

INFORMES PUBMED PERIODO **AÑOS 1985- 1989**

1. ASUNTO: GENERALIDADES **SITUACION DEL ARTE DE LA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA** **PARA EXTROFIA VESICAL EN EL HOSPITAL JOHNS HOPKINS**

Autores: Gearhart JP y Jeffs RD, de la División de Urología Pediátrica, Instituto Urológico James Buchanan Brady, Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Maryland, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Am. J Dis Chile, diciembre de 1989.

La extrofia vesical es una anomalía congénita que ha sido difícil de corregir. Los avances en cirugía reconstructiva, algunos de los cuales se han originado en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, han impactado en el cuidado de estos pacientes. Repasamos el progreso realizado en el cuidado de los pacientes y los resultados de la situación del arte de su tratamiento.

2. ASUNTO: OSTETOMIA

OSTEOTOMIA PELVICA ANTERIOR. UNA NUEVA TECNICA OPERATORIA QUE FACILITA EL CIERRE PRIMARIO DE EXTROFIA VESICAL

Autores: Frey P y Cohen SJ, del departamento de Urología Pediátrica, Hospital Infantil Booth Hall de Manchester, Reino Unido.

Fuentes: Pubmed, Br J Urol, diciembre de 1989.

La osteotomía iliaca posterior es un método reconocido empleado para facilitar y apoyar el cierre de la pared abdominal en pacientes con extrofia vesical, pero suma considerablemente al ya procedimiento largo de cirugía de extrofia vesical. La osteotomía pélvica anterior del ramus superior de los huesos púbicos se desarrolló para solventar este problema y lograr un anillo pélvico anterior estable con tejido liso libre de tensión. Puede realizarse fácilmente después de completar el cierre vesical, sin la necesidad de girar al paciente.

3. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y RESULTADOS DE CONTINENCIA Y CAPACIDAD Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

AUMENTO CISTOPLASTICO EN PACIENTES CON EXTROFIA – EPISPADIAS

Autores: Kramer SA, de la Sección de Urología Pediátrica de la Clínica Mayo de Rochester, Minesota, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Pediatric Surg, diciembre de 1989.

En una serie de más de 200 pacientes con extrofia vesical de la Clínica Mayo, un subgrupo de 11 con capacidades vesicales pequeñas, decrecidas compliances del detrusor e incontinencia urinaria sufrieron el aumento cistoplástico. Las capacidades vesicales preaumentado estaban entre 25 y 250 ml (promedio 73 ml). Las capacidades vesicales después de la enterocistoplastia mejoraron significativamente con un rango entre 180 y 500 ml (promedio de 355 ml). 10 de los 11 pacientes tienen continencia urinaria total superior a las 3 horas. 1 niño permanece seco entre 1 hora y media y 2 horas. 9 pacientes están en completa retención urinaria y se tratan mediante la cateterización limpia intermitente. 2 pacientes vacían espontáneamente mediante la relajación del músculo pélvico y esfuerzo abdominal solamente. Todos los pacientes mantienen un funcionamiento renal normal o estable postoperatoriamente. La urografía excretora indicaba caliectasis decrecida en 2 pacientes con hidronefrosis preoperatoria y tractos urinarios superiores estables en 9 pacientes. La enterocistoplastia puede producir la continencia urinaria total, preserva el funcionamiento renal y evita las secuelas a largo plazo de la derivación urinaria en niños seleccionados nacidos con extrofia vesical.

4. ASUNTO: RIÑONES Y DERIVACION URINARIA
**CONDUCTOS COLONICOS NO REFLUYENTES: ANALISIS
DE VIDA A LARGO PLAZO**

Autores: Husmann DA; McLorie GA y Churchill BM, Centro Médico de la Universidad del Suroeste de Texas, Dalas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, noviembre 1989.

Evaluamos 25 pacientes que sufrieron derivación urinaria con un conducto colónico no refluyente. La cicatriz renal se desarrolló en el 10% de los riñones durante un seguimiento medio de 12.7 años. En 11 unidades renales (22%) ocurrió deterioro de la anastomosis ureteroentérica debido al desarrollo de reflujo o constricción. De estos riñones el 45% tenía cicatriz; ninguna de las unidades renales en las que la anastomosis permaneció intacta tuvo cicatrices renales (p menor de 0.001). De nuestros pacientes el 96% tenía colonización bacteriana del conducto colónico pero no estaba asociado con cicatriz renal si la derivación urinaria estaba anatómicamente intacta.

5. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y PROLAPSO RECTAL ANORECTOPLASTIA SAGITAL POSTERIOR PARA RECURRENTE PROLAPSO RECTAL PEDIÁTRICO

Autores: Pearl RH; Ein H y Churchill B, de la División de Cirugía General, Hospital para niños enfermos, Toronto, Ontario, Canadá.

Fuentes: Pubmed, J Pediatric Surg, octubre de 1989.

El reciente uso de la anorectoplastia sagital posterior para la reparación del ano imperforado alto ha demostrado bastantes ventajas: eliminación de la laparotomía, planteamiento más directo, división más fácil de la fístula rectouretral, identificación más exacta de los músculos de continencia fecal, recolocación adecuada del recto del ano dentro de estos músculos y esfínteres, y eliminación virtual del prolapso anal postoperatorio. Es esta última ventaja la que nos ha atraído a usar este procedimiento para la reparación de un prolapso rectal recurrente en una niña de 1 año de edad que también tenía una extrofia vesical recurrente. La probabilidad última contribuía a su empuje hacia fuera del recto, que admitía fácilmente 2 dedos. Se hicieron 2 intentos para reparar el prolapso rectal usando la técnica perianal subcutánea de Thiersch; sin embargo, en cada una solo se tuvo éxito durante 6 semanas. Cuando su recurrente extrofia vesical se reparó, también reparamos su recurrente prolapso rectal usando la anorectoplastia sagital posterior. La incisión sacrococigeal en la zona media se llevó a cabo hacia abajo pero no a través del esfínter externo y el recto patulous fue plegado al revés a su tamaño normal. La reaproximación del cabestrillo levator y el complejo músculo inferior luego se incorporó el recto plegado. Ambas reparaciones permanecen intactas después de 1 año.

6. ASUNTO: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RECONSTRUCCION Y RESULTADOS DE CONTINENCIA **SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE 207 PACIENTES CON EXTROFIA VESICAL: UNA EVOLUCION EN EL TRATAMIENTO**

Autores: Connor JP; Hensle TW; Lattimer JK y Burbige KA, del departamento de Urología, Hospital de Bebés, Centro Médico Presbiteriano Columbia, Nueva York, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, setiembre de 1989.

Entre 1945 y 1985 un total de 207 pacientes (proporción varón hembra de 2:1) se trató en nuestra institución para extrofia vesical. El cierre vesical anatómico primario se realizó en 137 pacientes, de los cuales 42 (31%) finalmente requirió derivación urinaria. La derivación urinaria primaria fue el tratamiento inicial en 70 pacientes, incluyendo ureterosigmoidostomía en 40, conducto ileal en 17, conducto colónico en 11 y ureterostomía cutánea en 2. La derivación urinaria secundaria fue necesaria en 35 pacientes e incluyó derivación continente en 7. El cierre vesical anatómico primario, realizado dentro de las 72 horas de vida y seguido de la reconstrucción por estadios del cuello vesical, fue el régimen quirúrgico más exitoso para el tratamiento de la extrofia vesical. La continencia urinaria aceptable se logró en el 82% de nuestros pacientes con este planteamiento. Sin embargo, a menudo se requieren múltiples procedimientos para lograr la continencia.

7. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
**REPARACION PLASTICA DE LA VEJIGA AISLADA EN
EXTROFIA EN NIÑOS**

*Autores: Derzhavin VM; Kazachkov SA; Bannikov VM y Berulava ZO.
Fuentes: Pubmed, Urol Nefrol (Mosk), setiembre –octubre de 1989.*

El segmento de colon sigmoideo se usó para pasar la orina a través del intestino en 14 niños con extrofia vesical. El tratamiento operatorio del intestino grueso ayudó a reducir el número de etapas operatorias desde 2 a 1. 12 pacientes fueron seguidos de 1 a 3 años. Se observó ureterohidronefrosis derecho del tracto urinario superior en 1 paciente. La investigación urodinámica del segmento de colon sigmoideo aislado evidenció su adecuada contractibilidad y actividad peristáltica que previene el contacto de heces con la anastomosis entero ureteral. Para mejorar la capacidad de cierre del esfínter rectal en los pacientes mencionados puede recomendarse la electroestimulación anal con la actual diadinámica.

8. ASUNTO: PENE Y EXTROFIA CLOACAL Y FALOPLASTIA Y ASPECTOS PSICOSEXUALES
RECONSTRUCCION FALICA EN EXTROFIA CLOACAL

Autores: Husmann DA; McLorie GA y Churchill BM, del Centro Médico de la Universidad del Suroeste de Texas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1989.

Durante los últimos 25 años 8 sujetos varones genotípicos con extrofia cloacal han sufrido la reconstrucción fálica. Todos los 8 pacientes tenían inadecuado falo después de la reconstrucción completa con longitudes peneales igual o por debajo de 2 desviaciones estándares por debajo del promedio. De los pacientes, 4 han alcanzado la pubertad y 2 han documentado impotencia fisiológica mediante la prueba de tumescencia peneal nocturna. 3 pacientes han requerido consejo psiquiátrico intensivo, oscilando de 18 meses a 3 años, debido a sentimientos de inadecuación sexual. De los 2 pacientes que han intentado relaciones sexuales 1 es incapaz de penetrar la vagina debido al tamaño del falo y 1 está actualmente ocupado en la relación sexual vaginal exitosa. Como consecuencia de la inadecuación fálica y su trauma psicológico asociado en esos individuos recomendamos fuertemente la conversión sexual como parte del plan de tratamiento inicial.

9. ASUNTO: DIASTASIS PUBICA Y OSTEOTOMIA Y
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**DIVISION DEL PUBIS PARA LA EXPOSICION EN
RECONSTRUCCIONES PARA LA INCONTINENCIA
DIFICILES**

Autores: Peters CA y Hendren WH, del departamento de Cirugía, Hospital Infantil de Boston, Masachuses, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1989.

En los pasados 13 años la división de la sínfisis púbica se ha usado en 46 pacientes de 1 a 32 años para un acceso ancho al cuello vesical y a la uretra completa de la hembra, o el cuello vesical y la parte de debajo de la uretra en el bulbo en pacientes varones. Cada paciente tenía un problema complejo para reconstruir y la mayoría había sufrido una previa operación. Las condiciones patológicas subyacentes incluían extrofia en 16 pacientes, epispadias en 11, extrofia cloacal en 6, válvulas uretrales posteriores en 3, trauma severo en 2, uréteres ectópicos singulares bilaterales en 2, cirugía radical para sarcoma en 2, mielodisplasia en 2, anomalía cloacal en 1 y daño iatrogénico de la uretra en 1. El pubis, o ligamento interpúbico en los casos de extrofia, se dividió en la zona media. El rami púbico se expandió con una laminectomía más extensa para crear una brecha suficiente para operar sobre el segmento de uretra, la cual no generalmente es accesible con un pubis intacto. Ningún paciente tuvo un problema de desunión u osteitis iliaca para una sínfisis púbica ancha. En ningún paciente se resecionó un segmento de pubis, como se ha usado en la reparación transpúbica de ciertas constricciones uretrales traumáticas.

10.ASUNTO: CAPACIDAD Y EPISPADIAS Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
EXTROFIA VESICAL: INCREMENTO EN CAPACIDAD SEGUIDO DE REPARACION DEL EPISPADIAS

Autores: Gearhart JP y Jeffs RD, de la División de Urología Pediátrica, Instituto Urológico James Buchanan Brady, Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, Maryland, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1989.

