



Enteroplastias de sustitución en el varón: fundamentos y realización

S. Benadiba, P. Pashootan, G. Ploussard, P. Mongiat Artus, A. Cortesse, P. Meria, F. Desgrandchamps

La sustitución vesical es la intervención de referencia tras la cistectomía cuando su realización es posible. Aunque el funcionamiento de la enteroplastia no es el mismo que el de la vejiga nativa, los objetivos son la obtención de una capacidad vesical suficiente, la protección del aparato urinario superior, una micción adecuada y una continencia satisfactoria. Los segmentos digestivos que pueden utilizarse son múltiples y han cambiado a lo largo de los años. El íleon destubularizado es actualmente el segmento más empleado en Europa. Aunque la movilización del estómago ya casi no se usa, se puede emplear el colon. Las indicaciones deben establecerse de forma rigurosa, debido a una morbilidad considerable relacionada con el tiempo digestivo. Los resultados parecen comparables, con independencia de la técnica utilizada.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cistectomías; Vejiga; Derivación urinaria; Enterocistoplastia; Neovejiga

Plan

■ Introducción	1	■ Técnicas de enteroplastia de sustitución	10
■ Criterios que deben evaluarse antes de realizar una sustitución vesical	2	Reservorios ileales	10
Contraindicaciones relacionadas con el paciente	2	Reservorios cólicos	15
Contraindicaciones relacionadas con el tumor	2	Reservorio sigmoideo	18
■ Segmento digestivo que se va a utilizar	3	Reservorios ileocecales	18
Consideraciones teóricas	3	Reservorios compuestos de varios segmentos	20
Comparación de los diferentes segmentos digestivos	3	■ Cirugía laparoscópica y robotizada	20
■ Vigilancia de la prevención del reflujo	4	Realización de una minilaparotomía	22
■ Mejora de la calidad miccional de los pacientes	5	Cirugía totalmente laparoscópica o robotizada	22
■ Por qué proponer una sustitución vesical en lugar de una derivación cutánea	5	■ Postoperatorio	22
■ Preparación de los pacientes	5	Postoperatorio inmediato	22
Rehabilitación	5	Postoperatorio a largo plazo	23
Aprendizaje de los autosondeos	5		
Preparación intestinal	6		
Profilaxis de las trombosis venosas profundas	6		
Profilaxis antibiótica	6		
Localización del orificio de ostomía	6		
■ Técnica quirúrgica	6		
Generalidades	6		
Restablecimiento de la continuidad digestiva	6		
Realización del reservorio	6		
Anastomosis neovesicouretral	7		
Técnicas de reimplantación ureteral	8		

■ Introducción

Aunque Tizzoni realizó la primera enteroplastia en animales en 1888, su aplicación clínica corresponde a Roger Couvelaire, quien la utilizó en 1951 para tratar las vejigas tuberculosas. La sustitución vesical ortotópica ha presentado durante mucho tiempo una morbilidad superior a la de la derivación no continente, lo que ha limitado su difusión. La optimización del tratamiento perioperatorio ha permitido una disminución de la morbilidad y de la mortalidad, respectivamente, del 35% a menos del 10% y del 20% al 2% desde la década de 1970.

Después de la cistectomía, la reconstrucción vesical ortotópica se realiza en el 50-90% de los casos en los centros especializados^[1].

En la actualidad, constituye el tratamiento de referencia, pero las indicaciones deben evaluarse correctamente, sobre todo después de una conversación para informar al paciente. Por otra parte, la elección entre las numerosas técnicas quirúrgicas debe adaptarse a las características del paciente.

■ Criterios que deben evaluarse antes de realizar una sustitución vesical

Contraindicaciones relacionadas con el paciente

Motivación del paciente

Se trata del primer criterio que debe considerarse. Ser portador de una enterocistoplastia implica algunas exigencias, como un seguimiento periódico, y expone a complicaciones transitorias, como la incontinencia nocturna o la necesidad de autosondeo, que en ocasiones pueden ser definitivas.

Por tanto, es esencial que el paciente esté motivado después de informarle adecuadamente. En ocasiones, una derivación de la orina proporciona a algunos pacientes una mayor calidad de vida que una enterocistoplastia^[2].

Esto exige explicar al paciente con claridad y de forma realista las condiciones de vida con una neovejiga. Lo ideal al respecto es tener una conversación directa entre el candidato a la intervención y uno o varios pacientes que ya sean portadores de una enterocistoplastia.



Irradiación previa

Esta situación corresponde a las cistectomías denominadas de «rescate», tras el fracaso de la radioterapia con o sin quimioterapia. La dosis recibida suele ser de 40-45 Gy, y en ocasiones de 60-70 Gy.

