



Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI

Reporte de caso Ureteroileostomia tipo Bricker por cistectomía radical secundaria a carcinoma infiltrativo de células transicionales de vejiga

Case report Bricker-type ureteroileostomy due to radical cystectomy secondary to infiltrative transitional cell carcinoma of the bladder

Fernando José Vivas Veliz

Universidad de San Carlos de Guatemala

<https://orcid.org/0000-0002-4902-8018>

ferjovive05@gmail.com

Gustavo Gonzales Reynoso

Universidad de San Carlos de Guatemala

gustavo_gonzalezreynoso@hotmail.com

Recibido: 01/03/2021

Publicado: 31/07/2021

Referencia del artículo

Vivas Veliz, F. J. y Gonzales Reynoso, G. (2021). Reporte de caso Ureteroileostomia tipo Bricker por cistectomía radical secundaria a carcinoma infiltrativo de células transicionales de vejiga. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 5(2). 23-36.

<https://doi.org/10.36314/cunori.v5i2.166>

Resumen

OBJETIVO: presentar el caso de un paciente masculino de 43 años que consulta por hematuria de tres meses de evolución. MÉTODO: se utilizó el Método exploratorio para estudiar el caso. RESULTADOS: el carcinoma de células transicionales es el subtipo histológico más común, de cáncer vesical, el diagnóstico se realiza por cistoscopia y la confirmación histológica. En los pacientes con cancer avanzado la cistectomía radical es el tratamiento de elección. La ureteroileostomía tipo bricker es un procedimiento de derivación a nivel ureteral el cual consiste en una intervención quirúrgica en la que los uréteres son abocados a una porción intestinal de íleon previamente aislada que posteriormente se exterioriza a la pared abdominal creándose la ileostomía, siendo un tratamiento para los pacientes que se realiza cistectomía radical. En este caso particular se diagnosticó tumor vesical por urotomografía presentada al ingreso. CONCLUSIÓN: se realizó cistoscopia para toma de biopsia y luego se realizó cistectomía radical más procedimiento de Briker, paciente estable con manejo de ureteroileostomía.

Palabras clave

tumor de células transicionales, ureteroileostomia tipo briker, cistoscopia

Abstract



OBJECTIVE: to present the case of a 43-year-old male patient who consulted for hematuria of three months of evolution. **METHOD:** The exploratory method was used to study the case. **RESULTS:** transitional cell carcinoma is the most common histological subtype, bladder cancer, the diagnosis is made by cystoscopy and histological confirmation. In patients with advanced cancer, radical cystectomy is the treatment of choice. The bricker-type ureteroileostomy is a bypass procedure at the ureteral level which consists of a surgical intervention in which the ureters are doomed to a previously isolated intestinal portion of the ileum that is later externalized to the abdominal wall, creating the ileostomy, being a treatment for patients undergoing radical cystectomy. In this particular case, a bladder tumor was diagnosed by urotomography presented on admission. **CONCLUSION:** a cystoscopy was performed to take a biopsy and then a radical cystectomy plus Briker procedure was performed, a stable patient with ureteroileostomy management.

Keywords

transitional cell tumor, briker-type ureteroileostomy, cystoscopy





Introducción

El carcinoma urotelial (células transicionales) es el subtipo histológico más común. Los otros subtipos histológicos los constituyen 3% los tumores de células escamosas, 2% adenocarcinomas y 1% los de células pequeñas. El carcinoma de células de transición del tracto superior surge de la pelvis renal, cálices y uréteres. Estos tumores son poco frecuentes y constituyen sólo el 5% de los tumores de tracto urinario superior. A nivel de la pelvis renal representan el 10% de todos los tumores renales y a nivel ureteral es incluso menos frecuentes. Puede ocurrir enfermedad bilateral en un 3% de los casos. Aunque histológicamente similar a los tumores de células transicionales en vejiga, el carcinoma de células de transición del tracto superior es más agresivo con una tendencia a la multifocalidad, la recurrencia local y la progresión a un estadio avanzado. Aumenta con la edad entre la sexta y séptima década de la vida. Dos veces mayor riesgo en hombres. El tabaquismo es el factor de riesgo adquirido más importante.

