retención completa. Resección endoscópica a la 3ª semana. Curación (1).

Examen pre operatorio. — Tacto rectal próstata, normal. Tumor ampular bajo. — Cistoscopia: Vejiga y cuello, normal. Mucosa que e despliega bien sin signos de extensión vesical. — Cistometría: Sensibilidad, normal; F.D.V.: 300; D.V.: 500; Capac. Máx.: 550. Presión de base ligeramente disminuída; Contractilidad, satisfactoria, 46 cms.; Esfuerzo máximo, 48 cms.

Datos operatorios. — Tiempo abdominal: Tumor adherente, bajo, difícil de desprender. Liberación del ángulo esplénico para poder hacer el

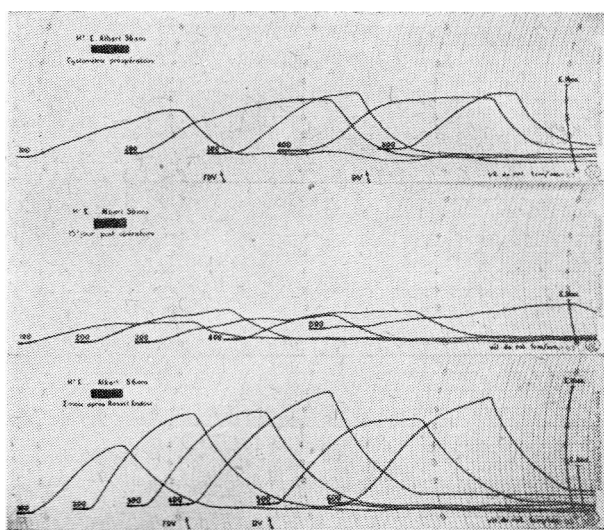


FIG. 4

descenso. Sección a la vista del pre-sacro y ligadura del pedículo hemorroidal medio. — Tiempo sacro-coxígeo: Incisión izquierda con sección ósea. No se individualizó la lámina de los erectores por la dilaceración abdominal. Anastomosis imposible. Intubación sobre grueso drenaje. Sonda V. a perm.

Examen post operatorio. — Al 10º día: Retención aguda total e indolora al retirar la sonda. Sondajes bi cotidianos. — Al 15º día: Cistometría: Sensibilidad, nula; Pres. de base: gran descenso, 8 cms. a 500 c.c.; Contractilidad: Dism. con aplanamiento que llega a 20 cms.; Esfuerzo máximo, 22 cms.; Capacidad vesical: igual, 500 c.c. — Al 18º día: Cistoscopia: Uretra, normal. Cuello congestivo, uretra supramontanal excavada;

(1) Observación que nos fue cedida por el Prof. Fabre y el Dr. Ginouhlac.

Resección endoscópica: pequeña, a mínima del labo posterior. — A los 21 días: Micciones espontáneas al retirar la sonda, disuria y residuo de 250 c.c. Micción por razonamiento, sin deseo miccional. — Dos meses después: Recuperación total de la sensibilidad y de la motricidad.

En efecto: Cistometría: sensibilidad vesical, normal; F.D.V. 400; D.V. 500. — Presión de base: manifiestamente descendida alcanzando 8 cms. a 500 c.c. — Contractilidad: excelente, superior a la notada antes de la intervención. La curva de esfuerzo miccional alcanza 70 cms a 400 c.c. — Esfuerzo máximo: 72 cms. — Residuo, nulo (fig. 4). — Sexualidad: supresión total de la erección que aun persistiría dos meses más tarde.

EN RESUMEN

Se trata de un trastorno durable de la función vesical en un hombre joven sin pasado urinario y con examen rectal que mostró una próstata normal. Los exámenes sucesivos mostraron un ataque de la fibra vesical que persistió tres meses que siguieron a la intervención. Ese ataque sobre los tres elementos: sensibilidad, tecnicidad, contractilidad, está ligado evidentemente a una lesión de origen nervioso. La intervención ha provocado dos tipos de lesiones secuelas: UNA VEJIGA ATONA NEUROGENA Y UNA IMPOTENCIA TOTAL que en este sujeto aún joven habla en favor de la lesión de los erectores. La resección del cuello vesical, al disminuir la resistencia periférica, ha permitido una recuperación de las micciones espontáneas, una mejoría de la contractilidad del detrusor y una supresión del residuo, lo cual constituye un resultado favorable.

CONCLUSION

El problema de las secuelas vesicales después de la exéresis del recto canceroso aún no está resuelto en su totalidad.

Las discusiones versan sobre lo que tiene más valor:

—La invasión neoplásica a menudo invisible microscópicamente.

—El estado vésico-prostático previo.

—La debilidad de la cincha abdominal y diafragmática.

—Las modificaciones topográficas vésico-uretrales post operatorias.

Por sobre todas estas comprobaciones hay una que es im-

portante destacar: LA HIPOTONIA POST OPERATORIA DEL DETRUSOR.

Sean cualesquieran los distintos factores invocados para provocarla existe y es un elemento constante.

Esta conjunción de factores no tiene una evolución paralela, algunos de ellos curan rápidamente, otros persisten y si estos últimos tienen una parte dominante se tendrá una disuria verdadera y durable.

En cuanto a las INCONTINENCIAS verdaderas, aquellas que se imputan a una lesión operatoria de la rama esfinteriana del nervio pudendo interno, son felizmente muy raras pues su corrección es extremadamente delicada y a veces decepcionante.

RESUMEN

En vista a la numerosa información reinante y de nomenclatura y nosología discordante, se estudia el problema de las secuelas vesicales desde un punto de vista semiológico. No se pretende aportar nada novedoso, pues la experiencia personal no lo permite aún. Se considera la necesidad imperiosa de uniformar las investigaciones pre y post operatorias con un plan completo y uniforme para poder sacar conclusiones. Con ese objeto se presenta una ficha clínica urológica adaptable a las necesidades de la asistencia del paciente con un cáncer recto-sigmoideo.

BIBLIOGRAFIA

Anterior a 1953:

GINOULHAC, CH. — "Contribution a l'Étude des Troubles Urinaires après exérèse du Rectum Cancéreux". Thèse de Paris 1953. (Bibliografía muy importante).

Posterior a 1953:

EMMET, JOHN L. — "Treatment of Vesical Dysfunction After Operations on the Rectum and Sigmoid". Surg. Clin. N. America 37 (3). August 1957; 1009-1017.

EWERT, EARL E. — "Management of Urologic Problems Following Abdominoperineal Resection". Surg. Clin. N. America 37 (3). June 1957; 767-773.

GIERTZ, GUSTAV and FRANKSSON, CURT. — "Diagnostic Methods in the Neurogenic Bladder". XI Congrès de la Soc. Internat. d'Urol. Stockholm. Tomo I. Rapports. 1958, p. 117-144.

GÖETZEN, F. J. — "Über bleibende Miktionsstörungen nach Rektumoperationen (Etiologie und Behandlung)". Ztschr. für Urologie 50 (5), 1957; 250-257.