



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11217
157
24

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3 del Centro
Médico "La Raza" I. M. S. S.

**MÉTODOS DE DERIVACION URINARIA:
EXPERIENCIA EN HGO. N. 3 C. M. R.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DRA. NELLY MARGOT YANCHAPAXI TRUJILLO



Asesor: Dr. J. L. de la Fuente M.

MEXICO, D. F.

1990

[Firma]
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	1
OBJETIVO	5
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	10
COMENTARIO	19
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21

MÉTODOS DE DERIVACION URINARIA: EXPERIENCIA EN S.G.O. S.-3 CMB.

INTRODUCCION.

Durante los últimos años, en que se está manejando ginecología oncológica del Hospital de Gineco Obstetricia N.-3 del Centro Médico la Raza, se ha observado que un determinado número de pacientes, requieren de métodos de derivación Urinaria, dentro del criterio quirúrgico.

La derivación urinaria como procedimiento operatorio, no es algo novedoso, los primeros intentos fueron logrados en el siglo - XIX. Sin embargo se han descrito complicaciones que producen estos métodos, como son trastornos metabólicos y sobre todo sepsis a nivel renal. Desconocemos la morbimortalidad en cuanto a estos métodos así como sus complicaciones y evolución lo que requiere un análisis de este trabajo.

ANTECEDENTES

La derivación urinaria como procedimiento operatorio, no es algo novedoso: los primeros intentos para lograr derivación urinaria hacia el intestino, fueron efectuadas por Simón a mediados del siglo XIX. Las primeras formas de derivación urinaria fueron especialmente efectuadas hacia intestino grueso, conjuntamente con una derivación intestinal (colostomía húmeda) o bien sin haberse oído de esa intestinal alguna, directamente por encima del esfínter anal, especialmente a nivel sigmoides (1, 2, 6, 8).

Entre los autores que más popularizaron este tipo de derivación, fueron Bronschweig, Glassy y otros (3). Aunque este tipo de derivación en el sentido estricto de la mecánica del líquido cumplía con el objetivo de derivar la corriente urinaria, bien pronto se hizo evidente la gran cantidad de complicaciones que se producían con estos métodos; entre las complicaciones mencionadas, se encontraron las de tipo metabólico, notablemente, la acidosis hipercloremica que ha sido objeto de múltiples estudios desde entonces y que, aunque rara vez amenaza la vida por sí misma, sus efectos a largo plazo pueden ser lesivos (1, 7, 9). Aunado al trastorno metabólico, se han descrito trastornos electrolíticos que podrían motivar alteración sistémica franca y litiasis en el punto de la derivación urinaria; la otra complicación grave en este tipo de derivación era que la tasa de reflujo era elevadísima y, con tránsito ígual constante, la sepsis urinaria era permanente y prácticamente inevitable, llegando a episodios de pielonefritis de repetición y, finalmente, deterioro renal progresivo que podría, en un momento dado, poner en peligro de muerte al enfermo por una causa diferente a la que había motivado la derivación urinaria; finalmente, el hecho de buscar continencia con una ureterosigmoidostomía o bien con una vejiga rectal, para comodidad del enfermo, además de los defectos colaterales antes referidos, agregaba como consecuencia el tránsito eventual de que la continencia era más bien rara y que -

se requerían en ocasiones masas de entrecamiento del esfereo paralograrla; estas consideraciones motivaron el hecho de que se subdividiera a las derivaciones urinarias en 2 grupos: (3, 10, 1).

- a). Conductos Urinarios: Conducto ileal, conducto sigmoideo, conducto de colon transverso, principalmente.
- b). Reservorios Urinarios: Ureterosigmoidostomía, vejiga rectal, - algunas formas de colostomía húmeda.

Como se puede apreciar en (a), se busca únicamente un paso pa ra la corriente urinaria, buscando obviar las complicaciones antes referidas, mientras que en (b) generalmente la derivación va equi da en el segmento intestinal de algún tipo de mecanismo esfinterig nó.

En 1950, Bricker y cols. (12, 15, 9), Revisaron el concepto de Tizzoni y Foggi (1898) (11, 13) y diseñaron una cirugía que permitía la implantación ureteral en un segmento aislado de ileco; el - concepto fué novedoso y las primeras experiencias con su uso, aleg tadoras al grado que se catalogó durante años como el método de dg rivación urinaria "ideal". Simultánea y ulteriormente, Richard - - Hoqy y cols. (14, 19, 17) revisaron algunas de las complicaciones - con el conducto ileal e hicieron importantes aportaciones especial mente con derivaciones urinarias en niños, haciendo énfasis en que, en la edad pediátrica, es importante la preservación de la función renal a largo plazo.