Factores de riesgo

La etiología del cáncer vesical parece ser multifactorial en donde influyen factores del medio ambiente y factores moleculares endógenos. El más importante es el tabaquismo aumenta tres veces el riesgo de cáncer de vejiga.

Presentación clínica

La hematuria se presenta en la mayoría de los pacientes con cáncer vesical. La hematuria puede ser macro o microscópica, continua o intermitente acompañada de síntomas como disuria, polaquiuria, urgencia y dolor o asintomática (silente), así mismo estos síntomas clínicos son presentados en casos avanzados de la enfermedad.

Diagnostico

Los estudios de imágenes de abordaje primario en estos pacientes son la ultrasonografía, la cual nos puede indicar infiltración vesical así mismo debería complementarse con una urotomografía para evaluar estructuralmente el tumor vesical, su densidad así como su infiltración a más de la vejiga

urinaria como uretra o ureter, así mismo la infiltración extravesical para su posterior clasificación de severidad.

La citología urinaria negativa no excluye la presencia de tumores de bajo grado. El diagnóstico de cáncer de vejiga finalmente depende del examen cistoscópico así como la toma de muestra del tumor para identificar su histología, para así llegar a un consenso de la decisión ya sea quirúrgica resolutive o paliativa a tomar con estos pacientes, el manejo con quimioterapia o radioterapia.

Tratamiento Farmacológico

La terapia intravesical adyuvante y inmuno depresora es con Mitomicina C como esquema primario siempre y cuando no haya invasión de túnica muscular.

En los tumores que infiltran la capa muscular la quimioterapia es usada como tratamiento primario neoadyuvante a la cistectomía y en la enfermedad recurrente o en metastasis.

Quirúrgico

El tratamiento inicial de estos tumores es por cistoscopia transuretral. La resección completa con capa muscular vesical es esencial para la estadificación.

El tratamiento quirúrgico ideal para los pacientes con infiltración en la capa muscular es la cistectomía radical. La radioterapia constituye una herramienta de manejo en pacientes con infiltración en capa muscular, asociada a la quimioterapia.



Procedimientos de derivación urinaria secundarios a cistectomía radical

Ureteroileostomía tipo Bricker

Es descrita por Bricker en el año 1948, con una baja tasa de infección ascendente. La elección del asa ileal está dada por la vascularización del íleon terminal que permite, aprovechando la arcada que une la rama íleo-cólica con la mesentérica terminal, eligiéndola idealmente a más de 15 cm de la válvula ileocecal y que se utilice no más de 25- 30 cm de íleon para realizar el reservorio ileal.

La esqueletización del mesenterio debe ser lo suficiente extensa para permitir una buena movilización del asa, no siendo necesario llegar al pie del mismo, y debe tenerse un especial cuidado en la ligadura de los vasos del mesenterio para evitar la necrosis de esta asa. Se prefiere y recomienda para la anastomosis uretero ileal usar puntos simples separados con sutura absorbible, en este último un corte longitudinal (espatulización) para ampliar la superficie de anastomosis, en especial cuando los ureteres son de calibre normal.

Ante un uréter dilatado es conveniente efectuar una sutura continua, que asegure la impermeabilidad de la misma. Luego se realiza una salida del estoma en un sitio en confluencia entre el ombligo, la cresta iliaca anterosuperior y el pubis, evitando estructuras óseas, y la línea media para el correcto manejo de este estoma, la sutura puede ser con puntos de anclaje de Brooke.