El logro de continencia satisfactoria en el tratamiento de la extrofia vesical clásica permanece como un desafío quirúrgico. Esto podría ser particularmente difícil en el paciente con una capacidad vesical pequeña después del cierre inicial. La experiencia de 12 años en nuestra institución con la extrofia vesical se repasa y se enfoca la atención sobre el planteamiento para aquellos pacientes con una capacidad vesical pequeña. Un total de 155 niños con extrofia vesical se trataron. De estos 155 pacientes, 28 niños tenían una capacidad vesical inadecuada para la reconstrucción del cuello vesical satisfactoria (menor de 60 cc). Todos los pacientes han sufrido la reconstrucción por estadios con una uretroplastia para el epispadias y están disponibles para la evaluación. Después de un intervalo medio de 22 meses la capacidad vesical se incrementó una media de 54.5 cc. Ningún niño tuvo hidronefrosis después de la reparación del epispadias o de la reconstrucción del cuello vesical. De los 28 pacientes, 25 han sufrido la reconstrucción del cuello vesical con un seguimiento medio de 4.5 años y el 88% (22 de 25) demuestran continencia con un intervalo de sequedad superior a 3 horas. Otros 2 pacientes se han convertido en continentes después del aumento vesical. Estos resultados demuestran que la continencia satisfactoria es una meta que puede conseguirse en el paciente con extrofia con una capacidad vesical pequeña cuando la reconstrucción del cuello vesical es precedida de la reparación del epispadias.

11.ASUNTO: CIERRE FALLIDO Y PROLAPSO Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

CIERRE DE LA VEJIGA EXTROFICA: UNA EVALUACION DE LOS FACTORES QUE CONDUCEN AL ÉXITO Y SU IMPORTANCIA SOBRE LA CONTINENCIA URINARIA

Autores: Husmann DA; McLorie GA y Churchill BM, del Centro Médico de la Universidad del Suroeste de Texas, Dalas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1989.

Se repasaron 80 pacientes que habían completado la reconstrucción vesical por estadios para determinar que factores podrían afectar al éxito del cierre vesical inicial en extrofia vesical clásica. Las evaluaciones comparando el cierre vesical temprano con o sin osteotomía iliaca bilateral versus cierre retrasado realizado con osteotomía iliaca no revelaron ninguna diferencia estadística entre las 3 poblaciones con respecto al desarrollo de dehiscencia vesical o comienzo de la continencia urinaria (p superior a 0.5). Los individuos que sufrieron de cierre vesical retrasado sin osteotomía iliaca no tuvieron diferencia notable en la incidencia de dehiscencia vesical (p superior a 0.5) pero tenían diferencia significativa estadísticamente en la capacidad de conseguir la continencia urinaria (p menor de 0.01). El prolapso vesical, la distensión abdominal o la pérdida de catéteres de drenaje urinario estaban relacionadas significativamente con la dehiscencia vesical (p menor de 0.02). La continencia urinaria se obtuvo en el 75% de los pacientes con exitoso cierre vesical, comparado con el 30% si en el cierre inicial se produjo la dehiscencia (p menor de 0.01).

12.ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y ESFINTER ARTIFICIAL Y
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**COMPATIBILIDAD DE LA ENTEROCISTOPLASTIA Y EL
ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL**

Autores: Gonzalez R; Nguyen DH; Koleilat N y Sidi AA, del departamento de Cirugía Urológica, Hospital y Clínica de la Universidad de Minnesota, Miniápolis, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1989.

La colocación de un esfínter urinario artificial durante el aumento cistoplástico podría conducir a infección, erosión y eliminación final del dispositivo. Para evaluar la compatibilidad de la implantación del esfínter urinario y la enterocistoplastia se repasaron los historiales de 30 pacientes que habían sufrido la enterocistoplastia y la colocación del esfínter urinario artificial simultáneamente (11), enterocistoplastia antes de la colocación del esfínter urinario artificial (12) y colocación del esfínter urinario artificial antes de la enterocistoplastia (7). Los 19 pacientes varones y 11 pacientes hembras tenían entre 4 y 42 años de edad (edad promedio de 13,5 años). El seguimiento en 28 pacientes oscilaba entre los 6 meses y los 8 años (promedio de 17 meses). La incontinencia resultaba de mielodisplasia en 16 pacientes, agenesia sacral en 3, daño de médula espinal en 6, válvulas uretrales posteriores en 1, uréteres ectópicos bilaterales en 1 y extrofia – epispadias en 3. La erosión ocurrió en 2 pacientes (7%), 1 paciente femenina que sufrió simultánea implantación del esfínter y enterocistoplastia y que había sufrido previamente numerosos procedimientos reconstructivos de cuello vesical, incluido la inyección de politetrafluoretileno (teflón) y 1 paciente femenina en la que la vejiga aumentada entró en la implantación del esfínter urinario artificial. Ocurrió el fallo mecánico 4 veces en 3 pacientes y el esfínter urinario artificial se situó impropriadamente en 1. La proporción de continencia total fue del 87% (26 de 30 pacientes). La colocación simultánea del esfínter urinario artificial y la enterocistoplastia no parecían afectar al resultado de la implantación si una buena preparación intestinal, antibióticos intravenosos y esterilidad de la orina se acompañaba preoperatoriamente. La entrada de la vejiga aumentada durante la implantación del esfínter podría predisponer a la infección y erosión.

13.ASUNTO: OTRAS AFECCIONES Y GENETICA Y
DIAGNOSTICO PRENATAL
**AGENESIS RENAL FAMILIAR: ADISPLASIA RENAL COMO
UNA CAUSA DE ANORMALIDADES UROGENITALES EN 3
GENERACIONES**

Autores: Schwyzer U; Litschgi M y Schinzel A, del Instituto de Genética Médica, Universidad de Zurich, Suiza.

Fuentes: Pubmed, Geburtshilfe Frauenheilkd, agosto de 1989.

Las investigaciones ultrasonográficas en una familia con 2 miembros (tío y sobrina) con agenesis renal bilateral revelaban diversas malformaciones urogenitales (riñón pélvico, agenesis renal unilateral, duplicación de riñones y extrofia cloacal). El pedigrí y tipos de malformaciones descubiertas, se enfocaron en displasia renal, una condición causada por un gen dominante autosomal con penetrancia incompleta y un rango amplio de expresión. Los portadores del gen podrían revelar variables malformaciones urogenitales, incluyendo la agenesis renal uni o bilateral de displasia, riñones de herradura, riñón pélvico y otras. El diagnóstico prenatal ultrasonográfico es esencial en embarazos de portadores potenciales o establecidos del gen. En la presente familia, 2 embarazos subsiguientes se sujetaron a diagnóstico ultrasonográfico; en 1, la agenesis renal fetal se detectó y confirmó en el subsiguiente feto abortado. La ultrasonografía fetal con especial atención prestada a anomalías urogenitales se indica en cualquier embarazo de un portador establecido o potencial del gen para la displasia renal.

14. ASUNTO: RECONSTRUCCION
**EXPANSION DE LA PARED ABDOMINAL EN DEFECTOS
CONGENITOS**

Autores: Byrd HS y Hobar PC, del departamento de Cirugía, Centro Médico de la Universidad del Sur de Texas, Dalas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Plast Reconstr Surg, agosto de 1989.

Se describe un método para expandir la piel, fascia, músculos y capas peritoneales de la pared abdominal y se demuestra la aplicación clínica en 2 niños con extrofia cloacal y ausencia congénita de la pared del abdomen inferior medio. Esta técnica suministra una reconstrucción de compuesto inervado de defectos en exceso del 50% de la superficie del abdomen y se recomienda en grandes defectos secundarios cuando la peritonealización se ha logrado y en defectos congénitos que no se prestan por sí mismos a métodos estándares de cierre. La disección del cadáver confirma que los expansores del tejido podrían situarse con preservación de la inervación y suplemento sanguíneo a la pared abdominal.

**15. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y EXTROFIA CLOACAL
APENDICOVESICOSTOMIA: UNA NUEVA TECNICA PARA
LA DERIVACION URINARIA DURANTE LA
RECONSTRUCCION DE LA EXTROFIA CLOACAL**

Autores: Longaker MT; Harrison MR; Langer JC y Crombleholme TM, del Programa de Tratamiento Fetal, Universidad de California, San Francisco, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, julio de 1989.

La derivación del tracto urinario en la reconstrucción de la extrofia cloacal presenta un problema difícil. Se han usado muchos métodos, pero ninguno se ha encontrado sea el ideal. Nosotros describimos una técnica simple que incorpora el plato ileocecal en el aumento vesical, y usa el apéndice como un conducto para la derivación urinaria. Esta técnica ofrece las ventajas del cierre primario, drenaje urinario efectivo sin tubos, y simplicidad de reconstrucción intestinal con preservación de superficie absorbente máxima.

16.ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
UROSTOMIA CONTINENTE CON VALVULA ILEAL HIDRAULICA EN 136 PACIENTES: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA

Autores: Benchekroun A; Essakalli N; Faik M; Marzoud M; Hachimi M y Abacá T, de la Clínica Urológica, Hospital Infantil Universitario de Avicenne en Rabat, Marruecos.

Fuentes: Pubmed, J Urol, julio de 1989.

La válvula ileal hidráulica, que se desarrolló en 1975, asegura la continencia adaptándola a 5 reservorios urinarios diferentes. La válvula se hace aislando un asa intestinal de 14 cm de largo con el mesenterio. Luego el segmento ileal aislado se plegó interiormente sobre sí mismo a través de su longitud entera. Nosotros realizamos 136 urostomías continentes con esta válvula hidráulica. Se usó un reservorio ileocecal en 122 pacientes, ileum en 8, sigmoideo en 1, recto en 1 y vejiga (cistostomía continente) en 4. Las indicaciones para la urostomía continente eran tumor vesical en 55 pacientes, fístulas vesicovaginales complejas en 5, vejigas neurogénicas en 13, extrofia vesical en 12 y razones diversa en 5. De los pacientes, 103 (75%) estaban continentes inmediatamente. La continencia se obtuvo después de la reparación de la válvula en 24 pacientes (17,6%). Por tanto, 127 pacientes estaban continentes en general. El seguimiento promedio de nuestros pacientes fue de 38 meses (rango de 3 a 154 meses). La continencia permaneció excelente con autocateterización realizada fácilmente en el 88,3% de los pacientes. En general, todas nuestras urostomías continentes estuvieron bien toleradas biológica y radiológicamente.

17.ASUNTO: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y
RECONSTRUCCION Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
**ACTUAL TRATAMIENTO DE LA EXTROFIA VESICAL: UN
REPASO COLECTIVO BAPS DE 8 CENTROS DE 81
PACIENTES NACIDOS ENTRE 1975 Y 1985**

Autores: De la Hunt MN y O'Donnell B, del Hospital de Nuestra Señora para niños enfermos, Crumlin, Dublín, Irlanda.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, junio de 1989.

La Asociación Británica de Cirujanos Pediátricos (BAPS) acordó recopilar información de la extrofia vesical de sus miembros. Se obtuvieron datos de 81 pacientes de 8 centros. 21 pacientes tenían otras anormalidades congénitas. 3 murieron dentro del primer año de vida, y 1 se perdió su seguimiento en el temprano periodo neonatal – dejando 77 para análisis posterior. 40 pacientes tuvieron el cierre vesical sin derivación urinaria permanente. 10 eran capaces de permanecer secos durante 2 horas o más, y 16 estaban húmedos constantemente. De los restantes 14, algunos eran demasiado jóvenes para evaluar, mientras otros estaban secos de 30 minutos a 2 horas. 37 tuvieron derivaciones urinarias, 14 tuvieron ureterosigmoidostomías, 9 sufrieron el conducto asa ileal, 9 el conducto asa colónico, y 5 tuvieron una ureterostomía cutánea. 17 de estas derivaciones se han llevado a cabo antes de que los pacientes tuvieran 2 años de edad.