Como parte del análisis de la dinámica de los conductos uria rios, podemos estudiar los siguientes aspectos de interés, relacio nados con el funcionamiento y complicaciones potenciales a corto y largo plazo de los mismos:

1.- Reflujo:

Si se considera que la presión normal en la vejiga urinaria, - con un mecanismo competente de válvula ureterovesical íntegro, es - de 10-130 cms de agua, que en colon o intestino delgado aislado es

alrededor de 150-275 cms. de agua (8, 13) se comprenderá por qué es muy viable la posibilidad de reflujo en casos de derivación urinarias, un caso excepcional es la vejiga rectal, en la cual las presiones intraluminales son de alrededor de 20-35 cms. de agua (10). Posteriormente al diseño de Bricker de la vejiga ileal, como el mismo la llamó, se encontró que el reflujo era un fenómeno casi universal y, de hecho, se consideró como una demostración de un buen funcionamiento de la anastomosis ureterointestinal, en ausencia de estenosis a ese nivel; sin embargo y a pesar de que incluso se diseñaron estudios contrastados a modo de pielografía ascendente a través del estoma cutáneo (conocidos en la literatura como "loceogramas") para valorar por medio del reflujo el conducto y tracto urinario superior, se comenzó a cuestionarse éste concepto y varios autores llamaron la atención sobre la posibilidad de que éste reflujo fuese lesivo, impidiendo la esterilización urinaria permanente y favoreciendo la infección ascendente (18,19). Finalmente, Mogg y otros autores (3, 12, 5) diseñaron a nivel colónico multitud de técnicas con objeto de evitar el reflujo, algunas de ellas muy sofisticadas, como es el caso de la vejiga ilocecal, (15, 2). Finalmente, con el uso creciente de anastomosis término--terminales (8, 10) a nivel ureterointestinal, en las cuales el reflujo es inevitable, se ha aceptado esto como un fenómeno no lesivo necesariamente, que indica suficiencia de la unión ureterointestinal y que puede ayudar a valorar radiográficamente parte del aparato urinario superior.

sin embargo, la controversia continúa y muchos autores continúan sosteniendo que es deseable el reflujo especialmente en edad pediátrica, por la razón de deterioro renal a largo plazo.

2.- Estasis del conducto:

El diagnóstico de estasis del conducto deberá ser seriamente considerado en todo paciente en quien la hidronefrosis no mejora o esperece luego de 3 meses de posoperatorio, la orina persiste infectada en forma constante, hay ataques de pielonefritis repetidos y

la cantidad de orina residual vá aumentando progresivamente.

Los sitios en los cuales puede ocurrir más comunmente la obstrucción es a nivel de pared abdominal (cutáneo, músculo-aponeurótico o combinaciones de éstos), a nivel de la anastomosis ureterointestinal, como forma aislada de estrechez sin presión mecánica externa, forma rara de obstrucción para la cual se han invocado fig. además de isquemias en su génesis y finalmente el síndrome de asa ciega que puede considerarse una forma de estasis funcional, proximal al sitio de implantación ureteral, especialmente en niños, en los cuales con el crecimiento intestinal diferencial, se desarrolla éste segmento proximal no funcional, como verdadera asa ciega.

3.- Deterioro de la función Renal:

A pesar de que el conducto urinario, cualquiera que sea su tipo, tiene capacidad absorbente franca, durante el seguimiento de éste tipo de pacientes, la determinación sérica de creatinina y la depuración de creatinina, continúan siendo índices fidedignos de función renal, y puede monitorizarse la función renal de éstos enfermos con éstas 2 pruebas relativamente accesibles; los niveles de Urea, sin embargo, pueden sufrir alteración, y llegar a haber elevación considerable en casos de estasis del conducto. (12. 7).

4.- Orina Residual:

Puesto que no hay un mecanismo esfinteriano como tal en la mayoría de los conductos, la cantidad de orina residual es un índice marcadamente subjetivo en el momento de la exploración con distintos calibres de sondas, que al mismo tiempo sirven para valorar la estenosis a nivel parietal en el trayecto del conducto urinario.

OBJETIVO:

En el Hospital de Gineco-Obstetricia N.3. se está manejando - ginecología oncológica desde 1986, la cual requiere de métodos de derivación urinaria dentro del criterio quirúrgico de estas pacientes.

