

11237
150



Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL DE PEDIATRIA

CENTRO MEDICO NACIONAL I. M. S. S.

**Indicaciones y Resultados Entre Vesicostomía Cutánea No
Continente en Niños y Vesicostomía Continente en
Cirugía Experimental.**

T E S I S
QUE PARA OBIENER EL TITULO DE
CIRUJANO PEDIATRA
P R E S E N T A
DR ROBERTO GUZMAN GARCIA

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A mi padre:

Roberto Guzmán Ochoa

Con admiración, respeto y cariño por ser el ejemplo de honestidad y rectitud que me motivó para alcanzar esta meta.

A mi madre:

Lilia García de Guzmán

Con todo mi amor, por su cariño y dedicación, durante mi formación profesional.

A mi esposa Flori:

Por su amor y comprensión

A mi hermano Rodolfo

Por su estímulo constante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AL DR. ARTURO SILVA CUEVAS:

Cón profundo agradecimiento y admiración al --
maestro y amigo, por su gran calidad humana y
su espíritu de superación constante.

Gracias.

AL DR. CARLOS D. GONZALEZ LARA

Por su orientación, amistad y enseñanza.

AL DR. JOSE LUIS VILLEGAS BORREL

Director de esta Tésis

Magnífico amigo y médico que me brindó su apoyo

AL DR. CARLOS PASCUAL GONGORA

Por su valiosa colaboración en la elaboración
de ésta Tésis.

A MIS MAESTROS

A MIS COMPAÑEROS

AL PERSONAL DE ENFERMERIA

A LOS NIÑOS.

C O N T E N I D O

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	MATERIAL Y METODO	6
III.-	RESULTADOS	8
IV.-	DISCUSION	32
V.-	RESUMEN	36
VI.-	BIBLIOGRAFIA	37

- - - - -

I. INTRODUCCION

La derivación de vías urinarias, es un método frecuentemente utilizado en el tratamiento del paciente con enfermedad del tracto urinario, encontrándose descritos en la Literatura Mundial, diferentes procedimientos tales como: NEFROSTOMIA, URETEROSTOMIA, --PIELOSTOMIA, CISTOSTOMIA, etc..

En pacientes con alteraciones más severas, se han utilizado segmentos de intestino como método de derivación.

a) ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La Vesicostomia, es un método de derivación - para la solución de problemas obstructivos urinarios bajos, habiéndose descrito desde 1957 por Blocksom (13) - en un paciente adulto, a quien le practica una fistula vesico-cutánea.

Lapides en 1958, realiza modificaciones a la técnica inicial, utilizando un colgajo de piel en pacientes con vejiga neurógena y lesión medular, revisando en

1960 y 1964 sus resultados operatorios y postoperatorios (7); concluyendo que la Vesicostomía Cutánea, era un método adecuado de derivación en pacientes con lesión medular.

En reportes más recientes, Lapidés propone la utilización de ésta técnica en otros padecimientos del tracto urinario.

Otro autor como Laskowski, refiere a la Vesicostomía Cutánea, como un procedimiento que preserva la función renal y que disminuye dramáticamente la incidencia de infección del tracto urinario.

En el Hospital General de Kansas City, Ross modifica el sitio del colgajo de piel inicialmente descrito por Lapidés, mostrando en múltiples publicaciones las ventajas como método temporal y permanente y las complicaciones observadas, concluyendo su efectividad como método de derivación (1).

Actualmente existen reportadas otras series tales como la de Brady, quien considera que la técnica



de Lapides, es recomendable solamente como método de derivación temporal, ya que las complicaciones más severas, se observan a largo plazo (9).

En 1966 Karafin y Kendall, reportan su experiencia con Vesicostomía Cutánea, en pacientes con vejiga neurógena secundaria a Meningocele (8).

Otra serie de reportes, son las de Ireland (6) y las de Bernard Lytton (3), las cuales hablan de los beneficios y desventajas del procedimiento, prefiriéndose su uso como un método de derivación temporal.

En el año de 1974, Schneider del Centro Médico de Nueva York, propone un mecanismo continente en las Vesicostomías, consistente en llevar un colgajo de vejiga a la piel, practicando un dobléz intravesical con la intención de lograr un mecanismo continente, único reporte en su género en la Literatura Mundial (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien existen diversas técnicas de derivación urinaria, la Vesicostomía nos brinda una alternativa de descompresión de las vías urinarias bajas, con la ventaja de ser un método que se realiza fácilmente, casi exento de complicaciones, no exclusiva de Hospital de tercer nivel y puede ser empleada como derivación temporal o permanente. En casos especiales, puede practicarse mecanismo de esfínter con la idea de lograr continencia de la misma (Vesicostomía Continente).

HIPOTESIS

La Vesicostomía, es una técnica eficaz que puede ser utilizada en niños con un síndrome de enfermedades del tracto urinario, tanto temporal como en forma permanente, por su fácil realización puede aplicarse en cualquier nivel de atención hospitalaria y con la cual además se puede lograr un adecuado esfínter que proporcione continencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien existen diversas técnicas de derivación urinaria, la Vesicostomía nos brinda una alternativa de descompresión de las vías urinarias bajas, con la ventaja de ser un método que se realiza fácilmente, casi exento de complicaciones, no exclusiva de Hospital de tercer nivel y puede ser empleada como derivación temporal o permanente. En casos especiales, puede practicarse mecanismo de esfínter con la idea de lograr continencia de la misma (Vesicostomía Continente).