18.ASUNTO: RECONSTRUCCION E INVESTIGACION
**UNA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN
CERRAR LA EXTROFIA VESICAL: USO DEL COLGAJO
RECTUS ABDOMINUS – RESULTADOS PRELIMINARES EN
UN MODELO DE RATA**

Autores: Büyükiinal SN; Kaner G y Celayir S, del departamento de Cirugía Pediátrica, Facultad de Medicina Cerrapasa, Universidad de Estambul, Turquía.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, junio de 1989.

El propósito de este estudio era encontrar un nuevo método alternativo para las extrofias vesicales con capacidad pequeña e inelasticidad, y resolver las complicaciones de otras técnicas de aumento vesical. En 50 ratas albinas Wistar, se creó un gran defecto vesical escindiendo al menos la mitad de la vejiga original, manteniendo intacta la zona peritrigonal. En cada rata, se preparó un colgajo de músculo adominus recto inferiormente basado de 2,5 X 1 cm del cuadrante abdominal inferior. Este colgajo luego se rotó para cubrir el defecto vesical. La capa interior formada por el peritoneo se suturó a las terminaciones del defecto vesical mediante suturas separadas 6-0. El examen postoperatorio radiológico y escintigrafía del sistema urinario hecho en diferentes intervalos no indicaban ninguna diferencia con respecto a las ratas normales. La única desventaja observada de esta técnica fue la formación de cálculos en la vejiga en 8/50 ratas en el periodo tardío del postoperatorio. Las investigaciones histopatológicas postmortem realizados en diferentes intervalos indicaban que la capa interior del colgajo estaba cubierta completamente por el epitelio urinario transicional de la vejiga. Pensamos que esta técnica es fácil de realizar, no consume mucho tiempo, y tiene una proporción de complicación baja. Podría ser útil en bebés con vejigas extróficas pequeñas, no compliances e inelásticas.

19. ASUNTO: VARIANTES DE EXTROFIA
**EXTROFIA CUBIERTA Y SECUESTRO VISCERAL EN UN
RECIEN NACIDO VARON: INFORME DE UN CASO**

*Autores: Cerniglia FR; Roth DR y Gonzalez ET Jr, del departamento de Urología Escocesa, Colegio Médico Baylor, Houston, Texas, EEUU.
Fuentes: Pubmed, J Urol, abril de 1989.*

Informamos de un caso de un varón recién nacido con completo epispadias y una lesión umbilical. El examen histológico de la lesión eliminada quirúrgicamente reveló un resto colónico sin ninguna comunicación con el intestino subyacente. Esta entidad es una de las variantes del complejo extrofia / epispadias conocida como extrofia cubierta con intestino secuestrado y es el 4º caso en la literatura mundial. La escisión simple se acompañó con la corrección por etapas planificada del epispadias.

20.ASUNTO: OSTEOTOMIA

**OSTEOTOMIA TRANVERSE BILATERAL EN LA
CORRECCION DE EXTROFIA VESICALES NEONATALES**

Autores: Gölcora IH y Yazar T, del departamento de Cirugía Pediátrica, Facultad de Medicina, Hospital Universitario de Ankara, Turquía.

Fuentes: Pubmed, Int. Surg, abril – junio de 1989.

En un estudio clínico y radiológico de 7 recién nacidos con extrofia vesical (BX), separación de huesos púbicos de la inclinación caudal, zona media y lateral de las alas ilíacas y rotación externa del acetábulo, con consecuente predisposición temprana a la dislocación de caderas congénitas bilaterales (CHD), que se trataron mediante una osteotomía innominate bilateral combinada y la reconstrucción de la vejiga urinaria, existieron solo 2 fallos debidos a la CHD y 3 debidos a BX, que fueron tratados en una sesión posterior. Aunque el procedimiento de osteotomía ilíaca transverse bilateral es muy raro, si alguna vez, se empleaba en el periodo neonatal, pudiese ser bien combinado con los procedimientos quirúrgicos reconstructivos que implican estructuras pélvicas esqueléticas mientras se trata con procedimientos de tejido suave. La osteotomía ilíaca transverse bilateral se prefirió a la convencional de la osteotomía vertical ilíaca posterior de 2 etapas debido a su facilidad y el planteamiento simple que suministra el posicionamiento supino del paciente.

21.ASUNTO: RIÑONES Y RECONSTRUCCION
**URETEROSTOMIA CUTÁNEA DE LAZO TERMINAL EN
TRANSPLANTE DE RIÑÓN CADAVERICO**

Autores: Garrison RN; Bentley FR y Amin M, del departamento de Cirugía, Escuela Médica de la Universidad de Louisville, Servicio Quirúrgico, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Arch Surg, abril de 1989.

La presencia de una vejiga no funcional es un descubrimiento frecuente en algunos pacientes con enfermedad renal de fase terminal en los que el transplante es una opción propuesta. Durante los últimos 20 años, hemos realizado 6 ureterostomías cutáneas de lazo terminal para el drenaje urinario durante el transplante renal. La vejiga neurogénica en 5 pacientes y la extrofia en 1 paciente prohibieron el uso de la vejiga. 4 supervivientes a largo plazo del injerto (19 meses y 4, 10 y 20 años) no experimentaron ningún problema a corto plazo con el procedimiento, pero 2 episodios de pielonefritis ocurrieron. En nuestros pacientes ninguna disfunción del injerto o pérdida pudo atribuirse a la infección, y no ha ocurrido ninguna estenosis estomal o revisión. Concluimos que la ureterostomía cutánea de lazo terminal es factible usando uréteres de calibre normal, y es un recurso seguro y eficaz de drenaje urinario durante el transplante renal cuando no se dispone de vejiga. También elimina la necesidad de cirugía intestinal preparatoria que tiene su riesgo añadido de contaminación en un paciente inmunocomprometido.

22. ASUNTO: PELVIS Y EXTROFIA CLOACAL
**NEUROANATOMIA DE LA PELVIS EN UN BEBE CON
EXTROFIA CLOACAL: UNA MICRODISECCION
DETALLADA CON HISTOLOGIA**

Autores: Schlegel PN y Gearhart JP, de la División de Urología Pediátrica, Instituto Urológico James Buchanan Brady, Instituciones Médicas Johns Hopkins de Baltimore, Maryland, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, marzo de 1989.

La anatomía interna de la pelvis en el paciente con extrofia cloacal no se ha descrito previamente de forma detallada. Nosotros presentamos en detalle las relaciones anatómicas pélvicas de un paciente con extrofia cloacal que murió 72 días después del nacimiento y cuyo cuerpo fue profundado con un fluido anatómico sobre la base de formalina. La microdissección de la pelvis con confirmación histológica de la identidad de las estructuras diseccionadas se realizó. El suplemento vascular a las hemivejigas urinarias surge de las arterias ilíacas internas, que atraviesan la porción lateral de la pelvis y entran en cada hemivejiga. La inervación autonómica a la vejiga y cuerpos corporales surge de un plexo pélvico que yace sobre la superficie anterior del sacro. La inervación de las hemivejigas luego viaja en la zona media a lo largo de la superficie posteroinferior de la pelvis antes de extenderse lateralmente y comunicar con cada hemivejiga. La inervación autonómica de los cuerpos corporales duplicados surge del plexo pélvico sacral y viaja en la zona media para atravesar la porción inferior del suelo pélvico posterior y medial a las hemivejigas. Estos nervios luego entran en la región pilar del cópura. La inervación sensorial a los cuerpos corporales surge del procesador sacral y pasa posterior a los músculos del suelo pélvico, viajando justo medial a las espinas isquiales separadas ampliamente y luego lateralmente a lo largo de los cuerpos corporales. Se presentan las ilustraciones de la anatomía e implicaciones para el tratamiento de pacientes con extrofia.

23. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y
URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y RESULTADOS DE
CONTINENCIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**EXTROFIA VESICAL: UNA EMERGENCIA NEONATAL. II:
DERIVACION URINARIA**

*Autores: Belloli G; Campobasso P y Musi L, de la División de Cirugía
Pediátrica, Sección de Urología, Hospital regional de Vicenza, Italia.*

Fuentes: Pubmed, J Urol, marzo de 1989.

La meta de la terapia que implica a los niños con extrofia vesical debe incluir la continencia urinaria, la protección del funcionamiento renal y una buena calidad de vida. El cierre primario de la vejiga debería parecer ser la solución ideal, pero cuando es imposible o falla, la ureterosigmoidostomía puede suministrar la solución satisfactoria. Hemos tratado 15 pacientes seleccionados con extrofia con ureterosigmoidostomía. La duración promedio del seguimiento era de 8 años y 9 meses (el rango va de 19 años a 18 meses). Todos los pacientes tienen funcionamiento renal normal: en 13 pacientes el tracto urinario superior es normal y 2 tienen una dilatación ureteral moderada. En 13 pacientes la continencia urinaria y fecal es completa, en 2 es aceptable. Informamos de estudios radiológicos y manométricos del recto y sigma después de la ureterosigmoidostomía. Los resultados a largo plazo son excelentes. Es obligatorio tener indicaciones correctas, cuidado meticuloso en la técnica operatoria produciendo un túnel submucosal largo con anastomosis directa del uréter al intestino, tratamiento post operatorio y cuidadoso seguimiento.

24. ASUNTO: RECONSTRUCCION POR FASES Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA Y CIERRE FALLIDO

EXTROFIA VESICAL: UNA EMERGENCIA NEONATAL. I: RECONSTRUCCION FUNCIONAL

Autores: Belloli G; Campobasso P y Musi L, de la División de Cirugía Pediátrica, Sección de Urología, Hospital regional de Vicenza, Italia.

Fuentes: Pubmed, J Urol, marzo – abril de 1989.

La meta de la terapia que implica a los niños con extrofia vesical debe incluir la continencia urinaria, la protección del funcionamiento renal y una buena calidad de vida. El planteamiento por estadios (protocolo Jeffs) incluye el cierre primario con alargamiento peneal cuando fuera necesario en la primera semana de vida, reparación del epispadias y finalmente la reconstrucción del cuello vesical con reimplantación ureteral bilateral. Los autores presentan su experiencia con la reconstrucción funcional por estadios de la extrofia vesical clásica (40 pacientes). No tuvieron ninguna dehiscencia de la pared abdominal y vejiga en el cierre vesical primario, a cualquier edad, con o sin osteotomía iliaca bilateral. La proporción de éxito final en la reconstrucción vesical funcional por estadios fue de casi el 70% y se continúa mejorando. En la opinión de los autores el cierre inicial exitoso es quizás el factor más importante para obtener una vejiga más grande rápidamente y para lograr una continencia urinaria superior; debe realizarse en los primeros días de vida.

25. ASUNTO: ESFINTER ARTIFICIAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
EXPERIENCIA CON EL ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL MODELO AS800 EN 148 PACIENTES

Autores: Fishman IJ; Shabsigh R y Scott FB, del departamento Escocés de Urología, Colegio de Medicina de Baylor, Hospital Episcopal St. Luke, Houston, Texas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, febrero de 1989.

La versión más última del esfínter urinario artificial, AS800, se usó en 148 pacientes con incontinencia urinaria de diferentes etiologías. El seguimiento oscilaba desde 3 a 37 meses, con un promedio de 20.8 meses. Hubo 112 pacientes varones (76%) y 36 hembras (24%). El manguito se implantó alrededor del cuello vesical en 78 pacientes (53%) y alrededor de la uretra bulbar en 70 (47%). El control urinario aceptable socialmente se logró en el 90% de los 139 pacientes con los dispositivos activos en su lugar. Fue necesario eliminar el esfínter en 11 pacientes (7,4%). Las razones para su eliminación eran infección y erosión en 8 pacientes (5,4%), infección sin erosión en 2 (1,3%) y erosión debido a exceso de presión y tejidos pobres en 1 (0,7%). La comparación de proporciones de éxito y fallos asociados con incontinencia de diferentes etiologías revelaban que los pacientes con incontinencia después del fallo de una operación convencional de incontinencia antiestrés y aquellos con incontinencia después de resección transuretral o prostactectomía radical tuvieron la proporción de éxito más alta y que los pacientes con incontinencia secundaria a fractura pélvica o extrofia y epispadias tuvieron las proporciones de fallos más altas. La función de desactivación (el bloqueo) de nuevo modelo de esfínter artificial era beneficiosa para la desactivación primaria, cateterización uretral o citoscopia, o para la descompresión nocturna voluntaria del cuello vesical o tejidos uretrales.