Sin embargo desconocemos la morbilidad en cuanto a estos métodos así como sus complicaciones y evolución, lo que requiere un análisis de este trabajo.

MATERIAL Y METODO.

Las pacientes que seran analizadas todas aquellas que hayan sido sometidas algún tipo de derivación urinaria temporal o definitiva, independientemente del desenlace y de la causa que motivo la derivación. La valoración se efectuará de la siguiente manera: valoración del estoma, detectar estenosis músculo-aponeurótica, - medir orina residual, urocultivo, determinaciones de Urea, Creatinina, pH sanguíneo, Sodio, Potasio, Cloro, Urografía Excretora.

Del archivo del Hospital de Ginecología y Obstetricia N.3 - del Centro Médico La Raza, se revisaron 5 casos.

En los 5 casos se tabularon, las siguientes variantes:

- Edad.
- Antecedentes Gineco-Obstetrico.
- Etapa clínica
- Tipo de Cáncer
- Antecedente de Radioterapia
- Dx Preoperatorio.
- Cirugía Realizada.
- Urografía Excretora.
- Urocultivo.
- Escarólitos.
- Urea, Glucosa, Creatinina, Hecto., SB.
- complicaciones.

Siendo un trabajo descriptivo no requiere ninguna contrastación, sin embargo se comparará, con la literatura mundial.

RESULTADOS:

Caso N.º 1.

R.M.C.

55 años.

Hogar.

Casada.

AMF: Negadca.

APMP: Originaria y residente del Distrito Federal.

APP: Gastroenteritis infecciosa a los 15 años. Alérgicos y transfuncionales negadca.

AGO: Menarquia a los 13 años. ciclos: 28 x 3 Inicio de vida sexual a los 18 años. fecha de última menstruación hace 6 - - años, Gesta IX, Para VIII, Cesárea I. No planificación familiar, una pareja sexual.

P.A: Lo inicia hace 8 años con sangrado transvaginal, ingresada en Hospital de Salubridad con diagnóstico de cáncer cervical, - en donde se da tratamiento con radioterapia intracavitaria y externa. Curando aparentemente asintomática. Inicia su estudio en esta Unidad el 26.03.86 con diagnóstico de Cáncer cervical no clasificable por tratamiento previo fuera de la Unidad. Hace 8 días inicia con dolor abdominal leve, el cual se exacerba el día de ayer, tipo punzante continuo e intenso en hipogástrico e irradiado a región pélvica. E.F: Regular estado general, quejumbrosa, regular estado de hidratación con - palidez de tegumentos sin compromiso cardíaco-pulmonar. Abdomen: con cicatriz postquirúrgica hay resistencia y dolor a - la palpación de hipogástrico. Al tacto rectovaginal, Vagina - estrecha, fibrosa, ampolla rectal sin material fecal palpable se rechazamiento y abombamiento en su porción superior. resto sin alteraciones.

Exámenes: Urografía excretora: hidronefrosis e hidroureter bilateral, datos que sugieren infiltración, fístula vesicovaginal, urocultivo; E. coli, más de 100.000 colonias.

Se realiza valoración preoperatoria por Medicina Interna, -- sin contraindicación para cirugía.

Se propone Derivación Urinaria, dada la presencia de hidronefrosis bilateral y salida continua de orina.

Se realiza Cirugía el 28.04.88. Con Ex preoperatorio de fistula vesicovaginal secundaria a radioterapia previa por cáncer cervical. La cirugía realizada excisión de cistoadenoma seroso benigno de ovario izquierdo con Estadío transoperatorio negativo. Formación de vejiga ileal.

Expresada al 5 día postoperatorio, con buena evolución. Durante el control citológico negativo, asintomática y con buen funcionamiento de conducto ileal.

Urografía excretoria del 9 de Agosto, 88: Vejiga ileal, rodeada ureteropielocaliectasia bilateral. Electroólitos, Urea -- creatinina, Hcto, Hb, pH normal. Urocultivo con 100.000 col/ml de Klebsiella se da tratamiento.

Acude a control en Nov. 88. Citología sin alteraciones. Conducto Urinario sin problemas, estoma funcionando, paciente bien adaptada a su derivación supravescical. Se da cita en 2 meses.

Caso N.º 2.

C.G.Y.

37 años,

casada,

Secretaría.

A.H.F.: Carga genética para Diabetes Mellitus por rama materna
Madre fallece con Cáncer de Mama.

AMSP : Originaria y residente del Distrito Federal.

