



Cistectomía total en la mujer y sustitución de la vejiga por una vejiga ileal destubularizada

P. Coloby

La cistectomía total con preservación de la uretra y reconstrucción vesical en la mujer requiere la preservación de las estructuras anatómicas implicadas en el mantenimiento de la continencia a la vez que se garantiza la radicalidad oncológica si la indicación es por un cáncer. Los distintos tiempos quirúrgicos consisten en una linfadenectomía pélvica, una histerectomía total, una resección vaginal anterior y una cistectomía total con preservación de la uretra subcervical. La cistectomía siempre se realiza de arriba hacia abajo y de atrás hacia delante. Los uréteres se disecan de arriba hacia abajo, hasta su entrada vesical, ligando progresivamente los vasos que se van encontrando (uterinos y vesicales) y manteniéndose siempre al nivel del uréter o por delante de él. La abertura del fondo de saco vaginal posterior permite identificar con precisión la pared vaginal anterior, tensar los pedículos vesicovaginales y, de ese modo, alejar los nervios pélvicos que discurren en paralelo a la pared vaginal lateral. Los pedículos vesicales se ligan al nivel de la pared vaginal anterior, que se reseca en bloque con la vejiga, a distancia de los nervios pélvicos. La pared vaginal anterior se separa a continuación de la vejiga al nivel del cuello vesical. En ese momento, la pieza quirúrgica sólo queda unida por la uretra. Esta se liga sobre la sonda por debajo del balón, tras lo que se secciona a 5-10 mm por debajo de este nudo. De este modo, no se realiza ninguna disección de la uretra subcervical, dejando intactas la fascia pélvica que la recubre, los ligamentos pubouretrales y uretropélvicos y el esfínter estriado urogenital. A continuación, se cierra la vagina, reconstruyendo una cavidad vaginal que suele ser suficiente desde el punto de vista funcional. A continuación, una neovejiga ileal destubularizada se anastomosa a la uretra. El neoorificio uretral debe escogerse adecuadamente en el punto más declive de la neovejiga. La selección de estas pacientes debe ser rigurosa, tanto desde el punto de vista oncológico como psicológico. Esta técnica es sencilla y reproducible, y permite ofrecer a las mujeres que requieren una cistectomía las mismas posibilidades de reconstrucción vesical que en los varones, con unos resultados funcionales equivalentes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cistectomía; Derivación urinaria; Sustitución vesical; Enterocistoplastia de sustitución; Íleon

Plan

■ Introducción	2
■ Criterios de selección de las pacientes	2
Oncológicos	2
Funcionales	2
Psicológicos	2
■ Límites anatómicos	2
■ Técnica quirúrgica	2
Preparación preoperatoria	2
Colocación de la paciente	2
Incisión	2
Linfadenectomía	3

Cistectomía total o pelvectomía anterior con preservación de la uretra	3
Variantes de la cistectomía	7
Particularidades de la sustitución de la vejiga por una vejiga ileal destubularizada	7
Elección del neoorificio uretral y anastomosis uretroileal	9
Drenaje y cierre parietal	10
■ Cuidados postoperatorios	11
Vigilancia durante la hospitalización	11
Vigilancia después de la hospitalización	11
■ Resultados funcionales	11
■ Conclusión	11

■ Introducción

La indicación esencial de la cistectomía total tanto en la mujer como en el varón es el cáncer de vejiga. Puede haber otras situaciones patológicas, como los tumores ginecológicos (invasión anterior de los cánceres de útero), pero también patologías no tumorales, como ciertas cistitis intersticiales, algunas microvejigas tuberculosas o ciertas vejigas neurógenas.

La cistectomía total por cáncer de vejiga en la mujer ha sido durante mucho tiempo una uretrocistectomía, debido al riesgo potencial de recidiva en la uretra dejada in situ, a la facilidad de la uretrectomía en la mujer y a la idea preconcebida de que la uretra femenina desconectada de la vejiga no era funcional, lo que impedía cualquier sustitución vesical.

Dicha sustitución ha sido posible gracias a los estudios patológicos [1-5] que han precisado las condiciones oncológicas de conservación de la uretra y a los estudios anatómicos [6-9] que han permitido comprender mejor la anatomía quirúrgica y funcional de la uretra femenina.

La cistectomía suele realizarse por un acceso quirúrgico abdominal directo, pero algunos equipos utilizan en la actualidad la vía laparoscópica para el tiempo de resección. La intervención descrita en este artículo muestra los tiempos clave de la cistectomía total por cáncer de vejiga y la reconstrucción vesical por laparotomía, lo que permite satisfacer estos requisitos [10-13].