HIPOTESIS

La Vesicostomía, es una técnica eficaz que puede ser utilizada en niños con un síndrome de enfermedades del tracto urinario, tanto temporal como en forma permanente, por su fácil realización puede aplicarse en cualquier nivel de atención hospitalaria y con la cual además se puede lograr un adecuado esfínter que proporcione continencia.

OBJETIVO

COMPRENDE 2 FASES:

a) Comprobar la utilidad de la Vesicostomía Cutánea como método de derivación en un grupo de 20 pacientes a quienes les fué practicado el procedimiento.

b) Valorar la experiencia obtenida en Cirugía Experimental con globos y perros, en quienes se realizó Vesicostomía con valva-esfínter, con el fin de ser utilizada en un futuro, en pacientes pediátricos que cursan con incontinencia.

En resumen, el objetivo de esta tesis, es demostrar las indicaciones y la utilidad de la Vesicostomía, como medida de derivación urinaria en niños.

MATERIAL Y METODO

COMPRENDE 2 FASES DE ESTUDIO:

- a) RETROSPECTIVO
- b) PROSPECTIVO

En la primera fase, se estudiaron 20 pacientes a quienes se les había practicada Vesicostomía Cutánea no continente, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional.

Se revisaron los expedientes clínicos, evaluando los siguientes datos: edad, técnica utilizada, padecimiento inicial, manejo previo, tiempo quirúrgico, duración del procedimiento, complicaciones, evolución, examen general de orina, cultivos, cifras de azoados y evolución radiológica.

La segunda fase, consistió en el estudio prospectivo de los casos de Vesicostomía con esfínter y se dividió en 2 partes:

- a) PRACTICA EN GLOBOS.- En los cuales se ensayó la técnica quirúrgica que iba a ser utilizada

y la forma óptima en que podría realizarse un rodete continente, efectuándose el procedimiento en 6 globos de diferente tamaño con la idea de lograr continencia al ser llenados de agua.

Al lograrse el dominio de la técnica quirúrgica, se llevó a efecto en 7 perros en el Servicio de Cirugía Experimental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, realizándose en la misma forma.

Se decidió no obstruir la uretra, ni dejar sonda vesical, dado que la posición del animal podría comprobar la efectividad de la continencia, ya que el estoma de la misma se localiza a nivel de hipogastrio

RESULTADOS

VESICOSTOMIA CUTANEA

Para la valoración de la Vesicostomía Cutánea, se revisaron 20 expedientes de pacientes a quienes se les había practicado el procedimiento y el cual se inició en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional en el año de 1979 para los siguientes padecimientos: Vejiga Neurógena con reflujo vesicoureteral, valvas de uretra posterior, estenosis congénita o adquirida de uretra, Síndrome de Prune Belly, trauma uretral y malformación anorectal.

Con respecto a la técnica quirúrgica, se encontraron referidas en la Literatura, tres diferentes procedimientos (Fig. 1) que son: Técnica de Lapidus (Fig. 2), Técnica de Ross y la Técnica de Blocksom. Esta última fué la utilizada en los 20 casos (100%). En razón del escaso pánfculo adiposo existente en los niños y que por lo tanto no requiere de colgajos de piel como en los adultos.

La técnica de Blocksom consiste en practicar incisión transversa de 2 cm en piel sobre la línea me-

dia, a una distancia equidistante entre la sínfisis - del púbis y la cicatriz umbilical.

2.- Incisión transversa en la fascia de los rectos.

3.- Separación y tracción del músculo de la línea media.

4.- Localización de la vejiga y colocación - de puntos para realizar tracción y movilización supe-- rior de la reflexión peritoneal.

5.- Incisión transversa en la vejiga, afron-- tándose a la pared en dos planos. (Utilizándose en -- aponeurosis material absorbible 3-0 y en la piel mate-- rial no absorbible 3-0).

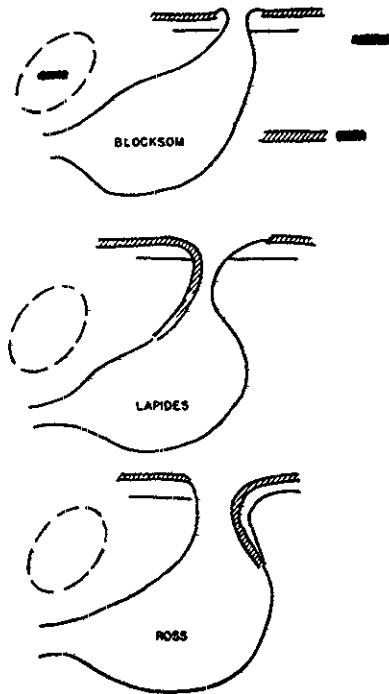


FIG. 1 TECNICAS UTILIZADAS EN VESICOSTOMIA CUTANEA.

