

7. GOLASH, A.; PARKER, J.; ENNIS, O. y cols.: "The interval of development of testicular carcinoma in a patient with previously demonstrated testicular microlithiasis." *J. Urol.*, 163: 239, 2000.
8. DIMITRI, N.; KESSARIS, C.; BRETT, C. y cols.: "Incidence and implication of testicular microlithiasis detected by scrotal duplex sonography in a select group of infertile men." *J. Urol.*, 152: 1560, 1994.
- **9. PETERSON, A. C.; BAUMAN, J. M.; LIGHY, D. E. y cols.: "The prevalence of testicular microlithiasis in an asymptomatic population of men 18 to 35 years old." *J. Urol.*, 166: 2061, 2001.
10. European Association of Urology. Guidelines on Testicular Cancer. March 2001.

casos clínicos 14

Arch. Esp. Urol., 56, 5 (524-526), 2003

Complicaciones inusuales post-cistectomía radical.

JUAN IGNACIO MARTÍNEZ SALAMANCA, JUAN GARCÍA BURGOS, DAVID SUBIRÁ RÍOS, IRENE CASTAÑO GONZÁLEZ, MERCEDES MORALEJO GÁRATE, FELIPE HERRANZ AMO, ANDRÉS DE PALACIO ESPAÑA Y CARLOS HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Correspondencia

J.I. Martínez Salamanca
C/ Cerro del Castañar, 8 C
28034 Madrid.
España.

Trabajo recibido el 19 de abril de 2002.

Resumen.- OBJETIVOS: Exponer complicaciones muy poco frecuentes en pacientes a los que se les realizó Cistectomía radical y conducto ileal tipo Bricker.

Remarcar la importancia, recogida en la literatura y, en nuestra propia experiencia, de una correcta preparación preoperatoria (nutricional, evaluación pre-anestésica.....), así como de unos controles postoperatorios adecuados, para evitar este tipo de problemas.

MÉTODO: Para ello exponemos tres casos clínicos demostrativos de estas complicaciones, sus características principales así como su diagnóstico, tratamiento y posterior evolución.

RESULTADO: Existencia de complicaciones de tipo fistuloso en los tres casos, con diferente evolución, así como detallar las medidas de carácter diagnóstico que se llevaron a cabo en cada uno de ellos. Aunque esta bien recogido en la literatura, que la mayoría de estas fistulas se producen en pacientes con patología inflamatorio/infecciosa digestiva, no fue así en nuestra experiencia.

CONCLUSIONES: Después de revisada la literatura y estudiados nuestros casos, abundar en la importancia de una buena evaluación nutricional previa a la cirugía, y que la cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, aunque ya muy consolidada como tratamiento del cáncer de vejiga infiltrante no esta exenta de complicaciones postoperatorias inmediatas o incluso, como en nuestro caso diferidas.

Palabras clave: Cistectomía radical. Complicaciones. Fistulas.

Summary.- OBJECTIVES: To report complications that are very rare in patients undergoing radical cystectomy and Bricker's ileal conduit. In accordance to the literature and our own experience, to remark the importance of a proper preoperative preparation (nutritional, preanesthetic evaluation...), and adequate postoperative controls to avoid this kind of problems.

METHODS: We report three cases which are demonstrative of these complications, their main characteristics, as well as their diagnosis, treatment, and outcomes.

RESULTS: All three cases were complicated by fistulae, with different outcomes. The diagnostic measures undertook on each one are reviewed in detail. Although it is well shown in the literature that most of these fistulae appear in patients with intestinal inflammatory/infectious diseases, this was not our experience.

CONCLUSIONS: After a bibliographic review and study of our cases, we insist in the importance of a good nutritional evaluation before surgery, and that radical cystectomy with Bricker's type urinary diversion, although consolidated as treatment for infiltrative bladder cancer, is not exempt of immediate postoperative complications or even deferred, as in our case.

Keywords: Radical cystectomy. Complications. Fistula.

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical es el tratamiento de elección en el carcinoma "in situ" (Tis) multifocal resistente a BCG, y en los tumores infiltrantes (T2-T4, N0, MO) de la vejiga.

Las complicaciones de la cistectomía radical y de la derivación urinaria han disminuido progresivamente desde los años 60, debido fundamentalmente a la mejora en la técnica quirúrgica, valoración pre-anestésica, apoyo nutricional, cuidados postoperatorios, etc.