■ Criterios de selección de las pacientes

Oncológicos

El cuello vesical y la uretra deben estar sanos, con un borde de resección uretral sano en el estudio peroperatorio (atención a los tumores infiltrantes del trigono superiores o iguales a pT3a o más sin invasión aparente del cuello vesical, pero que pueden causar una invasión linfática de la uretra) [1-5].

Funcionales

Es aconsejable la existencia de una presión uretral máxima preoperatoria mayor de 30-35 cmH₂O, debido a la persistencia de picos de presión de los reservorios ileales incluso después de la destubularización [10, 14]. Por tanto, es útil realizar un estudio urodinámico previo, en particular en las mujeres que presentan incontinencia urinaria.

Psicológicos

Las mujeres seleccionadas (como en el caso de los varones) deben estar motivadas y, debido al riesgo de retención, han de ser capaces de realizar un autosoñado si fuese necesario.

■ Límites anatómicos

Tres elementos anatómicos intervienen en la continencia y se deben respetar: la musculatura de la uretra, los medios de suspensión y de sostén de la uretra, así como la vascularización y la inervación de la uretra.

La sección subcervical de la uretra femenina tiene como consecuencia la supresión de la uretra proximal y, por tanto, de un 20% de la musculatura lisa, con la conservación de todo el esfínter estriado urogenital.

La conservación de los medios de suspensión y de sostén de la uretra obliga a conservar la porción anterior de la vagina suburetral, la fascia pélvica que cubre la uretra, las

conexiones uretrales del elevador del ano y el arco tendinoso de la fascia pélvica. Por tanto, esto implica que no se realice ninguna disección de la uretra subcervical y que se efectúe una disección cuidadosa de la porción anterior de la vagina subcervical para preservar las conexiones uretrovaginales subyacentes.

■ Técnica quirúrgica

Preparación preoperatoria

La preparación intestinal mecánica por vía oral ya no se recomienda. Se puede proponer una dieta sin residuos durante los 3-4 días previos a la intervención para tener un íleon limpio.

La orina debe estar estéril para la operación, por lo que se realiza un análisis de orina antes de la intervención con el fin de verificar la esterilidad o tratar una posible infección.

La prevención de la trombosis venosa profunda se realiza mediante la colocación de medias de compresión antitrombosis el día de la intervención y en el postoperatorio, así como por la administración de un tratamiento anticoagulante.

Se prescribe una profilaxis antibiótica según los protocolos vigentes.

Cuando es imposible de forma peroperatoria realizar una sustitución de la vejiga y, por tanto, es necesario efectuar una derivación externa de la orina, la elección del sitio de implantación de la ostomía en el abdomen antes de la intervención es primordial para la calidad de vida posterior.

Las recomendaciones sobre la recuperación mejorada tras la cistectomía, que están en fase de elaboración por la Association Française d'Urologie (AFU) en colaboración con otras sociedades científicas, permiten precisar, según un protocolo bien establecido, los elementos necesarios en las etapas pre, per y postoperatoria.

Colocación de la paciente

La paciente, sometida a anestesia general, se coloca en decúbito supino con los miembros inferiores ligeramente separados o en posición de «rana», que permite acceder a la cavidad vaginal y a la uretra para el paso de los instrumentos. La mesa debe poder flexionarse al nivel de la pelvis para abrir el ángulo retrosinfisario si es preciso (Fig. 1B).

La desinfección del campo quirúrgico incluye el abdomen, los muslos, los órganos genitales externos y la cavidad vaginal.

Una vez que los campos están colocados, se inserta una sonda de Foley del calibre 18 Ch conectada a una bolsa de recogida de orina.

El cirujano se sitúa a la izquierda si es diestro, con el primer ayudante frente a él y el segundo ayudante o la instrumentista a la derecha del primer ayudante. La mesa del instrumental se sitúa por encima de las piernas de la paciente (Fig. 1A).

El instrumental debe incluir un dilatador de Hegar o una valva para presentar el fondo de saco vaginal posterior.

Incisión

En la mayoría de los casos, la incisión es medial infraumbilical (Fig. 1A). Puede ser una incisión transversal supraumbilical de Pfannenstiel.

En un primer tiempo, el acceso se mantiene a un nivel subperitoneal. El espacio de Retzius se disecciona por delante y a la derecha e izquierda de la vejiga, lo que permite exponer la región ilioobturatriz de cada lado, ascendiendo hasta los vasos ilíacos comunes como límite superior.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8827828>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8827828>

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