

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Manejo de gestante con cistoplastia de ampliación con sigma

Miriam de la Puente Yagüe*, Gonzalo Jiménez Alba, Miguel Ángel Herráiz Martínez, Jorge Peñaloza Bustamante y José Antonio Vidart Aragón

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico San Carlos, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 19 de noviembre de 2007; aceptado el 4 de mayo de 2010

Accesible en línea el 31 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Cistoplastia de aumento;
Mielomeningocele;
Embarazo

KEYWORDS

Augmentation
cystoplasty;
Myelomeningocele;
Pregnancy

Resumen Las cistoplastias de ampliación con segmento intestinal se emplean en el tratamiento de ciertas patologías urológicas, en pacientes con vejiga de baja capacidad y mala acomodación en los cuáles el tratamiento conservador ha fallado (mielomeningocele, lipomeningocele, lipoma intradural, quiste dermoide, agenesia sacra, lesiones traumáticas de médula espinal).

El caso clínico corresponde a una gestante de 20 años con antecedentes de mielomeningocele y vejiga neurógena, tratados mediante derivación ventrículo-peritoneal y cistoplastia.

La ecografía informó de feto en cefálica, con biometría fetal dentro de la normalidad y oligoamnios grave. La resonancia magnética informa de vejiga ampliada con asa de intestino grueso.

Ante el oligoamnios severo y la monitorización fetal no estresante poco reactiva, se indica inducción del parto, que fracasa, realizándose cesárea con histerotomía corporal fúndica de cara anterior.

© 2007 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Management of a pregnant woman with sigmoid augmentation cystoplasty

Abstract Augmentation cystoplasties with intestinal section are used to treat some urological diseases in patients with low bladder capacity and deficient adaptation (myelomeningocele, lipomeningocele, intradural lipoma, dermoid cyst, sacrum agenesis, traumatic lesions of the spinal cord) in whom conservative measures have failed.

We report the case of a 20-year-old pregnant woman with a history of myelomeningocele and neurogenic bladder, treated by ventriculoperitoneal shunt and cystoplasty.

Ultrasonography showed a fetus in cephalic presentation, with normal biometric findings and severe oligoamnios. Magnetic resonance imaging revealed an augmented bladder with large bowel loop.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdelapuenteyague@yahoo.es (M. de la Puente Yagüe).



Figura 2 Resonancia magnética prenatal.



Figura 3 Resonancia magnética prenatal.

La cesárea se lleva a cabo mediante incisión supraumbilical con leve ampliación paraumbilical derecha (fig. 4), encontrándose como hallazgos: tubo de drenaje de líquido cefalorraquídeo en la gotiera derecha, sonda umbilical-vesical intraparietal y útero grávido con cara anterior libre y lisa con plica de neovejiga por encima de localización habitual (fig. 5). La histerotomía que se lleva a cabo es corporal fúndica de cara anterior (figs. 6 y 7). Se obtuvo un recién nacido mujer de 2.710 g de peso, con Apgar 8/8 y pH 7,32/7,37, que tras valoración pediátrica pasó a nido. Se realizó la salpingoligadura bilateral a petición de la paciente y el resto cursó sin incidencias.

Discusión

La cistoplastia de aumento se emplea en el tratamiento de ciertas patologías urológicas, como la vejiga neurógena. En este caso clínico, la paciente presenta un cuadro de vejiga



Figura 4 Incisión para-supraumbilical derecha. Sondaje permanente por estoma cutáneo a nivel umbilical.

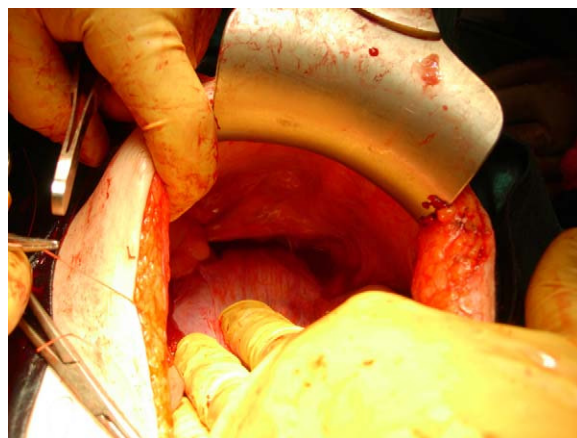


Figura 5 Cara anterior de útero, visualizando plica vesical.

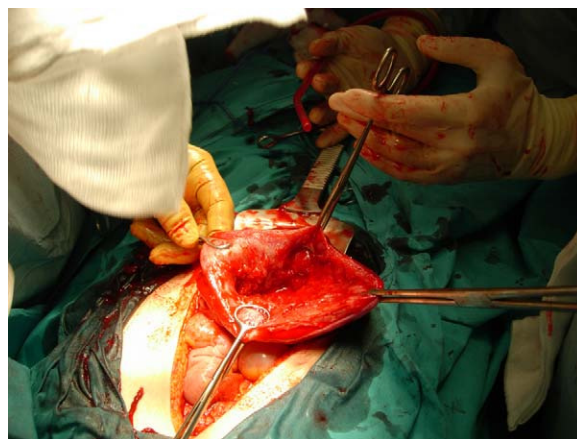


Figura 6 Histerotomía corporal fúndica de cara anterior.

neurógena como consecuencia de un cuadro de mielomeningocele asociado a espina bífida. Se estudia urológicamente a la paciente y se diagnostica de vejiga neurógena de altas presiones con grave compromiso del mecanismo esfinteriano.

