

TECNICA QUIRURGICA

Sinadelfo - ureterostomía

A propósito de 3 observaciones

Dres. Omar G. Clark, Washington Fernández Gómez, César Tenca Eduardo Herrera y Eduardo Gómez Fynn

Se presentan 3 observaciones de Sinadelfo-Ureterostomía que creemos son las primeras publicadas en la literatura nacional.

Se realiza una breve reseña sobre el concepto, indicaciones, clasificación y consideraciones sobre su técnica y se insiste sobre su fácil realización y baja morbi-mortalidad.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Ureter / Surgery.

El término sinadelfo - ureterostomía (sin = unión, adelfos = hermano), ha sido propuesto por algunos autores españoles en forma reciente (8) con el propósito de sustituir a la clásica denominación de transurétero - ureterostomía por ser más exacta desde el punto de vista etimológico. Fue descrita por primera vez por Monari en 1896 y por Sharpe en 1906, ambos trabajando en forma experimental.

Higgins (1934) la aplica por primera vez en clínica humana y permanece en silencio hasta 1963 en que Hodges publica 32 casos.

Esta técnica encuentra, en el momento actual, un mayor campo de aplicación, particularmente en el enfermo oncológico, permitiéndole una sobrevida más confortable. La hemos aplicado en 3 pacientes con compromiso ureteral neoplásico; se trata de un procedimiento de fácil realización y sin mayor morbi-mortalidad, motivo por el cual creemos de utilidad presentarla en el seno de esta Sociedad.

INDICACIONES

Las esquematizamos en esta forma:

Table with 2 columns: PATOLOGIA URETERAL and descriptions of Primitiva and Secundaria conditions.

Centro de Urología (Prof. J. Lockhart). Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.

Table with 2 columns: PATOLOGIA VESICAL and descriptions of Primitiva and Secundaria conditions.

Como única limitación en la aplicación de la misma es la de poseer un cabo ureteral de longitud suficiente para ser llevado y anastomozado al uréter contralateral en forma adecuada.

VARIANTES QUIRURGICAS EN LA SINDELFO - URETEROSTOMIA

1) Sinadelfo - ureterostomía reparadora:

Se entiende por tal a la clásica "Trans-urétero - ureterostomía" en donde se repara el tracto urinario por patología ureteral unilateral con vejiga viable.

De acuerdo con el lugar y tipo de anastomosis podrá ser supra o inframesentérica (Mesentérica inferior), látero - lateral o término - lateral y según el uréter anastomozado: de izquierda a derecha o viceversa.

2) Sinadelfo - ureterostomía de derivación:

Se descarta a la vejiga como órgano receptor de la orina. El uréter receptor es abocado a piel o al sigmoide; sinadelfo - urétero - cutaneostomía o sinadelfo - sigmoidostomía.

3) Sinadelfo - ureterostomía combinada:

a) La anastomosis inter - ureteral es combinada con otra técnica quirúrgica. En una reciente publicación (9) se combina una sinadelfo - ureterostomía con una cistoplastia según técnica de Boavi.

b) Uno de los autores (O.C.) ha utilizado en un caso de sinadelfo - ureterostomía de derivación, un elastómero siliconado, realizando por lo tanto, la primera sinadelfo - ureterostomía cutánea trans - elastomérica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de agosto de 1978.

Médico Urólogo del M.S.P., Médico Urólogo Ayudante del M.S.P. y Médicos Colaboradores.

Dirección: Millán 4243, Montevideo (Dr. O. Clark).

CASUISTICA

Caso N° 1.—Paciente de 42 años, internado en el Instituto de Oncología (abril 1977). Carcinoma grado IV de cuello uterino e infiltración neoplásica de uréter izquierdo. Ausencia de función renal izquierda, desde el punto de vista radiológico con vejiga y uréter derecho sanos.

Se efectúa una sinadelfo-ureterostomía reparadora de izquierda a derecha inframesentérica término-lateral.