26.ASUNTO: GENERALIDADES Y OTRAS AFECCIONES
ACCESO VENOSO CONTINUO EN NIÑOS CON ENFERMEDADES UROLOGICAS

Autores: Springer JC; Azizkhan RG y Mesrobian HG, del departamento de Cirugía, Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte, Chapell Hill, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, febrero de 1989.

La colocación de catéteres de silicona de usos múltiples en la aurícula derecha para acceso venoso continuado en niños con enfermedades urológicas complejas se está incrementando cuando es necesario. Entre setiembre de 1985 y setiembre de 1987, 26 niños con una variedad de enfermedades urológicas requirieron acceso venoso central a largo plazo, primariamente por liberación de quimioterapia y productos sanguíneos en 13 pacientes con malignidades, acceso hemodiálisis en 7 que sufren de transplante renal, nutrición parenteral total en 5 (2 de los cuales nacieron con extrofia cloacal) y administración de fluidos y antibióticos en 1 con dermatomiositis y pielonefritis aguda. La edad del paciente en el momento de la colocación del catéter oscilaba de 1 día a 15 años. Un total de 11 complicaciones se encontraron durante 4.500 días de catéteres: 10 eran mecánicas y 1 era infecciosa en naturaleza. Estas complicaciones condujeron al remplazo del catéter en 3 pacientes y el resto fueron tratados no operatoriamente exitosamente. Las técnicas quirúrgicas implicadas en la colocación de estos catéteres se discuten. Los catéteres no solamente permitieron que muchos de estos pacientes recibieran tratamiento sobre la base de ingreso de día sino también garantizaron su supervivencia. Nuestra experiencia favorable con el acceso venoso prolongado en niños debería impulsar a que los urólogos incluyeran estas técnicas en su armamentario.

27. ASUNTO: PELVIS
**BASE ANATOMICA DEL CRECIMIENTO PELVICO EN
EXTROFIA VESICAL**

Autores: Lascombes P; Dautel G y Grosdidier G, de los laboratorios de Anatomía de la Facultad de Medicina de Nancy, Vandoeuvre-les Nancy, Francia.

Fuentes: Pubmed, Surg Radiol Anat, 1989.

Se estudió el crecimiento pélvico en la extrofia vesical en 10 pacientes. El crecimiento de sus pelvis en longitud así como también en anchura era similar al descubierto por Tanner. Mientras tanto, la velocidad a la que la diástasis de la sínfisis púbica se incrementa es variable. Antes de los 5 años de edad y durante el final del crecimiento es rápida, mientras que es lenta entre los 5 y los 10 años de edad. No había ninguna anomalía radiológica de la orientación de la articulación de las caderas y los ángulos acetabulares son normales.

28. ASUNTO: INYECCION DE COLAGENO Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y REFLUJO VESICOURETERAL

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL USANDO UNA INYECCION SUBMUCOSAL DE PASTA TEFLON EN NIÑOS. APROPOSITO DE 337 PACIENTES (491 URETERES)

Autores: Valla JS; Aubert D; Dodat H; Chavrier Y; Limonne B; Galifer RB; Montupet P; Pamart D y Schulman CC, del Servicio de Cirugía, Hospital Lenval, Niza, Francia.

Fuentes: Pubmed, Chir Pediatr, 1989.

Repasamos nuestra experiencia con la inyección subureteral endoscópica de plitetrafluoretileno (PTFE) en 337 niños (84% hembras, 16% varones). Se inyectaron 491 uréteres refluientes (93% reflujo primario, 75 reflujo secundario después de reimplantación, corrección de extrofia vesical o vejiga neurogénica). El reflujo era de: grado I: 7,8%, grado II: 32%; grado III: 38%, grado IV: 20% y grado V: 2,2%. Los cistogramas de seguimiento se realizaron uno a 428 uréteres, entre los 6 a 30 meses después de la inyección. El 80% de los niños se curaron después de 1 inyección mientras que el 4% requirieron 2 inyecciones en orden a obtener el mismo resultado. La mejora en el grado de reflujo (enfermedad residual mínima) se apreció en el 10% de los pacientes y el 6% de los procedimientos fallaron. En el grupo último, 16 niños fueron operados sin dificultad; la migración linfática de PTFE se apreció en 2 casos. En los 33 pacientes con reflujo secundario, el tratamiento endoscópico se asoció con un 80% de proporción de cura, en los 26 pacientes que presentan un reflujo de sistemas dobles la proporción de cura fue del 65%. Este es un simple procedimiento realizado sobre la base de hospital de día; en nuestra experiencia con 491 inyecciones no hubo complicación alguna en el momento de la inyección ni obstrucción uretérica postoperatoria. Las inyecciones endoscópicas PTFE son menos eficientes que la reimplantación quirúrgica en el tratamiento del reflujo vesicoureterico. La pasta teflón podría no ser el material ideal, otras sustancias están siendo investigados actualmente. Esta técnica está limitada por el calibre de la uretra en los varones jóvenes.

29. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA **LA UROSTOMIA CONTINENTE. 12 AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA VEJIGA ILEOCECAL CONTINENTE**

Autores: Benchekroun A; Essakali Hn; Faik M; Hachimi M; Marzouk M y Abakka T, de la Clínica Urológica, Hospital Infantil Avicenne, Rabat, Marruecos.

Fuentes: Pubmed, Ann Urol (Paris), 1989.

La urostomía continente ileocecal fue descrita por primera vez en 1975. Es una combinación entre el reservorio ileocecal y una válvula hidráulica ileal. Desde 1973 a 1986 realizamos 107 operaciones de estas (41 por fístula vesicovaginal, 40 por tumor vesical, 26 por extrofia vesical, vejiga neurogénica y misceláneas). La continencia se obtuvo en 100 pacientes (80 en la primera operación y 20 después de la operación). El seguimiento fue de 3 a 146 meses (promedio de 37) en 82 pacientes, 74 de los cuales había conservado buena continencia. En los casos de fallo de continencia, la reparación se obtuvo mediante la reinvaginación de la misma válvula o creando una nueva válvula. La urostomía continente suministra una calidad de vida mejora para pacientes que requieren de derivación urinaria. El impacto psicosocial y económico es muy importante.

30. ASUNTO: OTRAS AFECCIONES Y EXTROFIA CLOACAL **HIPOPLASIA PULMONAR EN BEBÉS CON DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL GIGANTES**

Autores: Argyle JC, del Centro Médico de la Universidad del Suroeste de Texas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Pathol, 1989.

Se repasaron los historiales médicos de 114 bebés con defectos de la pared abdominal, incluyendo 35 bebés examinados en el momento de la autopsia, para determinar si los defectos gigantes (que comprenden el hígado) se asocian con una deformidad de una caja torácica estrecha e hipoplasia pulmonar. El estudio incluía 48 bebés con gastrosquisis, 60 con onfalocele, 2 con un síndrome de la zona media inferior (extrofia cloacal) y 4 con un síndrome de la zona media superior (pentalogía de Cantrell). Se presentó un defecto de la pared abdominal gigante en 33 bebés, incluyendo 1 con gastrosquisis, 27 con onfalocele, 2 con un síndrome de zona media inferior, y 3 con un síndrome de zona media superior. Se identificó radiográficamente una deformidad de la caja torácica, caracterizada por un pecho estrecho y costillas inclinadas hacia abajo en el 42% (14 de 33) de los bebés con defectos de la pared abdominal gigantes. Entre los 35 bebés examinados en la autopsia, 14 bebés con onfalocelos gigantes tenían circunferencia de pecho promedio con respecto a la proporción de circunferencia frontal occipital y peso de los pulmones con relación a las proporciones de peso corporal que eran significativamente por debajo de los obtenidos para los bebés con gastrosquisis o pequeños onfalocelos. El peso pulmonar con relación a las proporciones de peso corporal indicaba hipoplasia pulmonar marcada en 3 de 12 (25%) de los bebés que tenían una deformidad de la caja torácica estrecha y los recuentos alveolares radiales indicaban hipoplasia pulmonar leve en 4 bebés adicionales. La prematuridad (4 bebés), anormalidades diafragmáticas (7 bebés) y enfermedad coronaria congénita (4 bebés), potencialmente contribuyeron a la angustia respiratoria experimentada por estos 12 bebés. Los bebés con defectos de la pared abdominal gigante y cajas torácicas estrechas están en riesgo incrementado para hipoplasia pulmonar y angustias respiratorias.

31. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y AUMENTO VESICAL
Y EXPERIENCIA ALEMANA
**DERIVACION URINARIA CONTINENTE Y AUMENTO
VESICAL EN NIÑOS: EL PROCEDIMIENTO BOLSA MAINZ**

Autores: Riedmiller H; Thuroff J; Stockle M; Schofer O y Hohenfellner R, del departamento de Urología, Universidad de Johannes Gutenberg, Escuela de Medicina de Mainz, Alemania.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Nephrol, enero de 1989.

La formación de un reservorio intestinal de gran capacidad en baja presión usando intestino delgado y grueso (segmento ileocecal) ha probado su eficacia para lograr la derivación urinaria continente (n=80), para el aumento vesical (n=42), así como también para la sustitución vesical (n=24). Alentados por los resultados obtenidos en nuestros pacientes adultos hemos usado esta técnica durante los últimos 3,5 años en 29 niños. Las indicaciones para la derivación urinaria en niños han sido: vejiga neurogénica con diaplejía (n=8), extrofia vesical (n=2), pérdida traumática de la vejiga (n=1), seno urogenital (n=1) y rabdomiosarcoma de la próstata o vejiga (n=2), El aumento vesical se indicó en 6 niños con pérdida vesical iatrogénica, en 5 niños con vejiga neurogénica sin diaplejía y en 4 varones con epispadias incontinente o extrofia. En niños con extrofia vesical o epispadias incontinente la continencia se logró usando una técnica Young Dees modificada con formación de un tubo muscular intraabdominal largo realizado fuera del plato vesical o la vejiga de baja capacidad. La capacidad del reservorio urinario se garantizaba mediante el aumento vesical o sustitución vesical con una bolsa ileocecal. Durante un periodo de seguimiento promedio de 26 meses (aumento vesical) y 21 meses (derivación continente) solo hubo 1 complicación postoperatoria (ileus intususcepto) que requirió revisión operativa. 2 niños tuvieron que sufrir reoperación debido a problemas con el estoma. El seguimiento, con monitorización de parámetros bioquímicos y metabólicos es necesario para mostrar si esta técnica suministrará una solución a largo plazo exitosa para estos problemas.

32. ASUNTO: CENTROS DE REFERENCIA Y EXPERIENCIA
ALEMANA
**MEDIDAS INICIALES EN BEBES RECIEN NACIDOS CON
ANORMALIDADES CORREGIBLES QUIRURGICAMENTE**

Autores: Waldschmidt J; Tzannetakis P, Ribbe R y Schier F, del Servicio de Cirugía Infantil de la Clínica Universitaria Steglitz de Berlín, Alemania. Fuentes: Pubmed, Langenbecks Arch Chir Supl II Verth Dtsch Ges Chir, 1989.

En recién nacidos con malformaciones corregibles quirúrgicamente la calidad de los cuidados primarios tiene una influencia considerable sobre los resultados de la reparación quirúrgica final. Es particularmente verdadero para defectos diafragmáticos extensos y de la pared abdominal así como también para atresia esofágica e intestinal, extrofia vesical y malformaciones urogenitales. El tratamiento neonatal comprende medidas generalmente válidas para todos los recién nacidos enfermos y medidas específicas para cada malformación particular. Los cuidados generales se refieren a la regulación de la tensión y calor, balance de fluidos y otras funciones vitales. Los regímenes especiales son necesarios como cuidados primarios para la hernia diafragmática, atresia esofágica, defectos de la pared abdominal y obstrucción intestinal neonatal. Por otra parte este tratamiento primario debe extenderse para incluir el cuidado de la madre parturienta. Ya en el útero, los bebés con malformaciones diafragmáticas y esofágicas deberían ser derivados a centros ginecológicos neonatales.