Materiales y métodos

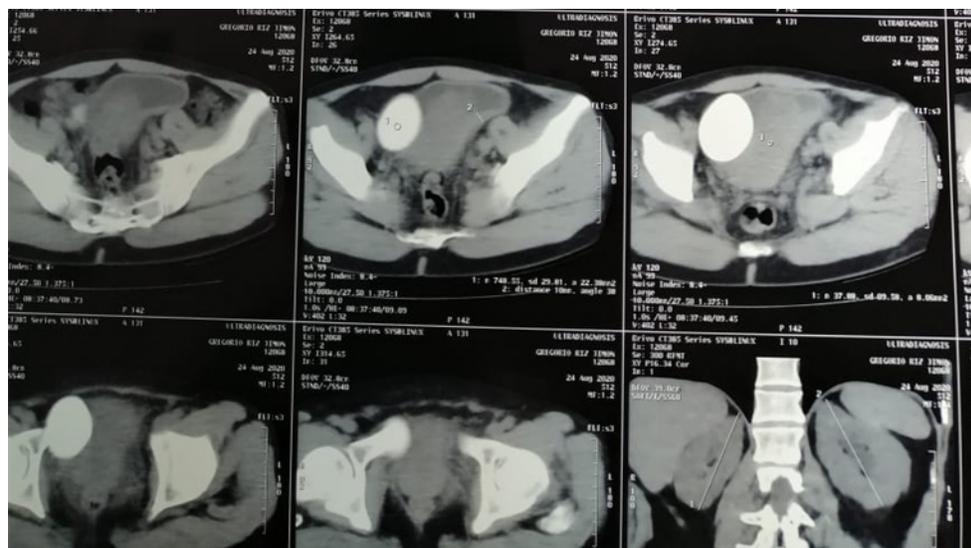
Se utilizó el método exploratorio para estudiar el caso. Las imágenes que se presentan tienen autorización escrita del paciente, el procedimiento se realizó respetando los derechos éticos de los pacientes, establecidas en la Declaración de Helsinki.

Resultados

Reporte del caso clínico; paciente Masculino de 43 años de edad, sin antecedentes medicos, sin antecedente quirúrgico y traumatológico. Consultó a la emergencia del hospital Roosevelt por hematuria de 3 meses de evolución referido del Hospital de Quiché, a la evaluación clínica, al ingreso leve dolor suprapubico y hematuria franca sin otros síntomas.

Paciente al consultar presenta estudio de Urotomografía del 24 de agosto del año 2020 el cual reporta: vegetación intravesical a considerar Tumor urotelial, Hidronefrosis moderada izquierda asociada a hidroureter secundario a tumor vesical y Litiasis vesical.