Evoluciona sin complicaciones. El riñón izquierdo, no recupera función radiológica, hecho que atribuimos a su obstrucción crónica y no a defectos de técnica. Fallece a los 6 meses en caquexia neoplásica.

Caso N° 2.—Paciente internado en el P. Rossell, de 60 años, con carcinoma de cuello uterino e infiltración neoplásica de vejiga y uréter izquierdo en su sector terminal. Se efectúa una exenteración pelviana con sinadelfo-ureterostomía cutánea de izquierda a derecha, inframesentérica, término-lateral, trans-elastomérica.

Buena evolución en el intra y post-operatorio inmediato. Recuperación funcional renal. A los 20 días es llevada por los familiares; no tenemos controles evolutivos.

Caso N° 3.—Paciente de 48 años portador de carcinoma de hemivejiga izquierda, motivo por el cual se realizó cistectomía parcial 6 meses antes de su ingreso.

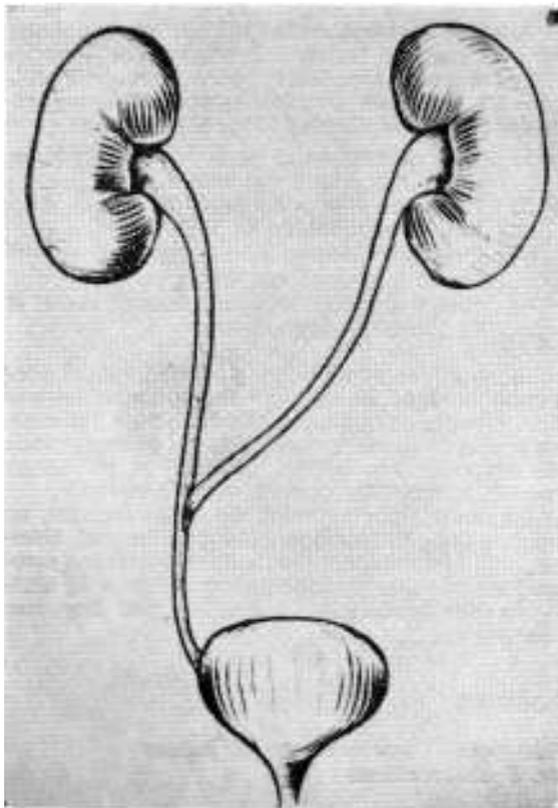


FIG. 1.—Esquema de una sinadelfo-ureterostomía de izquierda a derecha.



FIG. 2.—Observación Clínica N° 3. Urografía de control postoperatorio.

Ingresa en el Hospital Maciel con cuadro de urosepsis y dolor izquierdo persistente. Los exámenes paraclínicos revelan recidiva neoplásica, y obstrucción ureteral izquierda parcial.

Se efectúa reposición pre-operatoria y tratamiento de su urosepsis mediante antibioticoterapia. Se opera en condiciones adecuadas, realizándose una sinadelfo-ureterostomía reparadora de izquierda a derecha, inframesentérica, término-lateral. En la exploración se corrobora infiltración neoplásica izquierda.

Buena evolución post-operatoria. Recuperación funcional renal bilateral (Diap. 3).

Pasa al Instituto de Oncología para completar tratamiento con radioterapia. Controlado a los 6 meses, el estado general es bueno y sin evidencias de complicaciones.

TECNICA QUIRURGICA

- 1) Abordaje trans-peritoneal ureteral, bilateral, por mediana supra e infraumbilical (1).
- 2) Valoración y estadificación de la enfermedad; decisión sobre anastomosis supra e inframesentérica y sentido de la misma.
- 3) Disección del uréter dañado tratando de movilizarlo entre 5 y 10 cms.
- 4) Disección del uréter receptor sano, sin movilizarlo mayormente. Es suficiente una liberación de 4 a 6 cms.