A.P.F.: Menarquia a los 12 años, ciclos: 30x3 Inicio de vida sexual a los 18 años, dos compañeros sexuales no circuncidados. Gesta VI. Para IV. Aborto II. Partos eutócicos, fecha de última menstruación 5 de Diciembre 85. Planificación - Familiar Hormonales orales por 12 años.

P.A.: Lo inicia en Octubre de 85 presenta dolor puntitivo de moderada intensidad en hipogastrio con irradiación hacia perineo que calma con analgésicos, dolor sin ritmo ni periodicidad. Acude al servicio de consulta Externa de Oncología el 10 de Diciembre de 85, con sangrado transvaginal abundante de 20 días de evolución persistiendo hasta el momento, pérdida de peso 10 Kg desde hace 6 meses.

E.F.: Paciente en buen estado general, hidratada con buena coloración de tegumentos, sin compromiso cardio-pulmonar, mamas simétricas con cambios en la nodularidad de predominio derecho con zona de sistematización en cuadrante superior-interno de mama izquierda. Abdomen: blando depresible doloroso a palpación, profunda en hipogastrio no visceromegalias, peristalsis presente. Exploración ginecológica: cervix: con endurecimiento en toda la superficie, lesión erosiva a las 9 y otra lesión pequeña en labio posterior que se prolonga a fondo de saco de Douglas en donde hay una gran excavación de bordes endurecidos. Parametrio derecho-infiltrado en su tercio interno, el izquierdo se encuentra

libre, tabiques libres, no adenomegalias. Utero normal.
 Diagnóstico: Cáncer Cervicouterino II B.

Análisis de Laboratorio:

Citología del 5.12.85: Abundante infiltrado agudo y crónico Hiperplasia de células de reserva endocervical. Elementos de reparación tisular, células neoplásicas malignas de un carcinoma Epidermoide queratinizante.

Biopsia de Cervix del 11.12.85: Carcinoma Epidermoide Invasor moderadamente diferenciado. No queratinizante, con intensa reacción linfoplasmocitaria.

Se envía para Radioterapia, recibiendo 26 sesiones a dosis de 50 Cays. que se inicia el 24 de Enero 86, con buena tolerancia, termina el 4 de Marzo, 86. Se encuentra persistencia tumoral razón por la cual se envía nuevamente a esta Unidad. A la exploración, lesión crateriforme y sangrante a nivel de cervix con extensión a fondo de saco, tabiques libres, cuerpo uterino y anexos normales. El parametrio de recto se encuentra infiltrado en toda su extensión y fija a pared al igual que el izquierdo pero libre de la pared.- Se envió a Quimioterapia pero fué rechazada.

Se planifica Enterostomía pélvica completa anterior y posterior. Colostomía. Vejiga ileal, apendicectomía. La misma que se realizó el 30 de Mayo, 86.

Reporte de Patología del 30 de Junio, 86: Producto de exenteración pélvica, Carcinoma Epidermoide de cervix uterino de células grandes con focos de queratinización y cambios postradiación que comprende cervix, istmo y porción inferior de cuerpo. Vagina, serosa Uterina, parametrios, pared de vejiga urinaria, pared de recto libres de tumor. Cíncoganglios linfáticos libres de tumor metastásico.

Endometrio atrofico, Trompas de Falopio, ovarios con adherencias superficiales. Pariapendicitis aguda. Fragmento de pared de intestino grueso.

Buena evolución post-operatoria, egresada a los 10 días.
Control citológico del 9 de Feb. 88 reporta Infección de-
Papiloma virus humano Probable 11-18. No lesión macrocó-
pica en vagina se realiza crioterapia.

Citologías posteriores negativas.

Urografía excretora del 16 de Mayo. 89 reporta Datos de -
lesión de uretero izquierdo. Gatosas funcionando. Tomogra-
fía sin anomalías.

Urecultivo con más de 100.000 colonias de E. Coli se Indj-
ca tratamiento. resto de estudios normales.

Actualmente la paciente en buenas condiciones generales -
con vejiga lisa funcionando.

CASO N.º 3

T.R.S.

56 años.

Canadá

Hogar

A.P.F.: Sin importancia.

AMMP.: Originaria de Querétaro, residente del Distrito Federal. Instrucción primaria incompleta. Nivel socioeconómico bajo.

APP: Diagnosticada de cáncer cervicouterino invasor en 1975 en Hospital de Oncología de Salubridad recibiendo tratamiento con radioterapia de marzo 75 a mayo 75. Bajo control - hasta Nov. 88 siendo negativo.