Figura No. 1 Corte urotomografico axial de vejiga urinaria

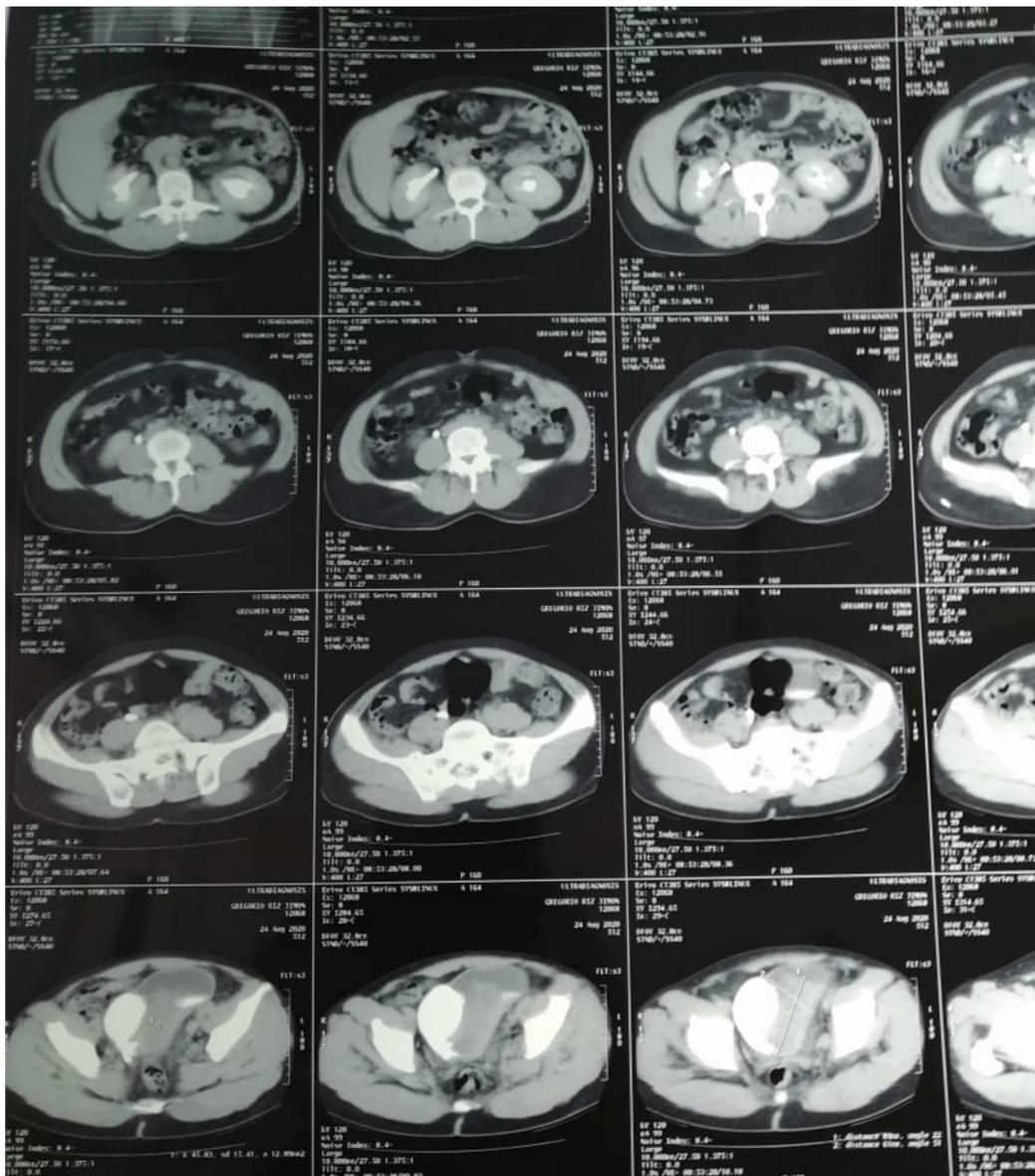


Fuente: Vivas. (2020).

Se observa en urotomografía vejiga urinaria con cambio de densidad en su interior asi como lito gigante hiperdenso.



Figura No. 2 Urotomografía corte axial



Fuente: Vivas. (2020).

Se observa en urotomografía infiltración vesical de tumor con cambio de densidad.



Tabla No. 1 Hematología

Hematología	Resultado
Leucocitos	10 // 5-10
Hemoglobina	12// 12-15
Hematocrito	37.7// 36-50
Plaquetas	238 // 150-500

Fuente: Vivas. (2020).

Se observa rangos normales.

Tabla No. 2 Química sanguínea

Química sanguínea	Resultado
Glucosa	86 // 60-110
Creatinina	0.76 // 0.40-1.40
Bun	14 // 6-20
Sodio	138 // 136-145
Potasio	4.4// 3.5-5.1

Fuente: Vivas. (2020).

Se observan rangos normales.

Tabla No. 3 Tiempos de coagulación

Tiempos de Coagulación	Resultado
TP	12.3 // 9.3-12.2
TPT	29// 20-37
INR	1.03// 0.8-1.20
Fibrinógeno	422// 230-580

Fuente: Vivas. (2020).