Las tasas de mortalidad post-operatoria, en general, oscilan entre el 2,4% (1), y el 13,7% (2), según los trabajos. La mayoría de ellas provocadas por sepsis o complicaciones peri-operatorias. Con respecto a la morbilidad se detallan complicaciones tempranas que van del 31,9%-48% 3, 4 de los casos, entre ellas destacan como más frecuentes: íleo adinámico, 2,5%-5,9% (5, 3) infección de herida 5,5%-20,2% (3, 2); sepsis, 3,7%-4,9% (5, 3), fistula intestinal 2,5%-5,4% (5, 2); o urinaria 1,3%-3,3%-5,6% (3, 2, 5); obstrucción intestinal 7,4%-14,9% (3, 2). Entre las complicaciones tardías, que suponen del 29,3%-52% (3, 4) se citan: problemas relacionados con el estoma (estenosis estomal), 2,8%-5,1% (3, 2); obstrucción intestinal 14,9% (2); estenosis uretero-enteral 11,2% (3); litiasis renal 1,2%-3,9% (2, 3), pielonefritis aguda 1,5%-3,1% (2, 3); hernia paraestomal 2,8% (3), e infecciones en general.

La mayoría de los pacientes sometidos a derivación urinaria presentan también a largo plazo cambios metabólicos, entre los que destaca como más frecuente la hipercloremia (4), así como descenso en los niveles de bicarbonato plasmáticos (4) e, incluso, en algunos pocos casos, déficit de vitamina B12 (4).

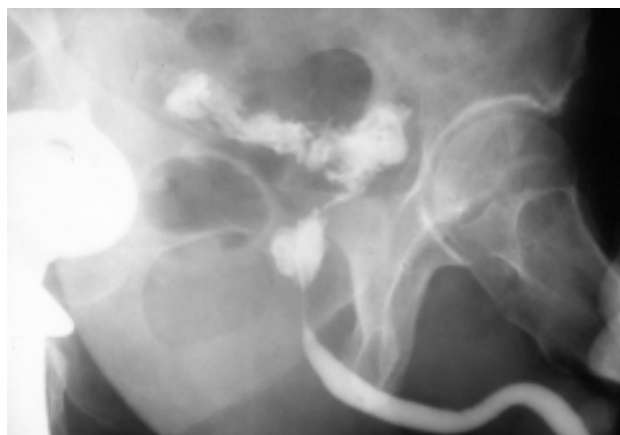


Fig. 1: Uretrografía retrógrada: se observa comunicación uretero-sigmoidea, colon diverticular.

Se describen tres casos clínicos correspondientes a pacientes en los cuales se realizó cistectomía radical por cáncer vesical y conducto ileal tipo Bricker. Las tres complicaciones fueron a largo plazo, 27 meses, 6 meses y 7 meses correspondiendo a fistula ileo-uretral, fistula ileo-vaginal y colo-uretral respectivamente.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

Varón, 61 años, con antecedentes personales de H.B.P, litiasis vesical y biliar, que consulta por hematuria. Diagnosticado de neoformación vesical se practicó resección transuretral (R.T.U) con diagnóstico patológico de carcinoma urotelial de vejiga, grado II en un estadio T_{2a}. Se realizó Cistectomía radical y conducto ileal tipo Bricker (anastomosis uretero-ileal tipo Wallace I). Un año después presentó cuadro abdominal compatible con pseudoobstrucción intestinal que se resolvió con medidas conservadoras. Tres meses después se drenó absceso abdominal en pelvis menor. Al año aproximadamente de este episodio el paciente refirió expulsión de contenido mucoso y oscuro, así como de aire por la uretra (neumatúria). Con la sospecha de comunicación digestivo-urinario se realizó uretrografía retrógrada en la cual se visualizaba una fistula entre asa de intestino delgado y muñón uretral. Se intervino quirúrgicamente realizando resección de segmento fistulizado y reconstrucción mediante anastomosis intestinal termino-terminal. La pieza fue informada por el patólogo como de carácter inflamatorio sin datos de malignidad. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y libre de enfermedad tumoral.

CASO CLÍNICO 2

Mujer, 69 años, nefrectomizada 30 años antes por TBC, sin otros antecedentes de interés. Consulta por episodio de hematuria, que tras realización de R.T.U vesical se objetiva Ca Epidermoide bien diferenciado con invasión submucosa estadio T₁. Tres meses después se aprecia en TC y cistoscopia extensa recisiva con palpación patológica en tacto vaginal (cara posterior). Se practica Cistectomía radical y derivación urinaria tipo Bricker (anastomosis uretero-ileal tipo Wallace I, uréter único). La pieza quirúrgica fue informada como Ca epidermoide de alto grado de diferenciación histológica, estadio T₁.

Seis meses después refiere expulsión de material intestinal por la vagina, se realizó tránsito digestivo y enema opaco no consiguiéndose visualizar la comunicación. Mediante tacto vaginal se aprecia zona fistulosa. Se trató de manera conservadora, mediante dieta de absorción proximal y sueroterapia, observándose cese de expulsión de contenido intestinal por

vagina. A los 5 meses la paciente ingresa de nuevo por reaparición de la misma clínica. Se decide intervenir quirúrgicamente, objetivándose fistula de intestino proximal a la anastomosis ileo-ileal a vagina. Se resecan 30 cm. de intestino incluyendo la zona afecta y se realiza epiploplastia del fondo vaginal. La paciente permaneció asintomática y falleció años después de enfermedad cardiovascular.