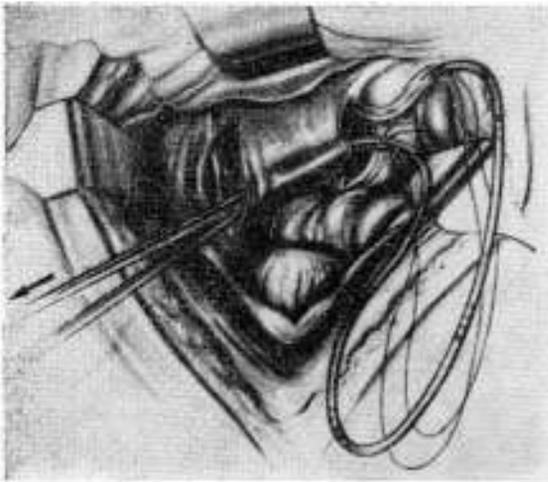


FIG. 3.—Esquema del túnel subperitoneal para trasponer el uréter izquierdo.

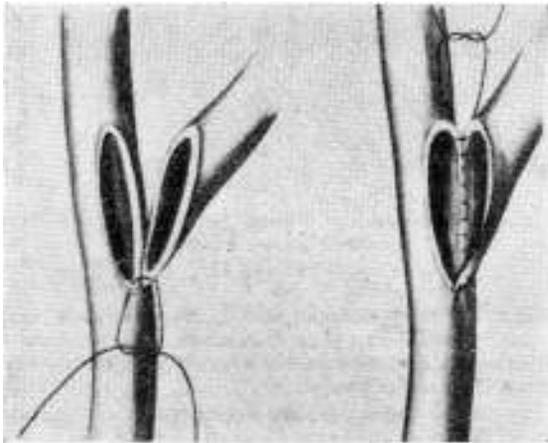


FIG. 4.—Técnica de la anastomosis urétero - uretral término - lateral.

5) Se labra túnel sub-peritoneal llevando el uréter contralateral hacia su receptor.

6) Se efectúa la anastomosis resecano una pequeña ojiva en el ureter receptor. Los puntos se darán con Catgut crómico 4-6 ceros, Mersilene 5 ceros o en su defecto material similar.

Sutura en un plano a puntos separados extraluminales sin intubación.

7) Hemostasis, drenaje subperitoneal por contra-abertura.

COMENTARIO

Nuestro aval quirúrgico es limitado, motivo por el cual, no podemos sacar mayores conclusiones referentes a la morbi-mortalidad con esta técnica.

Sabemos, eso sí, que se trata de una técnica quirúrgica relativamente sencilla con pocos riesgos y que cumple su objetivo fundamental, el de restablecer al tránsito urinario afectado en uno de sus sectores primordiales: el uréter.

Por esta sencillez de realización la consideramos superior a otras técnicas de derivación urinaria, aunque, eso sí, no estrictamente la única, sino una de las múltiples opciones que el urólogo debe de conocer y aplicar en cada caso, de acuerdo con el enfermo, la extensión lesional y los hallazgos intra-operatorios.

En este sentido podemos resumir nuestras preferencias de la siguiente forma:

- 1) Lesiones pelvianas bajas → Ureterocistoneostomía.
- 2) Lesiones pelvianas altas o lumbares:
 - a) By - Pass con elastómeros siliconados (5, 6);
 - b) Sinadelfo - ureterostomía;
 - c) Plastia con ileon (7).

2 grandes objeciones se le han hecho a esta técnica:

- 1º) Posibilidad de lesionar un uréter hasta ese momento sano.
- 2º) Posibilidad de infección ascendente.

En la práctica estas posibles complicaciones no han sido demostradas.

Halpern, por ejemplo, revisa 117 casos de sinadelfo - ureterostomía (10) y no encuentra ningún caso de lesión del tracto receptor.