La afectación de la mucosa digestiva relacionada con la vasculitis por irradiación se observa a partir de 40 Gy. Sin embargo, la reconstrucción vesical ortotópica sigue siendo posible^[3].

No obstante, la tasa de complicaciones postoperatorias de grado 3-5 de la clasificación de Clavien y Dindo es mayor (36% frente al 13% en ausencia de radioterapia previa). El aspecto macroscópico del intestino durante la intervención no es predictivo de la aparición de complicaciones^[4,5].

Por otra parte, los resultados funcionales de la enteroplastia en un paciente irradiado son menos buenos^[6].

Afecciones uretrales

Una estenosis uretral grave es una contraindicación para la realización de una enteroplastia. La insuficiencia esfinteriana masculina no es una contraindicación, porque se puede tratar mediante la colocación de un esfínter artificial. Asimismo, en las mujeres con incontinencia de esfuerzo, se puede realizar un tratamiento mediante bandaleta.

Capacidades físicas y mentales del paciente

Un trastorno mental o un déficit motor de los miembros superiores deben hacer cuestionar la realización de una neovejiga, debido a que una alteración progresiva del vaciamiento vesical puede ser responsable de una retención crónica. En el transcurso de 5 años, los autosondeos, al menos temporales, son necesarios en el 43% de los varones y en el 33% de las mujeres^[7].

Insuficiencia renal

La mucosa digestiva no tiene las propiedades del urotelio, por lo que la insuficiencia renal (creatininemia superior a 200 μmol/l o aclaramiento inferior a 40-50 ml/min) contraindica la enteroplastia, debido al riesgo de acidosis metabólica hiperclorémica^[8,9].

Insuficiencia hepática

La desintoxicación de los derivados amónicos de absorción digestiva se realiza por el hígado a través del sistema porta. La reabsorción de los tóxicos urinarios por la enteroplastia puede ser responsable de una encefalopatía hepática.

Edad

La edad del paciente no es una contraindicación para la realización de una enterocistoplastia. En pacientes seleccionados, las complicaciones no son más frecuentes que las que se producen después de una derivación cutánea^[10]. No se han descrito complicaciones relacionadas específicamente con el deterioro mental debido a la edad de los pacientes (demencia, enfermedad de Parkinson). Sin embargo, conviene asegurarse de la autonomía posterior de los pacientes para su vaciamiento neovesical y advertirlos del deterioro de la continencia con la edad.

Comorbilidades

La existencia de múltiples enfermedades concurrentes no es una contraindicación absoluta para la realización de una enterocistoplastia de sustitución.

Gburek et al no han observado diferencias significativas de las tasas de complicaciones perioperatorias ni de la duración de hospitalización entre dos grupos de pacientes emparejados por el índice de comorbilidad (Charlson), en uno de los cuales se realizó una derivación urinaria cutánea y en el otro una enterocistoplastia^[11].

Sin embargo, en otros estudios con cohortes extensas se ha observado un riesgo de complicación ligeramente superior^[12].

Contraindicaciones relacionadas con el tumor

Riesgo de recidiva uretral en varones

La realización de una enterocistoplastia requiere la conservación de la uretra y del esfínter estriado. El riesgo de recidiva uretral se estima en el 7-10%^[13,14].

Este riesgo no correlaciona con la presencia de carcinoma in situ (CIS) ni con la presencia de lesiones multifocales a nivel vesical. En cambio, en caso de presencia de CIS intravesical, se encuentra con más frecuencia un CIS prostático (cociente de posibilidades [odds ratio]: 2,0)^[15]. Si no existe invasión prostática, el riesgo de recidiva a los 5 años es del 5%. En caso de afectación prostática, el riesgo de recidiva es del 12% si la afectación es superficial y del 18-64% si existe invasión del estroma. La infiltración por contigüidad tiene un pronóstico particularmente malo^[16-18].

Algunos equipos recomiendan una evaluación mediante la realización de una resección transuretral de la próstata (RTUP) a las 5 y las 7 horas respecto al veru montanum durante la evaluación previa a la cistectomía^[19]. Otros han demostrado la superioridad del estudio peroperatorio durante la cistectomía respecto a la RTUP, debido al mayor número de falsos positivos y de falsos negativos^[20].

Por último, el riesgo de recidiva uretral, en el conjunto de los pacientes, parece significativamente menor en caso de sustitución vesical que si se realiza una derivación urinaria sin uretrectomía^[16].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268676>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268676>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)