33. ASUNTO: CALIDAD DE VIDA Y CENTROS DE REFERENCIA **EXTROFIA VESICAL Y CALIDAD DE VIDA**

Autores: Engert J y Pompino HJ, de la Clínica Universitaria de Cirugía Infantil de Bochum, Hospital de madres Herne, Alemania.

Fuentes: Pubmed, Langenbecks Arc Chir Supl II Verth Dtsch Ges Chir, 1989.

Los objetivos primarios del tratamiento operatorio de la extrofia de la vejiga urinaria son obtener el cierre seguro de la faja pélvica y de la pared abdominal, vaciado voluntario sin obstáculos, continencia urinaria, ausencia de reflujo, preservación del funcionamiento renal, genitales externos funcional y cosméticamente aceptables, y ausencia de malignidad. Estos objetivos no pueden ser logrados plenamente mediante solo 1 de los procedimientos establecidos tales como el cierre vesical funcional, derivación urinaria interna y reparación del epispadias. El tratamiento quirúrgico individual y creativo temprano incluido conceptos cambiantes cuando se necesiten y cuidadoso seguimiento de por vida creemos suministra la base para un ajuste social y calidad de vida satisfactorios.

34. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y PENE Y ADOLESCENCIA RECONSTRUCCION DEL PENE EPISPADICO EN ADOLESCENTES

Autores: Woodhouse CR, del Instituto de Urología, Universidad de Londres, Reino Unido.

Fuentes: Pubmed, Prog Pediatr Surg, 1989.

Ahora que la cirugía reconstructiva ha llegado al paciente con extrofia y epispadias más allá de meramente salvar la vida e incluso preservar el funcionamiento vesical, es esencial prestar adecuada atención al pene. La cirugía cuidadosa en la temprana vida podría dar una buena apariencia cosmética durante los importantes años de colegio. Podría también producir un pene con un ángulo satisfactorio de erección para la relación sexual. En aquellos pacientes que no han sido tan afortunados en la infancia o que nacieron antes de la era de la cirugía reconstructiva moderna, debe realizarse una evaluación cuidadosa en el momento apropiado cuando el paciente atraviesa la pubertad. La deformidad erétil más común encontrada en el epispadias en la vida de adultos es el chordee dorsal tieso. La corrección quirúrgica se requiere. En algunos pacientes, la corrección adecuada se logrará mediante la holgura del tejido cicatrizado pericorporeal superficial, posiblemente ayudado por el procedimiento Nesbit. Para el resto, la corrección formal del chordee se requiere. Se hace mejor por la inserción de un escudete de la duramadre u otro material para alargar el lado cóncavo de la curva.

35. ASUNTO: CIERRE PRIMARIO Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
CIERRE PRIMARIO DE LA EXTROFIA VESICAL: RESULTADOS FUNCIONALES A LARGO PLAZO EN 137 PACIENTES

Autores: Connor JP; Lattimer JK; Hensel TW y Burbige KA, del departamento de Urología, Hospital de bebés, Centro Médico Presbiteriano Columbia de Nueva York, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, diciembre de 1988.

Entre 1945 y 1985, 207 pacientes fueron tratados en nuestra institución para extrofia vesical urinaria. El cierre vesical anatómico primario se realizó en 137 pacientes. En 97 pacientes tratados previamente al año 1975, el cierre vesical se realizó a la edad media de 1 año y la continencia en este grupo fue solamente del 16%. 40 pacientes tratados después del año 1975 sufrieron el cierre a la edad promedio de 72 horas seguido de reconstrucción por estadios del cuello vesical. La continencia en este grupo fue del 82%; sin embargo, el número promedio de procedimientos quirúrgicos fue de 5 comparado con 2 en el primer grupo. El cierre vesical temprano y la reconstrucción por estadios puede lograr la continencia urinaria aceptable, pero podría requerirse múltiples procedimientos quirúrgicos.

36. ASUNTO: URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y DERIVACION URINARIA
URETEROSIGMOIDOSTOMIA ILEOCECAL: UNA ALTERNATIVA A LA URETEROSIGMOIDOSTOMIA CONVENCIONAL

Autores: Kim KS; Susskind MR y King LR, de la División de Cirugía Urológica, Centro Médico Universidad de Duke, Durham, Carolina del Norte, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, diciembre de 1988.

Describimos un procedimiento de única fase que implica el uso del segmento ileocecal como un conducto de orina interviniente al intestino grueso para lograr la derivación urinaria. Los uréteres se anastomizan de un lado a otro al ileum terminal que es intusceptado en el cecum. El cecum luego se une al sigmoideo inferior mediante una anastomosis lado a lado. La mezcla de orina y heces se eliminan a través del recto. Los resultados en 5 pacientes con extrofia y 1 con epispadias entre 5 meses y 13 años de edad se informan. No se observó reflujo ureteral. La infección del tracto urinario se desarrolló en 2 pacientes. La ureterosigmoidostomía ileocecal es una alternativa razonable a la ureterosigmoidostomía intacta que podría reducir el riesgo de desarrollar el cáncer.

37. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y RECONSTRUCCION Y
RESERVORIO RECTAL
**DERIVACION URINARIA AL RECTO VALVULADO Y
AUMENTADO: RESULTADOS PRELIMINARES CON UN
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NOVEDOSO**

Autores: Kock NG; Ghoneim MA; Lycke KG y Mahran MR, del Centro de Urología y Nefrología de la Universidad de Mansoura, Egipto.

Fuentes: Pubmed, J Urol, diciembre de 1988.

Un nuevo método para la derivación urinaria al recto se elaboró en experimentos animales y actualmente se ha usado en 19 pacientes. Se previene el reflujo del contenido rectal al colon y el tracto urinario superior mediante la configuración de una válvula de intususcepción en la unión rectosigmoidea. El recto se aumenta mediante la anastomosis de un parche ileal a la pared rectal anterior. Una colostomía transverse protege la construcción durante 6 a 8 semanas. De los 19 pacientes, 3 tuvieron recurrencia local o metástasis dentro de los 6 meses. Por tanto, 16 pacientes con un seguimiento de 3 a 14 meses están disponibles. Todos los pacientes están continentes durante el día con una frecuencia de vaciado de 3 a 5 veces y secos a la noche con una frecuencia de 0 a 2. En 3 pacientes el deslizamiento parcial de la válvula intususceptada sigmoidea ocurrió causando reflujo del contenido rectal al sigmoideo y al uréter derecho en 1. No se ha revelado ningún reflujo del tracto urinario superior en cualquiera de los otros pacientes. Salvo 1 excepción la urografía excretora ha demostrado bien la mejora o estabilización del tracto urinario superior postoperatoriamente. La capacidad rectal se incrementó de 200 a 700 ml después de 6 meses. Con el reservorio lleno la presión basal media era de 17 cm de agua y la presión máxima promedio fue de 24 cm de agua.

38. ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL
**TRATAMIENTO DE LA PARTE POSTERIOR DEL INTESTINO
EN EXTROFIA CLOACAL: ILEOSTOMIA TERMINAL
VERSUS COLOSTOMIA**

Autores: Husmann DA; McLorie GA; Churchill BM y Ein SH, del departamento de Cirugía, Hospital de Niños Enfermos de Toronto, Canadá.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, diciembre de 1988.

En el tratamiento de la extrofia cloacal existe controversia con respecto al uso de la parte posterior del intestino rudimentario como una colostomía terminal versus salvamento de la parte posterior del intestino para la reconstrucción urinaria o del tracto genital. Durante los pasados 26 años, 19 pacientes con extrofia cloacal han sufrido la reconstrucción quirúrgica en nuestra institución. 10 fueron tratados mediante la ileostomía terminal con un seguimiento promedio de 9 años; 9 fueron tratados con la colostomía permanente con un seguimiento promedio de 8 años. El número de días en el hospital requeridos debido a las complicaciones gastrointestinales (CI) y el número de días requeridos para la hiperalimentación parenteral suplementaria fue significativamente superiores en pacientes tratados con ileostomía terminal frente a los de colostomía (P menor de .05 y P menor de .03, respectivamente). Todos los pacientes han tenido continuadas evaluaciones de seguimiento a largo plazo con respecto a su velocidad de peso y crecimiento. Esencialmente no hubo diferencias con respecto a estas características dentro de los dos grupos de población de pacientes. En general, los pacientes con ileostomías terminales requieren hospitalización más frecuente y nutrición intravenosa prolongada durante su fase inicial de tratamiento. Sin embargo, cuando el niño madura y se adapta al desarrollo de los intestinos, parece que no hay diferencias sustanciales entre las características de crecimiento de los dos grupos de población de pacientes.

**39. ASUNTO: RIÑONES Y RECONSTRUCCION POR FASES Y
DERIVACION URINARIA Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES**

**UNA COMPARACION DE FUNCIONAMIENTO RENAL EN EL
PACIENTE EXTROFICO TRATADO CON RECONSTRUCCION
POR ESTADIOS VERSUS DERIVACION URINARIA**

Autores: Husmann DA; McLorie GA; Churchill BM y Ein SH, del departamento de Cirugía, Hospital de Niños Enfermos de Toronto, Canadá.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, noviembre de 1988.

Se repasaron 91 pacientes con extrofia vesical clásica tratados bien por reconstrucción por estadios o derivación urinaria para evaluar la preservación del funcionamiento renal en la extrofia vesical. El daño renal se definió como el desarrollo de una cicatriz renal o una elevación persistente de la creatinina sérica. De los pacientes, 72 han completado la reconstrucción vesical; 51 (71%) son continentes y el daño renal ocurrió en 10 (13%) de los pacientes reconstruidos. El seguimiento promedio era de 12,7 años. En un grupo comparable de 23 pacientes extróxicos tratados mediante derivación urinaria la ocurrencia de daño renal era notablemente superior: 82% para los conductos ileales; 22 % para los conductos colónicos norefluyentes y el 33% para la ureterosigmoidostomías. Sobre la base de nuestros resultados creemos que la reconstrucción por estadios de los pacientes con extrofia vesical clásica ofrece un riesgo bajo de daño renal, una opción excelente para la continencia urinaria y una más aceptable apariencia cosmética.

40. ASUNTO: ESFINTER ARTIFICIAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA **USO DEL DISPOSITIVO AS800 EN EXTROFIA Y EPISPADIAS**

Autores: Decter RM; Roth DR; Fishman IJ; Shabsigh R; Scott FB y Gonzalez ET Jr, del departamento escocés de urología, Colegio de Medicina de Baylor, Houston, Texas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, noviembre de 1988.

La continencia urinaria es una de las metas más difíciles de lograr en pacientes con extrofia o epispadias. El esfínter genitourinario artificial suministra una alternativa de reconstrucción del cuello vesical para el tratamiento de este problema. Aunque la continencia excelente puede obtenerse con la reconstrucción del cuello vesical, se informan los resultados de un segundo procedimiento con este tipo muy raramente. Nosotros usamos el dispositivo AS800 en 16 pacientes con extrofia y epispadias, 13 de los cuales había sufrido una previa operación de cuello vesical. Definimos nuestros resultados como éxito total y continencia exitosa, y hemos logrado proporciones general total del 69% (excluido aquellos que esperan revisión) y del 90% (para aquellos con un dispositivo activo), respectivamente. Aunque la frecuencia de revisión y erosión era significativa, el resultado último en este difícil grupo de pacientes fue satisfactorio.

41. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y DERIVACION URINARIA Y RECONSTRUCCION Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
GASTROCISTOPLASTIA: UNA SOLUCION ALTERNATIVA AL PROBLEMA DE LA RECONSTRUCCION UROLOGICA EN EL PACIENTE COMPROMETIDO SEVERAMENTE

Autores: Adams MC; Mitchell ME y Rink RC, del departamento de urología pediátrica del Hospital Infantil James Whitcomb Riely, Indianápolis, Indiana, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, noviembre de 1988.

Se usó un segmento aislado de estómago para el aumento vesical en 10 pacientes o la construcción de un reservorio urinario continente en 3. El diagnóstico en estos 13 pacientes incluía la extrofia cloacal (5), mielodisplasia (4), válvulas uretrales posteriores (2), cistitis de radiación (1) y vejiga neurogénica secundaria a un procedimiento pull-through rectal (1). Las indicaciones para el uso del estómago en la reconstrucción vesical fueron decrecimiento del funcionamiento renal y acidosis (6 pacientes), insuficiente intestino delgado y grueso (6), y decrecimiento de producción de moco (1). El seguimiento postoperatorio promedio fue de 13 meses (rango de 6 a 23 meses). Todos los pacientes tienen tractos superiores estables radiográficamente y funcionamiento renal estable o mejorado. De los 13 pacientes, 10 requieren de cateterización limpia intermitente para vaciar y 11 están completamente continentes. 9 pacientes han permanecido libres de infección, mientras que 4 tenían bacteriuria asintomática. La producción de mocos con respecto a otros segmentos intestinales y 10 pacientes no requieren ninguna irrigación vesical. La evaluación urodinámica postoperatoria es similar a la de la ileocistoplastia o colocistoplastia. El uso de estómago ha protegido a estos pacientes del desarrollo de nuevas o empeoramiento de las acidosis hiperclorémica. Los valores de cloro sérico han decrecido y el dióxido de carbono total sérico ha incrementado después de la reconstrucción vesical, particularmente en pacientes con funcionamiento renal dañado. El estómago debería considerarse cuando la reconstrucción del tracto urinario inferior es necesaria en tales pacientes comprometidos.

42. ASUNTO: RUPTURA VESICAL Y AUMENTO VESICAL Y
CATETERIZACION

**PERFORACION DE LA VEJIGA AUMENTADA EN
PACIENTES QUE SUFREN DE CATETERIZACION LIMPIA
INTERMITENTE**

Autores: Elder JS; Snyder HM, Hulbert WC y Duckett JW, de la División de Urología, Hospital Infantil de Filadelfia, Pensilvania, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, noviembre de 1988.

Durante la cirugía reconstructiva urológica se usa el intestino delgado o grueso para incrementar la capacidad vesical o crear un reservorio urinario. En la mayoría de los pacientes es necesaria la cateterización limpia intermitente para el drenaje urinario. Nosotros informamos de 4 pacientes con una cistoplastia sigmoidea que realizan la cateterización limpia intermitente y que han experimentado una seria complicación a largo plazo, la perforación del reservorio urinario, la cual fue fatal en 1. 2 eran chicas adolescentes con mielodisplasia y 2 eran varones prepúberes con extrofia vesical. 1 paciente experimentó 2 perforaciones del reservorio separadas. La ruptura ocurrió entre los 15 a 48 meses (promedio de 30,2 meses) después de la reconstrucción. El diagnóstico se hizo mediante un cistograma estático, que demostró extravasación en 2 de 4 pacientes, y por ultrasonido. En 2 pacientes el cistograma era normal. El tratamiento incluyó antibióticos intravenosos y drenaje de acceso abierto en todos los pacientes. En pacientes que han sufrido el aumento cistoplástico o la derivación continente y en los que el dolor y distensión abdominal se desarrolla la perforación del reservorio podría considerarse en el diagnóstico diferencial.

43. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA RECONSTRUCCION FUNCIONAL DE VEJIGA EXTROFICA. MOMENTO Y TECNICA. SEGUIMIENTO DE 39 CASOS

Autores: Montagnani CA.

Fuentes: Pubmed, Z Kinderchir, octubre de 1988.

Se repasaron 39 casos de reconstrucción funcional de extrofia vesical. Había 20 hembras y 19 varones. En un primer grupo de 31, se planeó por fases y se llevó a cabo en 26, mientras que 3 están esperando una fase segunda. En un segundo grupo de 8, se realizó una operación singular. De los 31 casos tempranos, hubo 2 muertes y 10 fallos, 16 indican buenos o muy buenos resultados funcionales. Todos los 16 indican cicatrización renal moderada de pielonefritis de reflujo que ocurrieron entre la fase I y la II. La operación singular consistía de osteotomía innominate, reconstrucción vesical y del cuello vesical y uretral y procedimiento antirreflujo (la osteotomía se omitió en un bebé de 3 días). 3, operados cuando tenían 8 meses, 1 año y 4 años, tuvieron rupturas del cierre previo. Están incontinentes y necesitarán de cirugía posterior en la salida vesical. 4 están secos por la mañana y sufren de incontinencia de estrés ocasional y enuresis. 1, ahora de 4 años de edad, todavía lleva compresas. Estos últimos 5 están esperando evaluación final y finalmente cirugía posterior para mejorar la continencia. En todos los 8 casos las cavidades pielocaliceales son normales excepto por una dilatación moderada derecha en 1 debido al acodamiento del uréter reimplantado. El retraso en el cierre vesical (edad promedio de 5 meses) y severos cambios de la pared vesical y posiblemente las fases parecen ser las responsables de la mayoría de los fallos y que el daño renal ocurra, después del cierre, en la vejigas que demuestran compliance moderada. La operación singular permite protección completa del tracto superior y renal y debería ser preferente en pacientes con edades de más de 2 meses. Los resultados funcionales mejorados podrían obtenerse si la operación se realiza nada más nacer.

44. ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL
TRATAMIENTO DE LA EXTROFIA CLOACAL

Autores: Sugar Ec y Firlit Cf, de la División de Urología, Hospital Infantil Memorial, Chicago, Illinois, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Urol, octubre de 1988.

Este estudio del caso demuestra nuestra experiencia en el tratamiento muy complejo de la extrofia cloacal. Ejemplifica la terapia agresiva por un equipo de salud multidisciplinar y los excelentes resultados postoperatorios.

**45. ASUNTO: URETRA FEMENINA Y RECONSTRUCCION
EL USO DE COLGAJOS PARAEXTROFICOS PARA LA
CONSTRUCCION URETRAL EN NEONATAS FEMENINAS
CON EXTROFIA CLASICA**

Autores: Spindel MR; Winslow BH y Jordan GH, de la Escuela Médica de Virginia del Este, Norfolk, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, setiembre de 1988.

El cierre primario de la extrofia vesical se realizó con colgajos de piel paraextrófica para el alargamiento uretral en 4 recién nacidas femeninas. En todos los casos se logró una longitud uretral de más de 2.0 cm. La eficacia del cierre vesical y la revisión subsiguiente del cuello vesical se garantizaron mediante el uso de estos colgajos. La técnica de la construcción uretral se describe y nuestros resultados se discuten.

46. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
DERIVACION URINARIA INTERNA VESICORECTAL AISLADA: UN REPASO DE 37 AÑOS DEL PROCEDIMIENTO BOYCE-VEST

Autores: Kroovand RL y Boyece WH, de la División de Pediatría, Urología reconstructiva y de adolescentes de la Escuela Médica Bowman Gay de la Universidad Wake Forest, Winston Salem, Carolina del Norte, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, setiembre de 1988.

Los desafíos que el tratamiento de la extrofia vesical plantea al cirujano urológico pediátrico han resultado en una multitud de operaciones ingeniosas y una voluminosa literatura sobre la extrofia. A pesar de este intenso interés en una anomalía infrecuente, el planteamiento no consistentemente satisfactorio para lograr la continencia urinaria en niños con extrofia ha evolucionado. Nosotros resumimos nuestra experiencia clínica de 37 años con una forma de derivación urinaria que suministra continencia urinaria esfintérica y preservación a largo plazo insuperable del funcionamiento renal y de la anatomía del tracto urinario superior. De nuestro repaso parece que el bebé con extrofia es tratado mejor con el cierre neonatal de la vejiga extrófica con intentos de establecer la continencia urinaria más tarde en la niñez. Cuando otros métodos para establecer la continencia urinaria son insatisfactorios y la continencia anal satisfactoria se ha demostrado, una colostomía derivada combinada con anastomosis de la vejiga aislada al muñón rectal aislado ofrece una alternativa aceptable a largo plazo de derivación urinaria para producir continencia urinaria esfintérica con relativa ausencia de deterioro del tracto urinario superior.

47. ASUNTO: DIASTASIS PUBICA

**DIASTASIS SINFICA EN AUSENCIA DEL COMPLEJO
EXTROFIA – EPISPADIAS**

Autores: Steidle CP; Kennedy HA; Mitchell ME y Rink RC, del departamento de Urología Pediátrica, Hospital Infantil Riley, Escuela de Medicina de la Universidad de Indiana, Indianapolis, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1988.

La diástasis sínfica en ausencia de extrofia o epispadias es rara. Repasamos 11 casos informados y presentamos 2 de los nuestros. Sobre la base de nuestros descubrimientos, recomendamos un examen físico a fondo en todos los pacientes. Podría ser útil un cistouretrograma de vaciado en aquellos con el descubrimiento radiográfico de diástasis sínfica en ausencia de extrofia o epispadias. Un número significativo de pacientes tiene asociado anomalías congénitas.

48. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y FISTULA
EL USO DEL MUSCULO ABDOMINIS RECTO Y COLGAJO FASCIA EN LA RECONSTRUCCION DE EPISPADIAS/EXTROFIA

Autores: Horton CE; Sadove Rc; Jordan Gh y Sagher U, del departamento de Cirugía Plástica, Colegio Médico de Hampton Roads, Norfolk, Virginia, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Clin Plast Surg, julio de 1988.

Los colgajos de músculos abdominis rectus sobre la base inferiormente y colgajos faciales se han usado para construir una pared abdominal firme sin hernias y suministrar cubierta para la vejiga, cuello vesical y uretra proximal en la reconstrucción secundaria de pacientes con el complejo epispadias / extrofia. También se han usado para producir una elevación del área mons, que está ausente en la paciente típica de extrofia. Los colgajos faciales rectus han sido el pilar del cierre abdominal cuando una diástasis amplia del músculo rectal está presente y cuando se carece de apoyo fascial para el abdomen inferior. Estamos agradecidos de los resultados de utilizar bien el músculo recto o fascia rectal en esta condición compleja. Hemos estado usando colgajos fasciales durante más de 10 años en nuestros cierres de epispadias / extrofiás y procedimientos de fortalecimiento de la pared abdominal. Hemos estado usando injertos óseos y el músculo recto para la construcción de un mons durante los últimos 5 años. Aunque el procedimiento del músculo recto para cubrir la vejiga y el cuello vesical ha sido usado durante solo 2 años, hemos visto pacientes con incontinencia restaurada a una situación de continencia; estos pacientes no han tenido muchos problemas de fístulas cuando una neouretra se ha construido para alargar el falo. Intentos previos en la reparación uretral en esta área han sido satisfactorios en lo principal, pero la fístula ocasional en la unión entre la piel penéal y la piel abdominopúbica se ha producido. Desde que se usa el músculo recto para cubrir la vejiga y el área de cuello vesical, no hemos tenido este problema. Los pacientes con epispadias / extrofia continúan con problemas tan difíciles que cada avance en la técnica debería usarse para mejorar los resultados.

49. ASUNTO: INVESTIGACION Y ESPAÑA
TOLERANCIA A LA NEFROSTOMIA DE ACCESO
SUBCUTANEO BILATERAL EN PERROS

Autores: Vela – Navarrete R; Salinas y Castilla C, del departamento de urología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, España.

Fuentes: Pubmed, J Urol, julio de 1988.