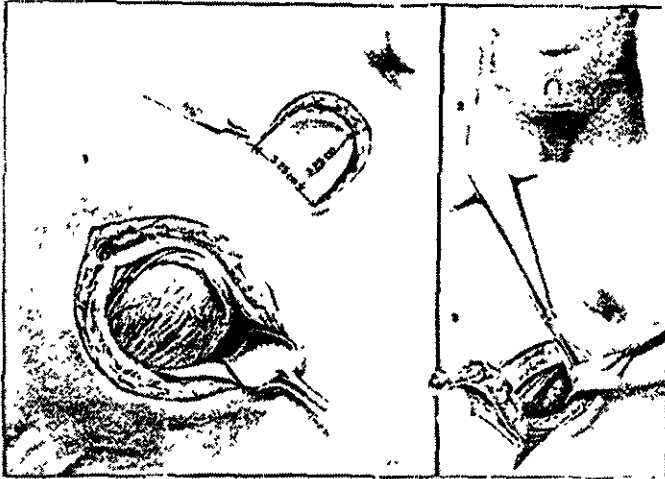
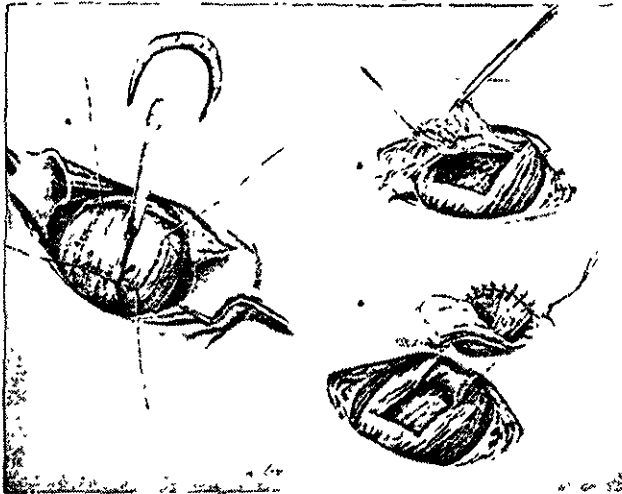


FIG. 2 TECNICA DE LAPIDES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD.-

Esta varió desde la etapa de RN, hasta los 10 años de edad, el de menor edad reportado en la serie, es un paciente de 11 días de vida que cursaba - con valvas de uretra.

El mayor porcentaje se encuentra en la etapa de RN y lactantes, esto probablemente en relación a la presencia de más patología obstructiva en estas edades, Fig. 3.

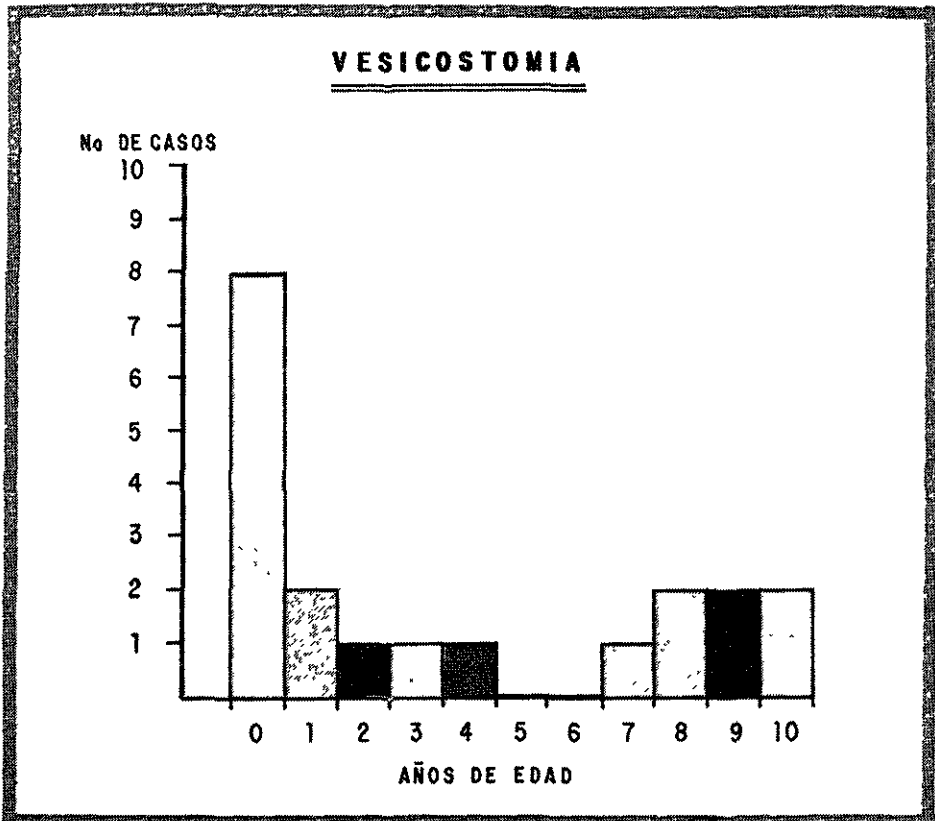
TIEMPO QUIRURGICO.-

El procedimiento fué realizado en un periodo de 20 a 40 minutos, encontrándose que en 12 pacientes (60%) el tiempo fué de 20 minutos, en 7 pacientes de 30 minutos y sólo en 2 casos de 40 minutos, en estos 2 últimos no fué posible esclarecer el motivo del tiempo prolongado.

INDICACION QUIRURGICA.-

Las indicaciones para efectuar el procedimiento se encuentran enunciadas en la (Fig.4), observándose que el 55% de los pacientes correspondieron a cua-

dros de vejiga neurógena. El 45 % restante, presentaban lesión a nivel de uretra por patología congénita o adquirida. De estas, 7 casos correspondieron a valvas uretrales, 1 con estenosis de uretra y otro a ruptura de uretra secundaria a traumatismo.