Los autores españoles Pedro Paramo y col., con 17 casos de sinadelfo - ureterostomía recientemente publicados (10) encuentran:

- 1) Una muerte en el post-operatorio inmediato por bronconeumonía.
- 2) Cero por ciento de falla de sutura o estenosis a nivel de la neoboca.
- 3) Cero por ciento de complicación por urosepsis y por el contrario.
- 4) Recuperación funcional renal bilateral en el 100 % de los casos.

Estas cifras son bastante elocuentes, si pensamos además en el tipo de enfermo en que esta cirugía es aplicada. Exceptuando los casos de lesión ureteral ginecológica, la gran mayoría de los enfermos fueron neoplásicos y con un campo operatorio muchas veces irradiado.

Se tendrá que esperar, de todas formas, un mayor aval quirúrgico y la prueba del tiempo, únicos parámetros capaces de hacernos cambiar en nuestra posición con respecto a la sinadelfo - ureterostomía y que hoy por hoy sustentamos.

RESUME

Sinadelfo - Ureterostomie. A propos de 3 observations

On présente 3 observations de sinadelfo - ureterostomie, les premières à être publiées dans la littérature nationale.

On fait un étude très bref sur le concept, indications, classification et considérations sur la technique et on insiste sur sa réalisation très simple et sa basse morbi - mortalité.

SUMMARY

Synadelpho - Ureterostomy. 3 cases

The paper analyzes 3 cases of synadelpho - ureterostomy which we believe to be the first mentioned in national literature.

There is a brief review of concept, indications and classification as well as considerations on technique employed; the authors stress the fact that it is easy to perform and morbi-mortality is low.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CLARK O, CORIO E. Anuria obstructiva en el carcinoma pelviano". Congreso Extraordinario de Ginecología. Montevideo. Uruguay. Noviembre 1977 (En Prensa).
2. CORDONNIER JJ and BOWLES WT. "Surgery of the ureter and orinary conduits". "Trans-uretero-ureterostomia". Urology. M. F. Campbell and Hartwell Harrison. Philadelphia. W. B. Saunders C., 1970.
3. CORIO E, CLARK O, FALCONI L. "Compromiso ureteral en el carcinoma avanzado de la pelvis". Congreso Extraordinario de Ginecología. Montevideo. Uruguay. Novimebre 1977 (En Prensa).
4. CORIO E, CLARK O, GIBERT P, CAMPALANS L, POLERO H. "Diseño construcción y utilización de la prótesis bi-uretero-vesico-uretral de silastic-dacrón (vejiga artificial) en el tratamiento del carcinoma avanzado de vejiga. *Cir Uruguay*, 48: 26, 1978.
5. CORIO E, CLARK O, CAMPALANS L, POLERO H. "Utilización de la prótesis ureteral de elastómero de silicón-dacrón en las obstrucciones ureterales neoplásicas. *Cir Uruguay*, 46: 28, 1976.
6. CORIO E, CLARK O, CAMPALANS L, REARDEN M, POLERO H. "Sustitución ureteral y/o vesical en el tratamiento del cáncer invasor del aparato genital femenino. *Cir Uruguay*, 47: 108, 1977.
7. ESTEFAN A, CLARK O. "Técnica de la vejiga ileal". Congreso Extraordinario de Ginecología. Montevideo. Uruguay. Noviembre 1977 (En Prensa).
8. PARAMO PG, NACARINO L, POLO G, TREJO GG. "Tratamiento de las injurias ginecológicas: Sinadelfo - ureterostomía". *Acta Ginecol Esp*, 22: 45, 1971.
9. PARAMO PG. "Cirugía del ureter ginecológico o sinadelfo - ureterostomía versus Boariplasia". Curso de Urología "Fundación Jiménez Díaz". Barcelona. Salvat. 1975.
10. PARAMO PG, RABADAM M, FERNANDEZ LOPEZ L, SILMIA y SANTOS C. "Sinadelfo - ureterostomía, indicaciones". *Actas Urug Esp*, 1: 17, 1977.