AGO: Menarquia a los 13 años ciclos 30 x 4 Inicio de vida sexual a los 20 años una pareja sexual. Este II Para II. -- Sin planificación familiar.

P.A.: Se inicia en Nov. 88 posterior a exploración ginecológica, donde se encuentra lesión ulcerativa de pared anterior de vagina. se realiza biopsia Reportándose Carcinoma Epidermoide de células grandes queratinizantes invasor, considerado como lesión recurrente de neoplasia cervical. Se inicia estudio en esta Unidad el 03. I. 89.

Exploración Física: Paciente consciente. Buen estado general. Buena coloración de tegumentos. cardiopulmonar sin alteraciones Abdomen: blando depresible sin datos de irritación. no visceromegalias. Exploración ginecológica: en pared anterior de vagina cercano a cervix hay presencia de ulceración y necrosis y tumor ulceroinfiltrativo, de la cual se toma biopsia, parametrias libres.

Diagnóstico: Cáncer Cervico-uterino Recurrente. Post Radioterapia. Recurrencia central.

valoraciones preoperatorias: Sin contraindicación para cirugía. Análisis de laboratorio dentro de límites normales.

Se propone Exenteración pélvica Total.

El 19 de Abril. 89 se realizo Exenteración pélvica Total, se realizo Conducto ileal.

Reporte de Estudio histopatológico: 3 ganglios libres de lesión neoplásica paracavales y parasérticas.

Buena evolución postoperatoria, presentó picos febriles.- los mismos que fueron controlados por medicos físicos y anti-bióticos. Es dada de alta a los 20 días de postoperatorios con signos vitales estables, Herida quirúrgica en -- buen estado, estomas con buen funcionamiento.

Reingresa a las 48 horas con Diagnóstico de Subocclusión - intestinal. Egresada a los 10 días en buen estado general. Acude a control al 29 de Agosto. 89. citología de control reporta proceso inflamatorio agudo, sin atipias, no células malignas. Tránsito intestinal normal. estomas de conducto ileal sin problemas.

Urografía Excretora del 27 de Nov. 89; Derivación urinaria bilateral. Datos de Pielonefritis crónica bilateral. Urea y Creatinina; dentro de límites normales. MB; 7.4. Leucocitos de 12.100. segmentados 89. bandas 1.

Ingresos a Piso con Diagnóstico de Anemia clínica. Pielonefritis crónica.

Urocultivo: más de 100.000 colonias por ml de E. Coli.

Se inicia tratamiento con antibióticos y egresa en buenas condiciones.

Caso N. - 4

L.H.E.

62 años.

Hogar.

Casada.

A.P.F.: Sin importancia.

A.S.P.: Originaria y residente del Distrito Federal. Analfabeta nivel socioeconómico bajo.

A.P.P.: Diagnosticada hace 6 años de cáncer cervicouterino en Centro Médico Nacional. Tala y braquiterapia, se desconoce dosis en 16 sesiones. Colostomía hace 3 años.

Laparotomía Exploradora hace 19 meses.

Fístula vesicovaginal de 3 años de evolución.

PA.: Inicia estudios en esta Unidad el 17 de Marzo, 89. Paciente con diagnóstico ginecológico de Ca Cu, tratada hace 6 - - años en CMN, con Tala y braquiterapia, posteriormente desarrollo proctitis y fístula rectovaginal, que motivo instalación de colostomía se desconoce nivel. Desde hace 3 años presenta salida continua de orina por -- vía transvaginal, así como dolor en miembro pélvico izquierdo, tipo lacínante.

Exploración Física: Paciente en regulares condiciones generales. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con estoma de colostomía funcionando. Genitales externos sin alteraciones. A la exploración con espejo vaginal se observa gran -- fístula vesicovaginal con una comunicación de aproximadamente de 4 cm. Se toma Biopsia. Extremidades inferiores edema de piernas izquierda hasta tercio superior.

I. Diagnóstica: Ca Cu no clasificable por tratamiento fuera de la Unidad. Fibrosis post Radiación. Fístula vesicovaginal gigante. Descartar actividad tumoral asociada.

-Resultado de Biopsia: Displasia Severa.

Urografía Excretora: exclusión renal izquierda. Urea Creatj

nias, pruebas funcionales hepáticas, electrolitos dentro de límites normales.