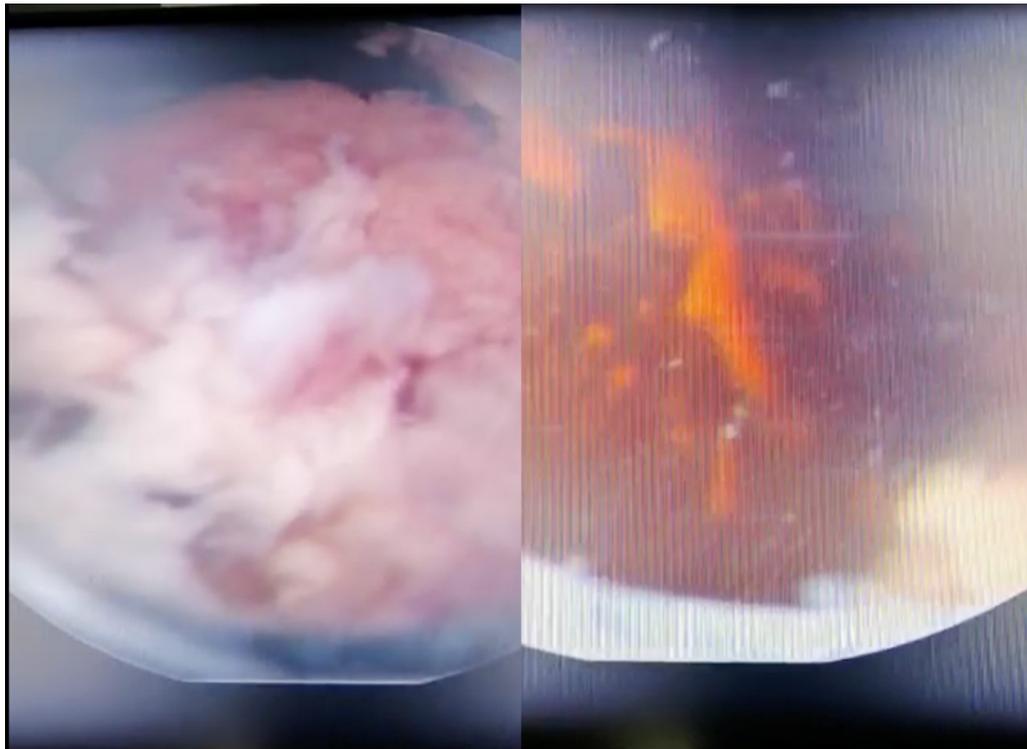
Se observa leve elevación nos significativa del Tp.



Procedimientos

El día 14 de septiembre en sala de operaciones se observa un lito gigante el cual se encuentra en el lado derecho de la vejiga, así como tumor vesical que invade cara anterior y pared izquierda de vejiga urinaria, se toma biopsia por medio de sistema bipolar y se llevan a patología, se deja sonda foley e irrigaciones por hematuria.

Figura No. 3 y No. 4 Tumor vesical en cistoscopia y lito vesical gigante



Fuente: Vivas. (2020).