VESICOSTOMIA CUTANEA

PADECIMIENTO	NUMERO DE CASOS
RUPTURA DE URETRA	1
VALVAS URETRALES	7
VEJIGA NEUROGENA	11
MALFORMACION ANORECTAL	1

FIG. 4

Todos los pacientes cursaban generalmente con otras alteraciones asociadas, el total de las mismas se encuentra en la Fig. 5. De los 11 pacientes con vejiga neurógena, 5 eran secundarios a Meningocele. De 9 pacientes con reflujo vesicoureteral, 5 cursaban con vejiga neurógena y 4 con valvas uretrales. De los pacientes con insuficiencia renal, 3 eran secundarios a vejiga neurógena. El paciente con malformación anorectal cursaba con hidronefrosis así como 3 pacientes con valvas uretrales.

En el paciente con estenosis ureterovesical y valvas uretrales, fué necesario el cambio de derivación por no ser útil la vesicostomía en relación al sitio de obstrucción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VESICOSTOMIA CUTANEA

MENINGOCELE	5
REFLUJO VESICOURETERAL	9
INSUFICIENCIA RENAL	5
HIDRONEFROSIS	6
ESTENOSIS URETEROVESICAL	I

FIG. 5

MANEJO PREVIO.-

Al paciente con malformación anorectal, se le habia realizado previamente reimplante ureteral - bilateral. A un paciente con vejiga neurogénica el manejo inicial fué con ureterostomía cutánea, la cual mostró disfunción persistente e incremento en las alteraciones radiológicas, cambiándose a los 4 meses.

COMPLICACIONES.-

Las inherentes al procedimiento fueron: 1 caso de necrosis parcial y 1 por dermatitis, esta última resuelta en un periodo de 4 semanas aproximadamente. La complicación principal fue estenosis (- Fig. 6), las cuales fueron manejadas con dilataciones, siendo la evolución satisfactoria.

VESICOSTOMIA CUTANEA

COMPLICACIONES	
NECROSIS PARCIAL	1
ESTENOSIS	5
DERMATITIS	1

FIG. 6

Un caso se acompañó además de eversión del estoma, que corresponde al paciente con estenosis ureterovesical al cual se le modificó el sitio de la derivación.

Esta es una de las ventajas de la técnica, ya que el procedimiento brinda la oportunidad de retirar el trayecto fistuloso vesico-cutáneo en un tiempo quirúrgico breve, sin presencia de secuelas como puede apreciarse en la Fig. 7.

VESICOSTOMIA CUTANEA

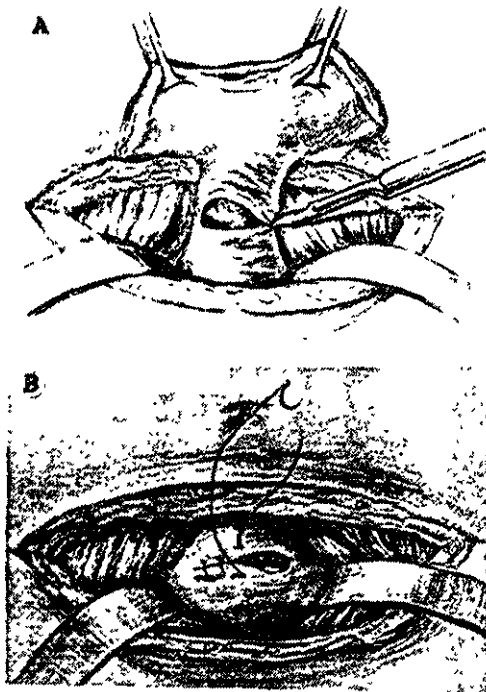


FIG. 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VESICOSTOMIA CUTANEA

EVOLUCION RADIOLOGICA

UREA

CULTIVOS

	+++	++	+	0
VALVAS URETRALES	6			1
MALFORMACION ANORECTAL			1	
VEJIGA NEUROGENA	6	3	2	
<u>RUPTURA URETRA</u>				

TABLA 8

- 0 SIN CAMBIOS
- + CAMBIOS MINIMOS
- ++ ... CAMBIOS MODERADOS
- +++ .. CAMBIOS IMPORTANTES

En general la evolución radiológica se consideró satisfactoria dado que el 75 % mostró mejoría franca, siendo más ostensible ésta en los pacientes con valvas de uretra. En el paciente que no mostró mejoría radiológica, se encontró por causa la presencia de estenosis ureterovesical.

En relación a los cultivos se siguió el mismo procedimiento, tomándose como referencia los hallazgos preoperatorios, comparándolos con la muestra más reciente.

Con respecto a los pacientes con valvas uretrales, cuatro cultivos fueron negativos en el preoperatorio y persistían igual en el último control. Uno de ellos era positivo a más de 100,000 colonias de E. Coli y actualmente se ha negativizado.

Dos que fueron negativos en el postoperatorio, actualmente uno de ellos cursa con más de 100,000 colonias y el otro es reportado como muestra contaminada.

El paciente con ruptura de uretra, fué positivo en el preoperatorio (más de 100,000 colonias de Proteus Mirabilis), es último control es positivo (más de 100,000 colonias de E. Coli).