Con los datos anteriores sustentan muy probable la posibilidad de recurrencia, en cuyo caso, la paciente debería - considerarse fuera del tratamiento oncológico, dadas las condiciones pélicas actuales. A sabienda que no aumenta la sobrevida, pero ante la posibilidad de que pudiese tratarse sólo de una fibrosis post radioterapia, se plantea la posibilidad de cirugía urinaria derivativa.

El 29 de marzo, 89 se realiza conducto ileal, toma de - - Biopsia, Evolución postoperatoria, sin complicaciones - - egresada a los 7 días, Biopsia de transoperatorio reporta: Segmentos de vasos sanguíneos en tejido adiposo. No hay - ganglios linfáticos.

Acude a control postoperatorio. Asintomática. Se canaliza, estoma del conducto ileal con dedo señique no estenosis, - gasto urinario adecuado.

Citologías de control reportan: Proceso inflamatorio agudo, células epiteliales benignas con cambios post-radiación.

Urografía excretora del 29 de Mayo, 89: Riñón derecho con algunos cambios en relación con proceso pieloefrítico, riñón izquierdo y sistemas colectores de este lado no son valorables, se observa paso de orina a la bolsa.

Urocultivo no se realizó. Además análisis dentro de límites normales. El 10 de Nov. 89 acude espontáneamente refiriendo prolapso de estoma, asociado a secreción de moco - abundante de 20 días de evolución, con tránsito intestinal, no datos de obstrucción intestinal. A la exploración se encuentra conducto urinario sin problemas y con orificio de - colostomía, presencia de intususcepción de asa de colon, - no reducible, sin cambios isquémicos franco y con permeabilidad hacia cavidad. Se envía a Hospital de Especialidades para valoración de manejo quirúrgico.

CASO NO.- 5.

B.D.J.F.

50 años.

Canada.

Hogar.

A.P.F.: Carga genética para Diabetes Mellitus por rama materna.

A.P.F.: Diagnóstico de Ca Cu en 89, recibió Radioterapia en CMS.
Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial sin tratamiento médico.

A.G.O.: Menarquia a los 13 años, ciclos: 30x3 Inicio de vida sexual a los 21 años, una pareja sexual, sin control de la fertilidad. Gesta II. Para II.

P.A.: Paciente refiere desde hace dos años, salida constante de orina transvaginal. Inicio de estudio en esta Unidad 20 - de Julio, 89.

Exploración Física: Paciente con palidez de tegumentos, - sin compromiso cardiopulmonar. Abdomen: blando depresible, sin datos de irritación peritoneal, genitales externos -- con evidencia de dermatitis amoniacal. En vagina se aprecia zona fistulosa de 3 cm en cara antero superior de vagina, por la cual dreña orina, asociada a severos datos de EP, sin evidencia de actividad tumoral.

I. Diagnóstica: Fístula Uretrovaginal post Radiación.

Valoración de Anestesia: RAQ E III B.

Valoración por Medicina Interna: Riesgo III.

Biopsia de Cervix: no evidencia de actividad Tumoral.

Se realiza cirugía el 16 de Agosto, 89, se realiza condugto ileocecal, Colicistectomía, Apendicectomía.

Evolución postoperatoria: buena, egresada a los 10 días - con conducto ileocecal funcional.

Reingresa el 29 de Agosto por descontrol metabólico de su Diabetes Mellitus.

Es valorada por el Servicio de Nefrología, Impresión diagnóstica Insuficiencia Renal Crónica Agudizada. Diabetes Mellitus. Acidosis Metabólica.

Nefrología sugiere dar de alta y control posterior en HGE, candidata a diálisis, sin embargo indican riesgo, y la capacidad de dializarse puede ser baja por antecedente de radioterapia.

[METODOS DE DERIVACION URNARIA]

C A S O N o I	EDAD	TIPO DE CANCER	ESTADIO CLINICO	T.S. PRICAL	DE PREOPERANDO	CAMARA REALIZADA	UROGRAFIA SECRETORA	UROLOGICO	ELECTROLITICO SERICO	URGA CREATININA BLUERA	COMPLICACIONES
	DE AÑOS	CANCER SERVICIO— INTERNO	NO CLASIFICABLE	RT	PRIMA Y SEGUNDA URNARIA, SECUNDARIA A RT	URGA REAL	URGA PELOCALCITONINA, BL. LATERAL RODRIGAS	ESQUELETO (1)	BL.	BL.	URGA