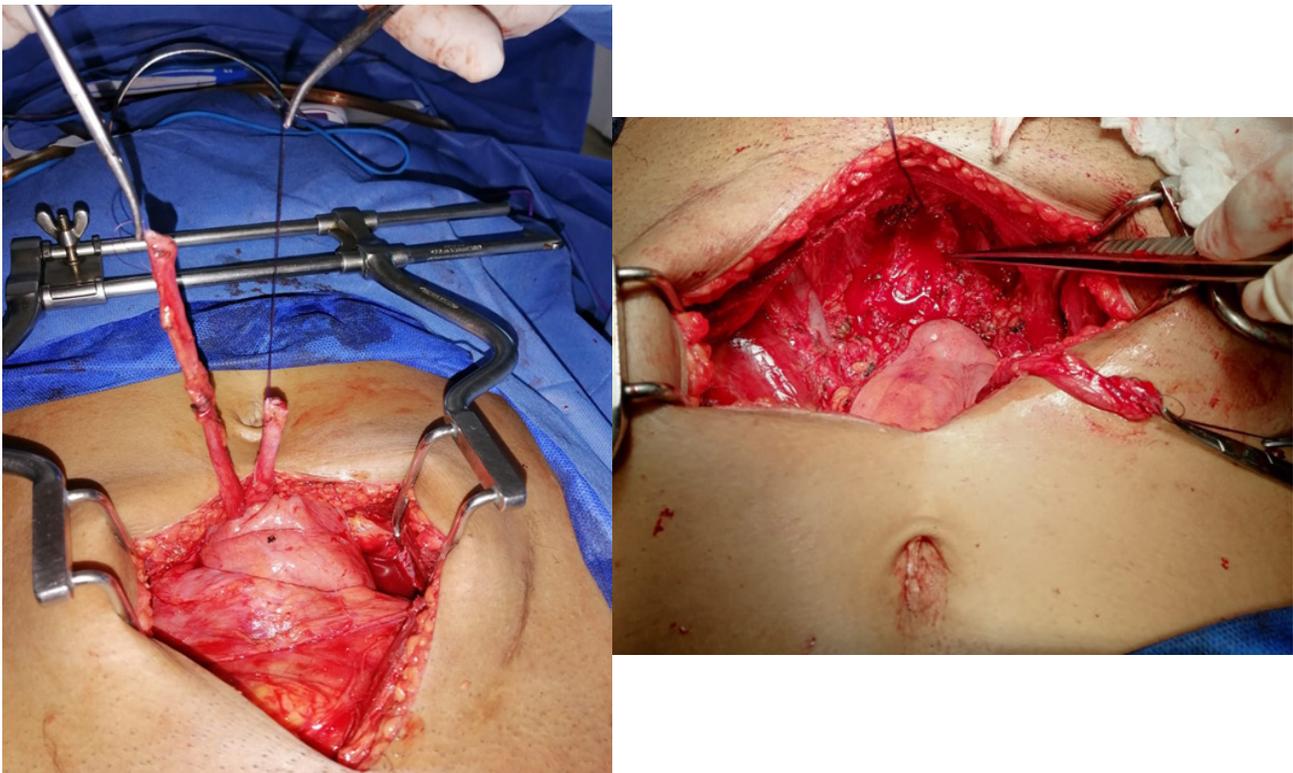
En cistoscopia diagnóstica se observa lito vesical gigante con tumor intra vesical con sospecha de infiltración de toda la vejiga urinaria.

Se obtiene resultado de patología el día 24 de septiembre la cual reporta, lesión de vejiga urinaria por carcinoma de células transicionales de alto grado infiltrante.

Procedimiento

Previo plan educacional y consentimiento de paciente, se decide llevar a sala de operaciones el día 29 de septiembre del 2020. Para cistectomía radical y ureterotomilostomía tipo Bricker.

Figura No. 5 y No. 6 Disección de ureteres de vejiga urinaria y resección radical de vejiga