La nefrostomía subcutánea es una técnica que permite el acceso a la pelvis renal para el estudio fisiológico en el experimento animal durante un prolongado periodo de tiempo sin las complicaciones añadidas de un dispositivo de drenaje externo. Se situó una terminación de un tubo de polivinilo de 8 french en la pelvis renal en la cirugía abierta y la otra terminación se cubrió y se ocultó en el espacio subcutáneo para su acceso subsiguiente mediante punción de inyección percutánea. Este procedimiento es preferible a la creada quirúrgicamente extrofia vesical, exteriorización de la pelvis renal o nefrostomía convencional, técnicas que se han propuesto para tales objetivos. La tolerancia a la nefrostomía de acceso subcutánea se investigó en un grupo de 10 perros seguidos por periodos que oscilaban desde 6 meses a 2 años. Se descubrió que la nefrostomía de acceso subcutáneo bilateral no alteraba el funcionamiento renal pero se asociaba con perístasis alterada. También se asoció frecuentemente con bacteriuria, pero no con pielonefritis. No se han visto ni depósitos cálcicos ni cálculos como consecuencia del tubo, y el procedimiento fue bien tolerado por el animal aunque, en algunos, se observó una pérdida de peso progresiva. En general, esta técnica probó ser un procedimiento excelente para estudios fisiológicos prolongados del tracto urinario en perros, y debería encontrarse similarmente alguna aplicación clínica en humanos.

50. ASUNTO: PENE E INJERTO
UNA EVALUACION DE LOS INJERTOS DE PIEL PARA LA RECONSTRUCCION DEL PENE Y ESCROTO

Autores: Vincent MP; Horton CE y Devine CJ Jr, de los Servicios Uniformados de Ciencias de la Salud Universitarios, de Bethesda, Maryland, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Clin Plast Surg, julio de 1988.

El injerto de piel permanece como una modalidad primaria para la reconstrucción de los defectos genitourinarios. Muchas de estas condiciones se discuten y el énfasis se ha situado sobre las diferentes indicaciones para los injertos llenos de espesor, de espesor agrietado y dermales. Las complicaciones han sido pocas, y los resultados a largo plazo excelentes. Esta experiencia ha permitido la formulación de un número de principios quirúrgicos, que se presentan. Están actualmente siendo evaluados para obtener los resultados óptimos los refinamientos en la reconstrucción.

51. ASUNTO: ASPECTOS PSICOSEXUALES Y PENE
**REPARACION DE LAS DEFORMIDADES GENITALES
SECUNDARIAS DE EXTROFIA / EPISPADIAS**

Autores: Vorstman B, Horton Ce y Wnslow BH, del departamento de urología, Universidad de Miami, Florida, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Clin Plast Surg, julio de 1988.

El propósito de la cirugía genital secundaria en pacientes con extrofia y epispadias es producir un pene colgado de longitud y forma satisfactoria. El pene debería ser capaz de funcionar sexualmente así como también servir como un conducto para el paso de orina y esperma. El planteamiento sistemático para la corrección de este defecto según lo subrayado en este artículo debería aumentar la posibilidad de un resultado exitoso y disminuir la necesidad de reparación genital secundaria.

52.ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y RECONSTRUCCION Y
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

**DERIVACION URINARIA CON BOLSA KOCK: RESULTADOS
CLINICOS EN 75 CASOS ENFOCADO EN COMPLICACIONES
TARDIAS**

Autores: Okada Y; Arai Y; Oishi K; Takeuchi H y Yoshida O, del departamento de Urología, Facultad de Medicina, Universidad de Kyoto, Japón.

Fuentes: Pubmed, Hinyokika Kyo, julio de 1988.

Las derivaciones urinarias tipo reservorio urinario interno ha conseguido popularidad desde que Kock informó de un reservorio ileal continente en 1982. Desde noviembre de 1984 a octubre de 1987, realizamos la operación de bolsa Kock en 75 pacientes (varones 64, hembras 11; de 24 a 82 años de edad, edad promedio de 56 años). Las enfermedades subyacentes eran pacientes mayoritariamente con cáncer vesical; cáncer vesical 70, cáncer rectal 2, sarcoma prostático 1, extrofia vesical 1 y vejiga neurogénica en 1. Los resultados finales para 71 casos evaluados, seguidos por más de 3 meses, eran excelentes en 49 (69%), buenos 14 (20%), regular 6 (8,5%) y pobres en 2 (2,8%), con proporción de éxito del 89%. La complicación más común fue el mal funcionamiento del estoma; prolapso, incluido prolapso intermitente, en 7 pacientes, deslizamiento en 1, y eversión en 1 paciente. La formación de piedras ocurrió en 6 pacientes, acidosis leve en 2 y una fístula de bolsa entero en 1 paciente que fue rederivado de un conducto ileal. Hubo 2 muertes postoperatoriamente. Las complicaciones tardías fueron decreciendo prominentemente debido a las diversas modificaciones importantes de la técnica operatoria, tales como el uso del Aspirador Quirúrgico Ultrasónico Cavitron (CUSA) para el desengrase del mesenterio, y fijación del estoma a la bolsa. En conclusión, la bolsa Kock puede ser una modalidad operatoria segura y solvente para pacientes que necesitan la sustitución de la vejiga urinaria.

53.ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
SUSTITUCION URETRAL CON URETER

Autores: Mitchell ME; Adams MC y Rink RC, del departamento de Urología Pediátrica, Hospital Infantil James Whitcomb Riley, Escuela Médica de la Universidad de Indiana, Indianápolis, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, junio de 1988.

La sustitución proximal o total uretral se realizó en 8 pacientes usando uréter distal. Esto se acompañó por el fundamento del segmento ureteral solamente de un pedicle vascular derivado de la arteria iliaca interna. El diagnóstico incluía extrofia vesical clásica en 4 pacientes, extrofia cloacal en 3 y ano imperforado con hipoplasia del cuello vesical y uretra en 1. La continencia se logró mediante la reimplantación submucosal tunelizada en bien la vejiga (4 casos), reservorio gástrico (2) o reservorio colónico (2). Aunque se usó un segmento distal aislado de uréter en cada caso, todos los segmentos han permanecido viables. Con un seguimiento limitado (de 5 a 44 meses) la continencia con bien vaciado espontáneo o cateterización intermitente se ha logrado en 7 de 8 pacientes. Un segmento distal ureteral debería considerarse potencialmente útil en la construcción o reconstrucción de la uretra proximal (varón) o total (hembra) en pacientes con malformaciones uretrales congénitas.

54. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
**RECONSTRUCCION DEL CUELLO VESICAL EN PACIENTES
CON EPISPADIAS – EXTROFIA**

Autores: Ritchey ML; Kramer SA y Kelalis PP, del departamento de Urología, Clínica de Mayo, Rochester, Minnesota, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, junio de 1988.

La reconstrucción del cuello vesical se realizó en 50 varones y 12 hembras pacientes con el complejo epispadias – extrofia. De estos pacientes, 45 tenían epispadias y 17 tenían extrofia clásica. La edad del paciente oscilaba de 3 a 27 años, con una edad promedio de 12,6 años. El seguimiento después de la reconstrucción del cuello vesical promediaba 11,6 años. De los 45 pacientes con epispadias, 35 (78%) y de los 17 con extrofia vesical, 13 (76%) son continentes, por una proporción de continencia general del 77%. Una adecuada capacidad vesical era uno de los más importantes factores de continencia. En 11 pacientes con una capacidad pequeña o pobre compliance vesical el aumento cistoplástico se combinó con la reconstrucción del cuello vesical para incrementar la capacidad vesical y producir la continencia urinaria completa.

55. ASUNTO: OSTEOTOMIA

EXTROFIA VESICAL – OSTEOTOMIA ANTERIOR DE LA PELVIS – UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA PARA FACILITAR LA ESTABILIZACION DE LA PELVIS Y CIERRE ABDOMINAL.

Autores: Frey P y Cohen SJ, del Hospital St Maria de Manchester, Inglaterra.

Fuentes: Pubmed, Z Kinderchir, junio de 1988.

La reconstrucción de un anillo pélvico anterior estable y cierre del tejido liso libre de tensión es la llave para una cirugía reconstructiva exitosa de la vejiga ectópica. En vez de la practicada comúnmente osteotomía iliaca para lograr esta meta nosotros postulamos la osteotomía anterior bilateral del ramus superior del hueso púbico. La técnica operatoria de este nuevo método se describe. Los resultados tempranos de 4 casos se discuten.

56. ASUNTO: COMPLEJO OEIS Y EXTROFIA CLOACAL
**EL COMPLEJO OEIS (EXTROFIA CLOACAL):
DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL SEGUNDO TRIMESTRE**

Autores: Kutzner DK; Wilson WG y Hogge WA, del departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Virginia, Charlottesville, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Prenat Diagn, mayo de 1988.

El complejo OEIS (extrofia cloacal) es una asociación de malformaciones fetales que incluyen onfalocele, extrofia vesical, ano imperforado y defectos espinales. La mayoría de los casos deberían ser detectables prenatalmente por el cribado de alfa fetoproteína sérica materna, pero un diagnóstico seguro es esencial para el consejo apropiado a la familia.

57. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y REPARACION FALLIDA Y
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**AUMENTO CISTOPLASTICO EN LA RECONSTRUCCION DE
EXTROFIA FALLIDA**

Autores: Gearhart JP y Jeffs, de la División de Urología Pediátrica, Instituto Urológico James Buchanan Brady, Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Maryland, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, abril de 1988.

De los 148 pacientes con extrofia vesical vistos en nuestra institución durante los pasados 10 años, 12 han requerido finalmente el aumento vesical. En 4 casos, el aumento se realizó por una capacidad vesical inadecuada, descompensación del tracto superior e intervalo de sequedad menor de 1 hora después de la reconstrucción del cuello vesical y reparación del epispadias. Igualmente, 3 pacientes sufrieron el aumento por inadecuada capacidad vesical e intervalo de sequedad inferior a 2 horas después de la reconstrucción del cuello vesical y reparación del epispadias. De estos 7 pacientes, 3 habían sufrido 2 previas reconstrucciones del cuello vesical, mientras que 4 habían sufrido 1 reparación previa. 5 aumentos se realizaron por una inadecuada capacidad vesical antes de que cualquier tipo de procedimiento de continencia se hubiera hecho. 9 pacientes sufrieron procedimientos adjuntos además del aumento vesical, incluido un procedimiento Young Dees Leadbetter en 4, un esfínter urinario artificial en 3, transureteroureterostomía y enganches psoas en 1, y un procedimiento Mitrofanoff y cierre del cuello vesical en 1. De los 12 pacientes, 11 son continentes, aunque 9 requieren cateterización intermitente. No hubo complicaciones mayores. Sin embargo, 1 esfínter urinario artificial se eliminó por erosión 2 años después de la colocación. El aumento cistoplástico ha suministrado estabilidad prolongada del tracto superior y continencia en estos pacientes, y ha probado que es una alternativa exitosa a la derivación urinaria en este grupo selecto de fallos eutróficos.

58.ASUNTO: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA Y RECONSTRUCCION Y RIÑON Y NEOPLASIAS
SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE 103 PACIENTES CON EXTROFIA VESICAL

Autores: Mesrobian HG; Kelalis PP y Kramer SA, del departamento de Urología, Clínica de Mayo, Rochester, Minnesota, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, abril de 1988.