En los pacientes con vejiga neurógena, solamente cinco de ellos se encuentran negativos, después de haberse reportado positivos.

Uno se reporta como muestra contaminada persistente previa y secundaria al procedimiento. Otro de ellos fué positivo primero a Pseudomona con más de 100,000 col. y actualmente positivo a Klebsiella. Dos reportados positivos a más de 100,000 col. de E. Coli, actualmente con 50,000 y 80,000 col. de otros gérmenes.

Dos de ellos reportados como muestra contaminada inicialmente, actualmente cursan con más de -- 100,000 col. de Klebsiella.

U R E A :

Se revisaron las cifras de azoados en todos - los pacientes tomando como base el exámen que se realizó antes de la derivación y el último control. Cinco pacientes con cifras por arriba de 100 mg % de urea, mostraron disminución en tres, a cifras normales y en dos aunque se observa descenso, aún persisten en límites anormales.

Un paciente con 71.7 mg% de urea, en el preoperatorio, en el último control realizado se observa - ésta en límites normales.

El resto de los pacientes, no mostró modificación importante en la cifra de azoados (Fig. 9).

VESICOSTOMIA CUTANEA

U R E A

	PRE	POST
1.	18.4	24.6
2.	27.9	18.0
3.	113.4	54.2
4.	46.8	26.0
5.	100.0	24.0
6.	100.0	84.8
7.	19.5	21.0
8.	18.5	24.0
9.	111.0	32.0
10.	28.0	29.0
11.	165.9	96.9
12.	14.6	25.7
13.	71.7	32.6
14.	24.6	26.6
15.	24.6	34.9
16.	29.0	28.9
17.	30.1	29.7
18.	18.5	22.8
19.	28.8	28.6
20.	26.3	26.4

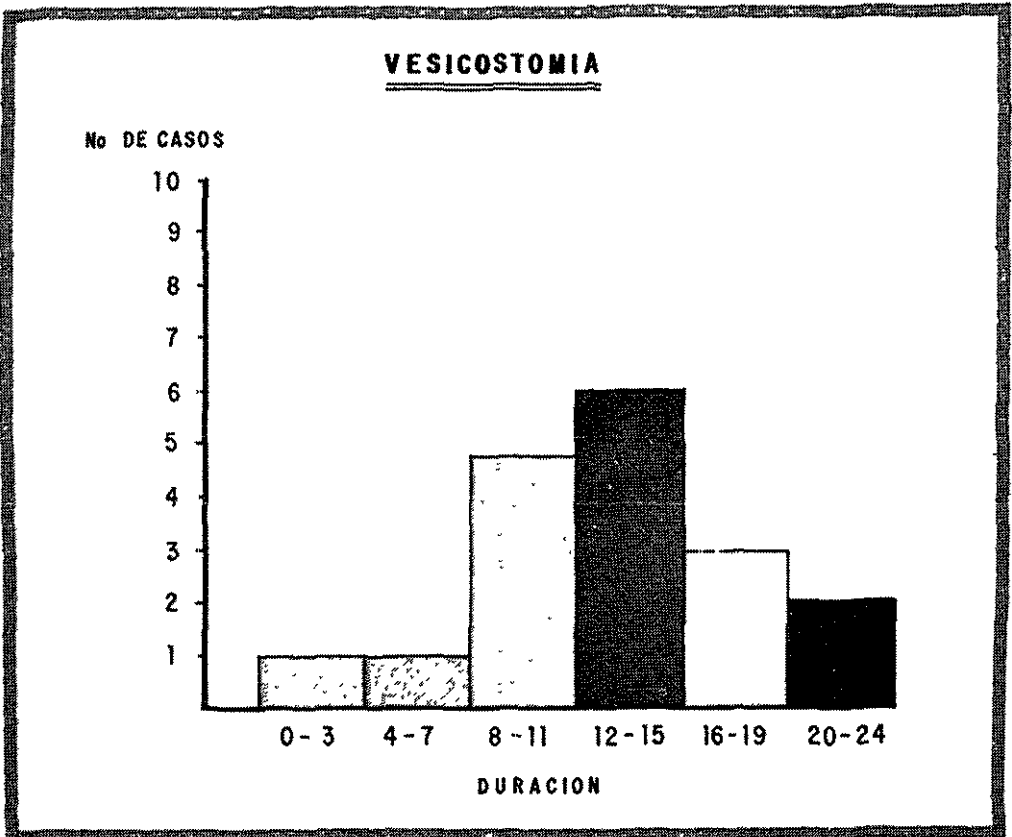
TABLA 9

DURACION DEL PROCEDIMIENTO.-

La duración del procedimiento ha sido variable, oscilando entre 3 y 24 meses. El periodo en el cual se encuentra la mayoría de los pacientes es entre 8 y 15 meses. En este periodo se encuentran 2 pacientes con valvas uretrales a los cuales se les realizó fulguración de las valvas con cierre posterior de Vesicostomia, y los cuales en el último control realizado, muestran una evolución satisfactoria.