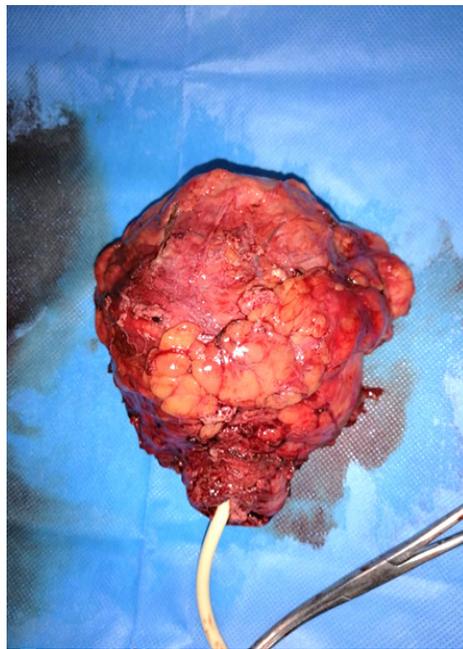
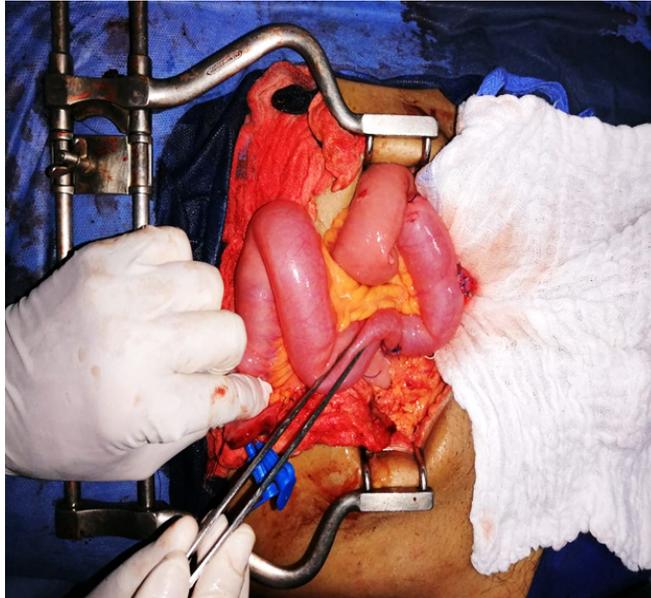


Fuente: Vivas. (2020). Fotografías tomadas con consentimiento del paciente.

Se observa en las imágenes de izquierda a derecha resección de uréteres derecho e izquierdo de retroperitoneo, en la imagen 4 de la derecha se observa fondo pélvico ya sin vejiga urinaria por resección radical.



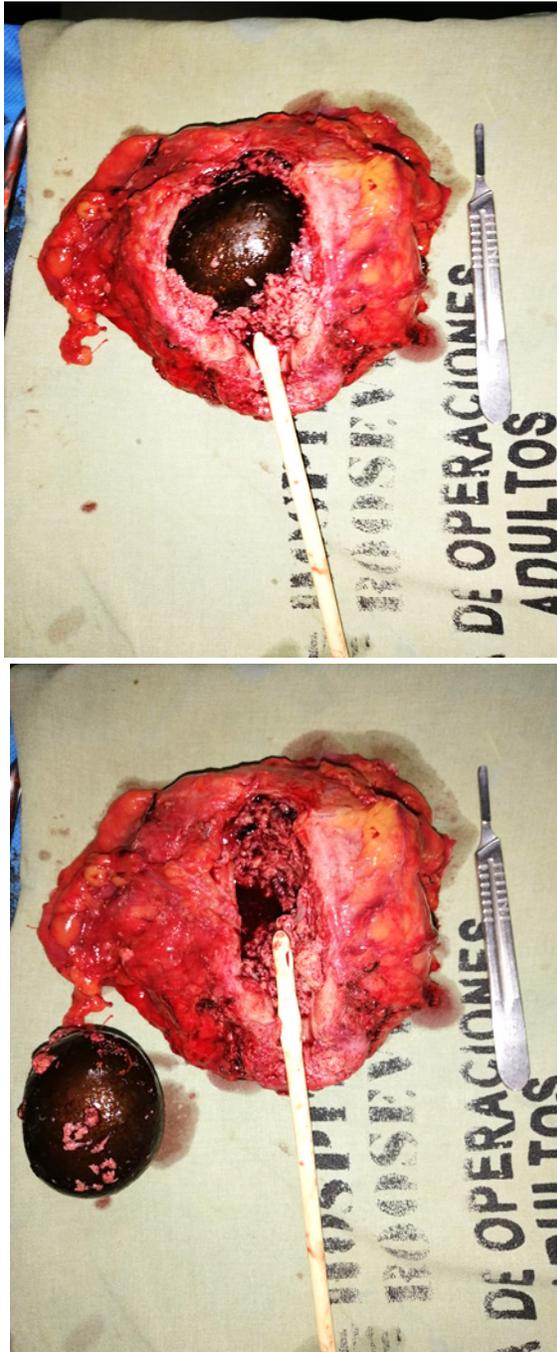
Figura No. 7 y No. 8 Anastomosis uretero ileal y vejiga urinaria con tumor vesical



Fuente: Vivas. (2020). Fotografías tomadas con consentimiento del paciente.