H. B. C. No. 3 C. M. "LA RAZA"
SERVICIO DE ONCO—ONCOLOGIA.
I. M. S. S.
1980

MÉTODOS DE DERIVACION URINARIA

C A S O N. º	EDAD	TIPO DE CÁNCER	ETAPA CLÍNICA	T R LOCAL	DE PREVENCIÓN	ORIGEN REAL DE LA	UROGRAMA EXISTENTE	UROGRÁFICO	ELECTROLITOS SÉRICO	UREA ORÉFICA SÉRICA	COMPLICACIONES
		37 años	Ca. Co.	III B	Rt	Ca Co III B	EXTERMINACION TOTAL. VULVA- GENA.	NELOCALIZA- DADA. LIBRE	E. COI (+)	NORMAL	NORMAL

H. S. O. No. 3 C. M. "LA RAZA"
SERVICIO DE GINECO-ONCOLOGÍA
I. M. S. S.

1980

MÉTODOS DE DERMACIÓN URINARIA

C A S O N O. 3	EDAD	TIPO DE CÁNCER	ETAPA CLÍNICA	T X NORMAL	DE PREPARACIÓN	ORINA REALIZADA	URINAPIA SECRETORA	PROLACTIVO	ELECTROLITOS SÉRICOS	UREA CREATININA GLUCOSA	COMPLICACIONES
	54 AÑOS	Ca. Co.	NO CLASIFICABLE	RT	Ca Ca RECURRENTE	ENCUENTRADO PELUDA. TOTAL COMPLETO SANGUÍNEO	CÁLCULOS DE PELOMOPRITO ORINCA BILATERAL.	E. COLI (+)	NORMAL.	NORMAL.	SUBCULIBRO BIFESTRAL PELOMOPRITO ORINCA.

H. G. O. No. C. M. "LA RAZA"
SERVICIO DE GINECO-ONCOLOGIA
I. M. S. S.
1990

MÉTODOS DE DERIVACION URINARIA

C Á S O N O 4	EDAD	TIPO DE CÁNCER	ETAPA CLÍNICA	T X LOCAL	SI PREOPERARIO	CÍRQUIA REALIZADA	URINARIAS EXCRETORAS	URINOLITIVO	ELECTROLITOS SÉRICOS	UREA (REATIVOS BLAYD)	COMPLICACIONES
	30 AÑOS	Cá. Co.	NO CLASIFICABLE	III		FETIDA VER- DE NORMAL SIGANTE	VEJIGA REAL	NORMAL	NO SE REALIZÓ	NORMAL	NORMAL

R. S. O. No. 5 C. M. "LA RAZA"
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
I. M. S. S.
1960

[METODOS DE DERIVACION URINARIA]

C A S O N O	EDAD	TIPO DE CANCER	ETAPA CLINICA	T X MEDAL	DE PREOPERATORIO	CIQUINA RELEJON	UROGRAFIA EXISTENTE	PROLACTINA	ELECTROLITOS SODICOS	UREA CREATININA GLUCOSA	COMPLICACIONES
	30	Ca. Co.	NO CLASIFICABLE	RT	FISTULA URETROVESICAL	VERBA ILEAL	BUEN DERE— CHO EXCLUIDO BUEN EQUER— DO BUEN FUN— CONAMIENTO	NORMAL	NORMAL	URETERRIA 6.1 mg. %	I. P. Coq. An., Met.

H.S.D. No. 3 C. M. "LA RAZA"
SERVICIO DE ONCOLOGIA—GINECOLOGIA
I. M. S. S.

1980

RESULTADOS.

Del archivo del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.- 3 del Centro Médico la Raza, se revisaron los expedientes de 5 casos.

La edad de las pacientes varió de 37 años a 62 años, con una media de 52 años.

Un requisito indispensable para ser sometidas a cirugía, fue que no hubiera actividad tumoral, corroborado con estudio anatómopatológico, y que haya una buena función renal.

- Se encontraron dos casos con cáncer cervical recurrente post-radiación, a las que se les realizó exenteración pélvica total.
- Dos casos por fistulas vesicovaginal y un caso por fistula uretrovesical post-radiación, a las cuatro primeras se les realizó vejiga ileal y a la otra paciente conducto ileo-sigmoideo.
- Las complicaciones fueron: dos casos con pielonefritis crónica, una de ellas cursó con suboclusión intestinal y otra con istru-suscepción y un caso de insuficiencia renal crónica, agudizada - más acidosis metabólica.

COMENTARIO.

Como se puede observar es importante, la selección de las pacientes para este tipo de cirugía y como ya se había mencionado - antes es indispensable que no haya actividad tumoral y la función renal sea adecuada.