En un primer lugar, para intentar preservar la función renal se realiza una derivación cutánea bilateral de los uréteres. Cuando el desarrollo ponderal de la paciente se

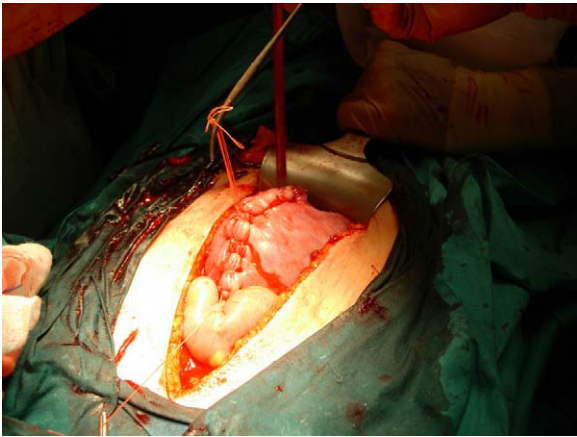


Figura 7 Histerorrafia corporal fúndica.

ha completado -18 años- y la función renal es normal, se decide la desderivación urinaria. Para ello se elabora un reservorio vesical de bajas presiones mediante plastia de ampliación vesical con sigma y reimplante ureteral con técnica antirreflujo en el parche intestinal^{1,2}. Dado el alto compromiso funcional del mecanismo esfinteriano se desistió de usar la evacuación a través de uretra y se diseñó una derivación vesico-cutánea usando para ello el apéndice cecal.

Teniendo en cuenta las consideraciones previas, se puede plantear si con las modificaciones anatómicas secundarias a la cirugía se requiere algún manejo obstétrico extraordinario de dicha paciente.

Por un lado, puesto que el reservorio vesical está constituido por una asa intestinal de sigma, a la hora de valorar la bacteriuria asintomática, el análisis de orina va a resultar insuficiente, ya que los gérmenes saprofitos del intestino siempre van a estar presentes en la orina. Por lo tanto, el único factor que puede indicar la sospecha de una infección del tracto urinario de la paciente va a ser la presencia de fiebre.

Durante la gestación resulta de gran valor el control de la función renal, por las determinaciones analíticas que se realizan en las consultas obstétricas. Por otro lado, la determinación de la acidosis es de gran importancia, puesto que la mucosa intestinal reabsorbe orina, obligando al organismo a emplear como medio también otros elementos, como el calcio en los niños.

El incremento de tamaño del útero grávido podría comprometer, en un principio, la vascularización de la porción

tanto apendicular como intestinal de la neovejiga. La irrigación de dichas secciones depende fundamentalmente del mesenterio, por lo que gracias a la elasticidad del mismo, durante la gestación se distiende y se sitúa con cierta lateralización, limitando así el riesgo de necrosis que cabría imaginar.

En cuanto a la vía de finalización de la gestación se puede plantear un dilema: ¿parto vía vaginal o cesárea electiva. No existe ninguna contraindicación a priori del parto vaginal³, puesto que la dinámica uterina a la que se ve sometida la paciente sólo afectaría a la musculatura uterina. Por ello se indicó la inducción al parto con gel de dinoprostona, misoprostol y conducción oxitócica. Ante el fracaso de dicha inducción se indica cesárea.

A la hora de realizar la vía de abordaje se decidió la incisión supraumbilical y con leve ampliación paraumbilical derecha, para salvar las posibles adherencias pélvicas secundarias a cirugías previas. Se indicó histerotomía corporal fúndica de cara anterior, con el mismo fin, salvaguardando la plica vesical neoformada. En algún caso se han descrito cesáreas con histerotomía segmentaria baja en pacientes con cistoplastias⁴.

Como conclusión, la presencia de alteraciones anatómicas en el área abdominopélvica, debido a cirugías previas, requiere un estudio exhaustivo para conocer las posibles dificultades que ello implique en el curso y finalización de una gestación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Denes E.D. Ileocistoplastia. Programa de actualización continuo y a distancia en Urología 2003-2004.
2. Rodríguez Alonso A, González Blanco A, Suárez Pascual G, Bonelli Martín C, Lorenzo Franco J, Cuerpo Pérez MA. Sustitución parcial del uréter por un segmento de ileon tratado según el procedimiento de Monti. *Actas Urol Esp.* 2005;29:607-10.
3. Quenneville V, Beurton D, Thomas L, Fontaine E. Pregnancy and vaginal delivery after augmentation cystoplasty. *BJU International.* 2003;91:893-4.
4. Shaikh A, Ahsan S, Zaidi Z. Pregnancy alter augmentation cystoplasty. *J Pak Med Assoc.* 2006;56:465-7.