Se observa en las imágenes de izquierda a derecha resección de uréteres derecho e izquierdo de retroperitoneo, en la imagen de la derecha se observa fondo pélvico ya sin vejiga urinaria por resección radical. Se observa en la primera imagen de la izquierda anastomosis de uréteres con segmento de íleon

Figura No. 9 y No. 10 Vejiga urinaria exponiendo infiltración del tumor con lito gigante en su interior



Fuente: Vivas. (2020). Fotografías tomadas con consentimiento del paciente.

Se observa en imágenes de izquierda a derecha vejiga urinaria ya reseca- da con lito en su interior y exterior respectivamente.



Seguimiento

Paciente después del procedimiento continua en servicio para manejo post operatorio y vigilancia, el paciente inicia dieta de tres días postoperatorio, por anastomosis intestinal, sin complicaciones se da plan educacional y manejo de ureteroiliostomía, paciente cumple terapia antibiótica postoperatoria por procedimiento, se obtiene informe de patología de pieza quirúrgica el cual reporta:

Informe patológico S20- 4419 (2/10/20)

1. Vejiga urinaria, carcinoma urotelial infiltrante de alto grado con diferenciación escamosa, categorizado pT2b de la AJCC (Tumor infiltrante profundamente la capa muscular propia en su mitad externa
2. Bordes quirúrgicos de uréteres, uretra prostática, lóbulos prostáticos, vesículas seminales, conductos deferentes libres de neoplasia
3. Cadenas ganglionares derecha e izquierda y peris vesicales, libres de neoplasia.

Paciente se egresa el 20 de octubre 2020, al tener buen plan educacional y sin tratamiento médico ambulatorio.

Discusión

El manejo de los tumores infiltrantes en vejiga urinaria requiere un manejo especializado y con alta habilidad y conocimiento quirúrgico para desde su ingreso abordarlo tempranamente para la toma de biopsias y posteriormente el tratamiento radical, y el derivar el drenaje urinario mediante cirugías complejas y teniendo en cuenta la opinión del paciente con respecto a su capacidad para manejar dicha derivación. Por lo que es muy importante el manejo adecuado de estos pacientes.

El tumor de células transicionales es el más frecuente a nivel de vejiga urinaria, y su presentación clínica más frecuente es la hematuria. La cistoscopia y la urotomografía son las herramientas diagnósticas más importantes en el manejo de estos tumores. La cistectomía radical es el tratamiento quirúrgico de elección en tumores infiltrantes de vejiga de alto grado. La

ureteroileostomía tipo Bricker es el procedimiento de elección en la mayoría de pacientes con cistectomía radical.

Bibliografía

Petrone, E., Garcés, J., De Marco, J., Rochman, E. y Ponti, O. (2006). Vejiga Ileal operación de Bricker. https://www.urologosdechile.cl/urolchi/wp-content/uploads/2018/05/09_Bricker.pdf

Rai, B., Cohen, N., Shelley, M., N'Dow, J., McClinton, S. y Nabi, J. (2008) Surgical management for upper tract transitional cell carcinoma. Cochrane Database of Systematic Review 2008 (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007349>

CENETEC. (2010) Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Vejiga. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-325-10/ER.pdf>

Sobre los autores

Investigadores del área de Cirugía Hospital Roosevelt de Guatemala.

Copyright (c) Fernando José Vivas Veliz y Gustavo Gonzales Reynoso



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de **atribución**: usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.