Solo existe un paciente en el cual el procedimiento duró 3 meses, por realizarse cierre y cambios en el sitio de la derivación (Fig. 10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



VESICOSTOMIA CONTINENTE

EXPERIENCIA EN GLOBOS.-

Después de la evaluación de la Vesicostomía como método de derivación urinaria, quedaba la inquietud de brindar por este procedimiento, alguna forma de ser más llevadero en el paciente con vejiga neurógena y principalmente el de lograr un mecanismo continente. Posterior a la revisión de bibliografía al respecto y no habiendo encontrado más reporte que el de Schneider, se procedió a realizar práctica en globos habiéndose efectuado un total de 6, en el que intentamos practicar un mecanismo de esfínter, el cual aunque técnicamente fué posible realizar (Fig. 11), el resultado no fué lo esperado dado que al llenar los globos de agua, en ninguno fué posible lograr continencia. Los factores a que atribuímos los resultados poco alentadores fueron los siguientes:

1. PAREDES DELGADAS DEL GLOBO
2. AUSENCIA DE TONO
3. AFRONTAMIENTO IRREGULAR DE LAS PAREDES

Dado que se había logrado un perfecto dominio de técnica, y teniendo en mente eliminar los factores

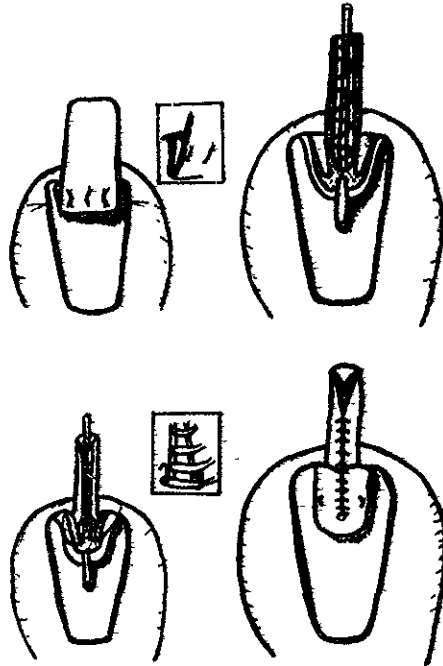


FIG. 12 A

de error que eran condicionados por las características físicas del globo, procedimos a efectuar la técnica en perros, para lo cual se utilizó el Departamento de Cirugía experimental del C.M.N.

Los pasos a seguir de la técnica original planeada fueron los siguientes:

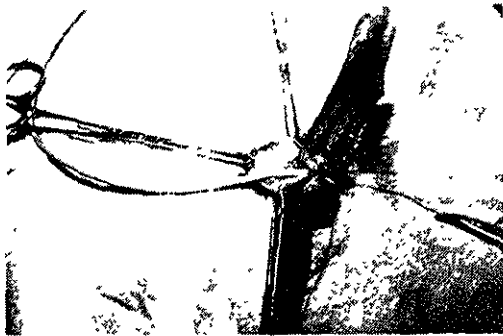
- a) Colocación de venoclisis con Sol. glucosada 5% aplicada 10 min. previos al procedimiento.

2. El anestésico utilizado en todos los casos fué el nestisal, a una dosis de 1 ml por Kg de peso.
3. Intubación traqueal.
4. Asepsia con agua y jabón inicial y aplicación posterior de Tintura de Merthiolate.
5. Incisión transversa en piel.
6. Apertura media de fascia superficial, separación de músculos, apertura de peritoneo en el mismo sentido.
7. Localización de la vejiga (la cual es peritoneal) exteriorización y colocación de riendas para sujetarla con seda 3-0. Estas son colocadas en el techo vesical con la mayor separación posible y son con el fin de reducir al mínimo la manipulación con pinzas.
8. Localización de ureteros.
9. Toma de colgajo de techo vesical con las medidas siguientes: 5 cm de base por 9 cm de largo con apertura inferior.
10. A la mitad del colgajo, se practica un dobléz intravesical con puntos separados de material absorbible, debiendo quedar un borde de 1 cm a 1.5 cm para formar el rodete valva.
11. Colocar sonda de Foley 10 e iniciar el cierre de la pared vesical de la siguiente manera:
 - a) Se inicia la sutura de mucosa a nivel del rodete hacia el extremo inferior de la vejiga.
 - b) Puntos en U totales a nivel del rodete valva hacia el extremo superior.
 - c) Un segundo plano muscular con surgete continuo.
12. Se fija a la pared abdominal el estoma.

Teniendo como base los pasos quirúrgicos antes -- enunciados, se practica el procedimiento en 7 perros, ha biéndose realizado cambios en la técnica original descrita y las cuales se enuncian a continuación (Fig. 12 - Técnica).

VESICOSTOMIA CONTINENTE

T E C N I C A



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Primero.- Fué necesario modificar el sitio de la incisión en piel, por brindar más rapidez al procedimiento, el estoma cutáneo presentaba menor angulación y la lesión al músculo era menor.

Segundo.- Modificaciones en el tamaño del colgajo de vejiga fue necesario, prefiriéndose de largo 7-6 cm, ya que se observó menor angulación en la longitud rodete-valva a piel y el ancho del colgajo preferido fué de 3 cm de diámetro suficiente para no presentar estenosis (Fig. 13).

Tercero.- Fué utilizado material absorbible en el dobliz intravesical para realizar el rodete continente, en las 2 primeras intervenciones. Al practicar la revisión 4 semanas después en uno de ellos, se encontró desaparición del material, apreciándose pérdida de la calidad del rodete continente, por lo que se recomienda dejar material no absorbible.