CASO CLÍNICO 3

Varón, 74 años, intervenido de adenomectomía retropúbica (Millin) por HBP, resto sin interés. Tras episodio de hematuria se le practicó cistoscopia y biopsia así como TC, siendo diagnosticado de Ca vesical T_{3b}. Se realizó cistectomía radical y conducto ileal tipo Bricker (anastomosis uretero-ileal tipo Wallace I) siendo informada la pieza por el patólogo como Ca urotelial con áreas sarcomatoideas y focos de metaplasia escamosa, grado nuclear 3/3 que infiltra tejido adiposo perivesical. El postoperatorio evoluciona favorablemente sin incidencias. Siete meses después el paciente acude a la consulta refiriendo expulsión de contenido intestinal por la uretra, se le practica uretrografía retrógrada donde se visualiza fistula colo-uretral (Fig. 1). Tras múltiples intentos de manejo conservador mediante nutrición parenteral y fluidoterapia que fracasan, y progresivo deterioro del paciente se decide intervenir y se realiza colostomía de descarga, por imposibilidad de abordaje de la zona fistulizada. En el postoperatorio inmediato el paciente desarrolló un Shock Séptico de origen abdominal, bronconeumonía bilateral y fallo multiorgánico, falleciendo posteriormente a los 8 días de la cirugía.

DISCUSIÓN

Con la exposición de estos casos hemos querido dar a conocer tres complicaciones excepcionales recogidas durante los últimos 20 años. De las complicaciones tardías recogidas en la literatura, se citan ampliamente casos de fistulas intestinales (anastomosis intestinal) o urinarias (anastomosis uretero-ileal). La única referencia que hemos hallado de fistula ileouretral, es un trabajo de Hertz y cols. (6) que reseñan dos comunicaciones ileo-uretrales tras cistectomía radical por cáncer vesical.

Este tipo de fistulas normalmente se relaciona con traumatismos, enfermedad inflamatoria intestinal (Enf. Chron), necrosis o invasión neoplásica por contigüidad (vejiga, próstata o colón) así como post-radioterapia.

Ninguno de nuestros pacientes presentaban factores de riesgo de este tipo. Los métodos habituales de diagnóstico son la uretrografía retrograda, en caso de comunicación uretral, el enema opaco y el tránsito digestivo.

El TC abdominal no aportó mas datos diagnósticos en ninguno de nuestros tres casos (sólo evidenciaba proceso inflamatorio localizado).

Ultimamente se ha puesto de manifiesto la importancia de la adecuada preparación preoperatoria, sobre todo desde el punto de vista nutricional, con mejor tolerancia al estrés quirúrgico, así como una relación muy clara entre el índice de complicaciones de tipo fistuloso y el riesgo anestésico del paciente (clasificación ASA) (5). A los 3 pacientes, se les aplicó NPT en el postoperatorio y a 2 de ellos se les realizó valoración nutricional previa a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. SKINNER, D.G.; CRAWFORD, E.D.; KAUFMAN, J.J.: "Complications of radical cystectomy for carcinoma of the bladder." *J. Urol.*, 123: 640, 1980.
- **2. SULLIVAN, J.W.; GRABSTALD, H.; WHITMORE, W.F.: "Complications of ureteroileal conduit with radical cystectomy: Review of 336 cases." *J. Urol.*, 124: 797, 1980.
- **3. FRAZIER, H.A.; ROBERTSON, J.E.; PAULSON, D.F.: "Complications of radical cystectomy and urinary diversion: A retrospective review of 675 cases in 2 decades." *J. Urol.*, 148: 1401, 1992.
- **4. JAHNSON, S.; PEDERSEN, J.: "Cystectomy and urinary diversion during twenty years-complications and metabolic implications." *Eur. Urol.*, 24: 343, 1993.
- **5. MALAVAUD, B.; VAESSEN, C.; MOUZIN, M. y cols.: "Complications for radical cystectomy." *Eur. Urol.*, 39: 79, 2001.
- **6. HERTZ, M.; GOLDWASSER, B.; RUBINSTEIN, Z.J. y cols.: "Ileourethral fistula following cystectomy: a rare complication." *Urol. Radiol.*, 6: 187, 1984.
- *7. HAUTMANN, R.E.: "Complications and results after cystectomy in male and female patients with locally invasive bladder cancer." *Eur. Urol.*, 33: 23, 1998.
- **8. FREIHA, F.S.: "Complications of cystectomy." *J. Urol.*, 123: 168, 1980.