La vejiga ileal por su simplicidad técnica, y en las pacientes que no van a ser sometidas a otro procedimiento en pelvis, debe considerarse de elección.

En las pacientes con antecedentes de radioterapia intensa y en el cual se efectúa un procedimiento ultraradical en pelvis, - el método de elección es conducto sigmoideo si el intestino está en buen estado, ya que se puede obviar una anastomosis intestinal. Si ambos órganos están dañados el conducto de colon transverso es idóneo en estos casos, no contamos con experiencia con este método en el servicio.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre vejiga ileal y conducto sigmoideo, con alteración de la función renal, ni complicaciones en relación a desequilibrio hidroelectrolítico.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

- 1.- En este estudio no se encontraron complicaciones diferentes a las esperadas en este tipo de cirugía, en relación a las ya descritas en la literatura como son: desequilibrio hidroelectrolítico, y complicaciones renales.
- 2.- No se reportaron defunciones inherentes al procedimiento quirúrgico, lo que nos indica, que es un método seguro y mejora la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Derrick, W.A.; Hodges, C.V.: "Ileal Conduit Stasis: Recognition, Treatment and Prevention" *J. Urol* 107:747, 1972.
- 2.- Engel, E.M.: "Complications of bilateral ureteroileocutaneous urinary diversion: a review of 308 cases" *J. Urol* 101:508, -- 1969.
- 3.- Hogg, R.A.; Syms, R.R.A.: "The Results of Urinary Diversion - Using the Colonic Conduit" *Br. J Urol* 41:434, 1969.
- 4.- Kafetsiculis, A.; Swinney, W.C.: "A Study of the Function of- Ileal Conduits" *Br J Urol* 42:33, 1970.
- 5.- Castro, J.E.; Res, M.D.: "Electrolyte Imbalance Following - - Ileal Urinary Diversion" *BR J Urol* 42:26, 1970.
- 6.- Glenn, J.F. "Urologic Surgery".
W.B. Saunders, 1965.
- 7.- Zisman, E. and Libertino, J.A.: "Ileocecal conduit for temporary and Permanent Urinary Diversion" *J Urol* 113, March, 117, 1975.
- 8.- Beckley, S. Weisman, J.E., Pontes, J. Murchy, G: "Transverse-Colon Conduit: A Method of Urinary Diversion After Pelvic - - Irradiation" *J Urol* 128, September, p. 464, 1982.
- 9.- Morales, F. Columba, M.: "Colonic Urinary Diversion: 10 Years of Experience" *J Urol* 113, March, 1975, pp. 362.
- 10.- Schmidt, J.D. Hawtrey, C.E., Buschbaum, H.J.: "Transverse Colon Conduit: A Preferred Method of Urinary Diversion for Radiation-Treated Pelvic Malignancies" *J Urol* 113, March, pp.- 368, 1975.

- 11.- Bricker, E.M.: "Bladder substitution after Pelvic Exenteration" *Surgical Clinics of North America* 30: 1511, 1950.
- 12.- Woodal, R.G., Hanning, D.C., Evans, A.P.: "End-to-end Ureteroileal Anastomosis for Ilial Conduits: Preliminary Report" *J Urol* 102, 42, 1969.
- 13.- Albert, D.J. and Parsky, L.: "Conjoined end-to-end Ureteroileostomical Anastomosis" *J. Urol* 105: 201, 1971.
- 14.- Engel, R.M. "Complications of Bilateral Uretero Ileo Cystostomy Urinary Diversion: a Review of 208 Cases". *J. Urol* -- 101: 508, 1969.
- 15.- Wallace, D.M.: "Uterine diversion Using a Conduit: A Simplified Technique" *Brit J. Urol* 38,522, 1966.
- 16.- Ferris, D.O. & Odell, H.M.: "Electrolytic pattern after bilateral ureterosigmoidostomy" *JAMA* 142:9, Marc, 4, 1959, 834.
- 17.- Koch, M.D. & McDougal, W.S.: "Physiopathology of hyperchloraemic metabolic acidosis following urinary diversion through intestinal segments" *Surgery, Set.* 1965, Vol. 98, No. 3, -- 561.
- 18.- Wilkins, S.A. & Angier Wills, S.: "The Rectal bladder for Urinary Diversion" *Surg Gynecol Obstet* 109,Jul. 1959, p. 1
- 19.- Braren, V., "Use of The Umbilical Area for Placement of a Urinary Stoma" *Surg Gynecol Obstet* April 1979, Vol. 148, - 541.