Cuarto.- Inicialmente referimos el utilizar una sonda de Foley No. 10 como férula, encontrándose que brinda mejor diámetro la sonda de Foley No. 16-18, principalmente al practicar las dilataciones postoperatorias las cuales tienen primordial importancia por el riesgo de estenosis del estoma de no practicarse estas. El segundo plano se realizó en un paciente con Vicril, uno con crómico 3-0 y en el resto se utilizó crómico 2-0 (Fig. 14).

VESICOSTOMIA CONTINENTE

SEXO	NOMBRE	MED. COLG.	TIEMPO	INCISION
F	NERA	9 x 3 cm	2.30'	TRANSVERSA
M	GUERO	9 x 3 cm	2.30'	TRANSVERSA
M	PINTO	7-6 x 3 cm	1.45'	MEDIA
F	GUERA	6 x 3 cm	2.00'	MEDIA
F	RAYITAS	6 x 3 cm	1.30'	MEDIA
F	LOBA	6 x 3 cm	1.00'	MEDIA
M	GUERO II	9 x 3 cm	1.00'	MEDIA

FIG. 13

NOMBRE	FERULA	SUTURA RODETE	2DO	SONDA
NERA	NO	CROMICO	VICRIL	10
GUERO	NO	CROMICO	CROMICO 3-0	10
PINTO	NO	SEDA	CROMICO 2-0	16
GUERA	SI	SEDA	CROMICO 2-0	18
RAYITAS	SI	SEDA	CROMICO 2-0	18
LOBA	NO	SEDA	CROMICO 2-0	16
GUERO II	SI	SEDA	CROMICO 2-0	16

FIG. 14

Fué necesario dejar sonda de Foley en el estoma a manera de férula en tres de ellos, por espacio de 1 semana por presentar angulación en la distancia rodete-valva a piel, durante el cierre de la pared abdominal.

El tiempo quirúrgico varió entre 1 hora y 2 horas 30 min., la diferencia notable es debida al poco entrenamiento existente en la técnica en las primeras intervenciones, así como al cambio en el tipo de incisiones en piel.

Se presentó como complicación una dehiscencia, la cual consideramos relacionada con la incisión transversa. Se presentaron 2 casos de estenosis severas, en uno de ellos fué posible el paso de una sonda de Foley No. 12 - la cual se dejó por 5 días, con lo cual fué resuelto el problema. El otro caso, al cual se le había dejado férula, fué extraída por el mismo perro. Al practicar la revisión se encontró el estoma estenosado no siendo posible pasar ninguna sonda. A los 20 días el estoma se había cubierto -- con piel.

Existió una defunción, habiéndolo sido secundario a dehiscencia e infección de la herida. Se realizó reintervención y cierre de la dehiscencia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

La continencia, punto primordial en el trabajo -
fué valorada de la siguiente manera:

Lograr la obtención de orina al cateterizar el -
estoma, habiendo observado previamente que el animal
presentaba micción por uretra y no existía fuga de o-
rina por el estoma. El resultado obtenido fué favo-
rable en 5 perros (Fig. 15). En uno de ellos se --
presentó fuga de orina por la herida dehiscente. Otro
presentó estenosis severa del estoma, no siendo posi-
ble cateterizar este en ningún momento y por lo tanto
no fué posible valorar continencia.

Es importante referir que se requiere vejiga de
una capacidad grande, ya que técnicamente el procedi-
miento es difícil en vejigas pequeñas, quedándo des--
pués de la toma de colgajo una capacidad vesical redu-
cida.

En contra de lo referido inicialmente, en la des-
cripción de la técnica, es indiscutible que se requiere
dejar férula en el estoma y posteriormente realizar -
un programa de dilatación ya que la evolución natural
tiende a la estenosis.

VESICOSTOMIA CONTINENTE

NOMBRE	COMPLICACION	DEFUNCION	CONTINENCIA
NERA	N	N	S
GUERO	DEHISCENCIA	S	N
PINTO	ESTENOSIS	N	S
GUERA	N	N	S
RAYITAS	N	N	S
LOBA	N	N	S
GUERO II	ESTENOSIS	N	N

FIG. 15

DISCUSION

Existen en la Literatura reportados diferentes métodos de derivación urinaria, los cuales pueden ser efectuados prácticamente a todos los niveles del tracto urinario. La Cistostomía es uno de los métodos de derivación a nivel vesical, plenamente reconocido y su uso difundido mundialmente, ahora bien la vesicostomía nos brinda como alternativa otra forma de derivación para la solución de los problemas obstructivos urinarios bajos.

La Vesicostomía Cutánea en los casos revisados ha -- mostrado ser un método de drenaje urinario aceptable en -- los casos que requieren derivación del flujo urinario, como son vejiga neurógena con reflujo vesicoureteral, valvas de uretra posterior y estenosis de uretra, siendo posible su utilización en otros padecimientos según refieren otros autores.

Si bien se refiere varias técnicas quirúrgicas (4) la utilizada y que ha brindado buenos resultados en nuestra serie es la de Blockson, la cual no utiliza colgajo de piel siendo escasa la utilidad de estos en la etapa pediátrica.

Existe discordancia entre si la vesicostomía cutánea debe ser utilizada como método de derivación temporal o -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

permanente. Hay autores (9) quienes refieren que las principales complicaciones se observan a largo plazo, nuestro estudio es aún joven para poder aseverar la conclusión referida.

En relación a las complicaciones nosotros podemos inferir que se observa menor número de casos de litiasis en comparación a la Cistostomía, probablemente en relación a que no existe una sonda a permanencia. La estenosis como principal complicación, presente en los pacientes, también se encontró en igual porcentaje a otras series. Consideramos que es un problema transitorio y fácil de resolver.

El estudio comprueba lo referido por Lawskowski - en los referente a que es un procedimiento que preserva la función renal. Recomendamos mantener una vigilancia estrecha del paciente ante la alternativa de otras malformaciones asociadas que podrían no hacer efectivo el procedimiento, como fué el caso de un paciente con valva uretral y estenosis ureteral no detectado previamente.

Consideramos favorable al procedimiento, el que se realizó en un tiempo quirúrgico breve, principalmen-

te en relación con los pacientes de valva uretra, en los cuales sus condiciones al efectuar la cirugía se encuentran deterioradas.

Otra ventaja del procedimiento es lo fácil de retirar la fístula vesico-cutánea se esto se desea, no quedan ninguna alteración a nivel vesical. Con respecto a la Vesicostomía Contínente y el porqué de investigar esta técnica es la siguiente: los pacientes que requieren de una derivación urinaria permanente, son generalmente portadores de patología urinaria grave y los cuales se encuentran condenados a llevar un estoma incontinente - que hace difícil y penosa su existencia.

Por lo que ha sido la inquietud de muchos autores brinda a estos pacientes una mejor calidad de vida, habiéndose descrito en la Literatura diversas técnicas de derivación interna y externa con segmentos de intestino, con el fin de corregir la incontinencia presente en todos los casos. El último procedimiento buscando este fin ha sido el segmento ileocecal el cual es de gran valor para los pacientes con serias patologías a nivel de la región ureteropielica y en pacientes con vejiga neurogénica, pensando en brindarles a estos últimos un --

método más rápido y con menor invasión, se pensó en la Vesicostomía Contínente como un método que podría ser utilizado en la etapa pediátrica.

El lograr continencia a nivel vesical, es un método factible de realizar como lo ha hecho ver Schneider (10). Actualmente nosotros tenemos la misma idea, posterior a lograr continencia en 5 de los 7 perros, que si bien no es un número elevado y por lo tanto con poco valor estadístico, si creemos que es un nuevo horizonte en la técnica de la derivación urinaria, quedando como preámbulo para futuras investigaciones y la posibilidad de ser posteriormente utilizada en la etapa pediátrica.

C O N C L U S I O N E S

1. La Vesicostomía Cutánea representa un procedimiento derivativo útil en la edad pediátrica..
2. Su técnica es sencilla y su tiempo quirúrgico corto.
3. La mejoría radiológica y clínica observada es importante (75%) en pacientes neurogénicos, con reflujo o con patología obstructiva uretral.
4. El número de complicaciones es mínimo y de fácil resolución.
5. El procedimiento es reversible permitiendo una vejiga funcional.
6. Puede ser realizada en cualquier nivel de atención Hospitalaria.
7. En casos especiales puede practicarse con mecanismo de continencia, lo que redundará en una mejor condición de vida.
8. En comparación con otras técnicas quirúrgicas derivativas representa un procedimiento práctico, menos agresivo y de resultados comparativos semejantes.

- - - - -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

1. Gilbert Ross Jr.: Cutaneous Vesicostomy: a review of 36 cases. J. Urol., 94:402, 1965
2. Keith M. Schneider.: The Continent Vesicostomy: clinical experiences in the adult, J Urol 117:571, 77
3. Bernard Lytton. Robert M. Wess.: Cutaneous Vesicostomy For Temporary Urinary Diversion in Infants: J. Urol., 105:888 , 1971
4. John W. Duckett Jr.. Cutaneous Vesicostomy in Childhood. Urol. Clin. North America., 1:485, 1974.
5. Jack Lapidés, Tomohiko Koyanagi.: Cutaneous Vesicostomy: 10 years survey. J.Urol, 105:76, 1971..
6. Gerald W. Ireland: Difficulties With Vesicostomies in 15 Children With Meningomyelocele J. Urol,103: 341, 1970
7. Jack Lapidés, E. Ajemian: Cutaneous Vesicostomy, J. Urol 84: 609, 1960..
8. Lester Karaffin. R. Kendall: Vesicostomy in the Management of Neurogenic Bladder Disease Secondary to Meningomyelocele in Children. J. Urol. 96:723. 66
9. Thomas W. Brady: The Cutaneous Vesicostomy Reappraised. J. Urol. 105:81, 1971.
10. Keith Schneider, E. Fruchtman.: Continent Vesicostomy-surgical technique, Urology, 6:741, 1965.
11. Keith Schneider, E. Fruchtman: Continent Vesicostomy Urology 654: 3. 1974..
12. A. Straffon, A. Turnbull: The Ileal Conduit in the management of Children with Neurogenic Lesions of the Bladder. J. Urol. 89:198, 1963.
13. H. Blocksom Jr. Bladder Pouch for Prolonged Tubeless Cystostomy, J. Urol. 78: 398, 1957.
14. J. Parkin Jr. S. Howard: Cutaneous Vesicostomy a modification of a technique. J. Urol. 99:270, 1968.