Repasamos 103 pacientes con extrofia vesical. El seguimiento fue mayor de 15 años en 51 pacientes. El tratamiento inicial consistió en cierre vesical primario en 32 pacientes y derivación urinaria en 71. Se evaluaron la continencia urinaria, funcionamiento renal, infecciones del tracto urinario y desarrollo de lesiones malignas. Los factores que conducen al éxito o fallo se analizaron. Aunque la proporción de continencia más alta (83%) se logró en 40 pacientes con ureterosigmoidostomía, el deterioro del funcionamiento renal fue el más alto en este grupo, con 70% de las unidades renales evaluadas siendo anormales. Por otra parte, el 10% de este grupo murió de fallo renal y el 23% perdió 1 riñón cada uno. En 26 pacientes con un conducto ileal el 69% de las unidades renales evaluadas eran anormales. Solo 1 paciente murió de fallo renal pero el 27% perdió 1 riñón cada uno. De los 32 pacientes con cierre vesical primario 31 tuvieron preservación del funcionamiento renal. 12 de 18 pacientes (67%) en los que la reconstrucción del cuello vesical se ha completado han tenido continencia urinaria total y 3 (17%) tuvieron continencia parcial. La incidencia de infecciones del tracto urinario significativas fue más alta en el grupo de ureterosigmoidostomía (63%) y próximo al más alto en el grupo de conducto ileal (48%). Las lesiones malignas se desarrollaron en 8 pacientes (8%).

59. ASUNTO: EMBRIOGENESIS

EMBRIOLOGIA DE LA EXTROFIA VESICAL

Autores: Midenberger H; Kluth D y Dziuba M, de la División de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil, Escuela Médica de Hannover, Alemania.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, febrero de 1988.

Una hipótesis con respecto a la teratogénesis de la extrofia vesical y sus variantes se ofrece. La nota central de esta hipótesis es la persistencia anormal de la posición caudal de la inserción del tallo corporal del embrión. Como consecuencia de esto, el avance normal e interposición del tejido mesenquimal a la zona media se hace imposible. La cloaca no puede ser translocada hacia atrás en la cavidad corporal, y la terminación craneal de la membrana cloacal permanece en contacto con el lado inferior del tajo corporal grupo inferior. Esto, en contraste con la previamente propuesta extensión rostral anormal de la membrana cloacal, causa un efecto cuña resultando en la lateralización de las estructuras de la pared abdominal y también en la prevención de la fusión de la zona media de los montículos genitales (pliegues labioscrotal o genitales). Una membrana cloacal normalmente es una estructura inestable en ausencia de mesodermo, y conserva estas notas en la posición superficial e infraumbilical para ser descrita. Tiene una tendencia fuerte a desintegrarse. Podría romperse en diversos momentos y en una variable extensión. La consecuencia de tales eventos embrionarios es bien una extrofia vesical clásica o una de las variantes de la malformación de la extrofia. Se presentan 3 diferentes variantes que la hipótesis embriológica propuesta puede fácilmente explicar.

60.ASUNTO: OTRAS AFECCIONES
ECTOPIA RENAL EN LA NIÑEZ. EXPERIENCIA EN 13 CASOS

Autores: Manzini GA; Rossi MV; Giacomoni MA y Volpi ML, de la División de Cirugía Infantil, Hospital Niguarda Ca'Granda, Milano, Italia.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Med Chir, enero – febrero de 1988.

La ectopia renal es una malformación congénita rara relación con la migración anormal de los riñones desde la región sacral a la lumbar. Se presentan 3 posibilidades: ausencia de migración (ectopia pélvica), excesiva (ectopia intratorácica) o la del lado opuesto (ectopia cruzada). Durante los últimos 10 años en el departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Niguarda 13 casos de ectopia renal. 5 pacientes tenían una ectopia cruzada (4 con fusión) y 8 tenían una ectopia simple (1 intratorácica, 7 pélvicas). Las hembras estaban más afectadas que los varones (9 casos) y el lado derecho estaba implicado en 8 casos, el izquierdo en 4 casos y en ambos riñones en 1 caso. Las anomalías asociadas estaban presentes en 7 pacientes: 6 casos con malformaciones genitourinarias exclusivamente mientras que 1 pacientes solamente estaba polimalformado (extrofia cloacal, MMC y TEV bilateral). El diagnóstico correcto se obtuvo durante el cribado urológico en 5 casos (1 sospechoso antenalmente), mientras que en 7 casos estaba relacionado con los síntomas asociados (UTI, hematuria, dolor abdominal). 7 pacientes se trataron quirúrgicamente para anomalías urológicas asociadas mientras que en los restantes 6 casos se requirió.

61. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
**TRANSURETEROSTOMIA. RESULTADOS EN UNA SERIE DE
42 NIÑOS Y ADULTOS JOVENES**

Autores: Villers A; Cohen L; Melin Y y Cenaron J, del Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital San José, París, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Ann Urol (Paris), 1988.

Se han realizado 42 TUU desde 1974 a 1986 en niños y adultos jóvenes: el más joven tenía 10 años y el mayor 26. El seguimiento promedio ha sido mayor de 5 años: 23 extrofias vesicales, 12 vejigas neurogénicas, 5 megauréteres, y 2 tumores retroperitoneales. La TUU se realizó después del fallo de la ureterocistoneostomías (8/42) o reimplantación ureterosigmoidea (19/42). Se describe la técnica con detalle acerca del drenaje (16/42). En 5 casos, las complicaciones aparecen tempranamente: 3 fístulas, 2 swellings de la anastomosis, tests hechos 3 meses después de la operación no indicaban ninguna complicación en relación con la TUU. Sin embargo 1 reflujo y 3 estenosis de la terminación del uréter beneficiario causaron dilatación de los 2 tractos urinarios superiores. Durante el seguimiento a largo plazo, fue necesario realizar 2 nefrectomías del uréter donante y 5 operaciones sobre la terminación del uréter beneficiario. Estas complicaciones eran independientes de la TUU. El resultado final de la TUU fue excelente.

62. ASUNTO: AUMENTO VESICAL

AUMENTO VESICAL EN EL GRUPO DE EDAD PEDIATRICO

Autores: Decter RM y Gonzalez ET, División de Urología, Centro Médico Milton S. Hershey, Universidad del Estado de Pensilvania, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol (Paris), 1988.

En resumen, la enterocistoplastia se ha convertido en un añadido eficaz, seguro y útil para el tratamiento de la disfunción vesical en niños. El uso del aumento vesical se ha convertido en más aceptado universalmente con el reconocimiento de la seguridad de la cateterización limpia intermitente y el desarrollo de mecanismos antirreflujo eficaces cuando se requiere la reimplantación ureteral. Sin embargo, el cirujano que desea participar en este esfuerzo debe tener una fundación y comprensión sólida de la urodinámica vesical y debe estar comprometido a ofrecer a estos niños un programa continuo para manejar sus problemas a lo largo de toda la vida con sus enfermedades primarias así como también las necesidades especiales asociadas con los procedimientos de aumento.

63. ASUNTO: OTRAS AFECCIONES

MALFORMACIONES ANORECTALES: EVALUACION DE SINDROMES DISRÁFICOS ESPINALES ASOCIADOS

Autores: Karrel FM; Flannery AM; Nelson MD Jr; McLone DG y Raffensperger JG, del departamento de Cirugía, Hospital Infantil Memorial, Chicago, Illinois, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, enero de 1988.

El reconocimiento temprano y tratamiento de lesiones corregibles de la médula espinal terminal en pacientes con malformaciones anorectales podría preservar el funcionamiento neurológico importante. La médula trabada y las masas intraespinales son detectables con el uso de la ultrasonografía de alta resolución en el bebé. 14 bebés y niños con malformaciones anorectales y disrafismo espinal asociado se han identificado en nuestra institución durante los últimos 7 años. 6 pacientes tenían extrofia cloacal y 8 ano imperforado (4 lesiones superiores y 4 lesiones inferiores). Las lesiones espinales causaban síntomas en solo 7 niños; déficit neurológico progresivo en 5 e incontinencia urinaria o retención en los otros 2. 5 pacientes asintomáticos con anormalidades cutáneas en la espalda se estudiaron y en 2 se descubrieron durante la evaluación de escoliosis. Las técnicas de imágenes incluyeron ultrasonografía de alta resolución, tomografía computarizada sin y con mielografía metrizamida e imágenes de resonancia magnética. La sonografía espinal era altamente segura en el periodo neonatal. La aplicación de ultrasonografía puede ser de gran ventaja en el cribado temprano de pacientes con malformaciones anorectales y, en algunos casos, podría eliminar la necesidad de técnicas de imágenes invasivas.

64. ASUNTO: PROBLEMAS ORTOPEDICOS

**BASE ANATOMICA PARA EL TRATAMIENTO ORTOPEDICO
DE LA EXTROFIA VESICAL: ESTUDIO ANATOMICO DE LOS
LIGAMENTOS SACROSCIATICOS EN EL RECIÉN NACIDO**

Autores: Lacombes P; Dautel G; Grosdidier G y Borrelly J, del Laboratorio de Anatomía, Facultad de Medicina de Nancy, Vandoeuvre-les-Nancy, France.

Fuentes: Pubmed, Surg Radiol Anat, 1988.

El estudio anatómico de la pelvis de 30 fetos y niños recién nacidos, produjo una relación precisa entre los ligamentos sacrotuberoso y tamaño de la región gluteal. En el nacimiento, la distancia entre la espina ilíaca superior posterior y el isquium es de 40 mm. El cierre del defecto anterior en la extrofia vesical requiere un procedimiento quirúrgico ortopédico. La osteotomía ilíaca posterior bilateral y la sección de estos ligamentos pueden hacerse fácilmente mediante un planteamiento posterior medial singular aquí descrito.

65. ASUNTO: DIAGNOSTICO PRENATAL Y OTRAS AFECCIONES

MOVIMIENTOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR Y FUNCIONAMIENTO UROLOGICO EN FETOS CON DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y DE OTROS SISTEMAS NERVIOSOS CENTRALES

Autores: Warsof SL; Abramowicz JS; Sayegh SK y Levy DL, de la División de Medicina Fetal – Maternal, Escuela Médica del Oeste de Virginia, Norfolk, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Fetal Ther, 1988.

Los movimientos de las extremidades inferiores y de los sistemas urológicos se evaluaron mediante ultrasonido prenatal en 120 fetos con bien defectos del tubo neural o anomalías intracraneales. A pesar de la anticipada disfunción de la extremidad inferior principal y vesical, se han visto movimientos de las extremidades inferiores en el 100% de los fetos con anencefalia y encefaloceles, 93% con espina bífida aislada, 60% con espina bífida compleja y 90% con descubrimientos intracraneales anormales. En todos los casos excepto aquellos con extrofia cloacal, los sistemas de recogida y vesical fetales parecían normales. Por otra parte, los movimientos de las extremidades inferiores fetales y la integridad del tracto urinario parecen no tener diagnóstico o valor pronóstico en fetos con defectos del tubo neural u otras anomalías del sistema nervioso central. Estos diagnósticos pueden hacerse solamente mediante la observación directa por ultrasonido de la lesión en si misma.

66. ASUNTO: DERIVACION URINARIA
**OBSTRUCCION DE SALIDA GASTRICA MECÁNICA
DESPUÉS DE LA DERIVACION URINARIA CONTINENTE**

Autores: Barrilleaux CN; Leib RC y Thompson IM, del departamento de Medicina Interna, Centro Médico de la Armada de Brooke, Fuerte Sam de Houston, Texas, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, diciembre de 1987.

Se han asociado un número de complicaciones con las derivaciones urinarias continentes complejas. Nosotros informamos de un caso de obstrucción de salida gástrica mecánica postoperatoria después de la derivación urinaria continente con ileum distal y colon ascendente. Después del drenaje del reservorio urinario adecuado la obstrucción de salida gástrica se resolvió. Tales efectos mecánicos de los reservorios urinarios distendidos deben considerarse en cualquier paciente que sufren derivación urinaria continente.

67. ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y MITROFANOFF Y
CATETERIZACION

DERIVACION URINARIA PEDIATRICA Y DESDERIVACION

Autores: Mitchell ME y Rink RC, del Centro Médico Universidad de Indiana, Hospital Infantil Riley, Indianápolis, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Clin North Am, octubre de 1987.

Muchas cosas han cambiado en nuestro tratamiento del tracto urinario de niños y jóvenes adultos. Las importantes contribuciones de muchas fuentes han resultado en el refinamiento de la terapia y en la progresión de la derivación a la desderivación y reconstrucción. La derivación urinaria primaria ahora es infrecuente. Los pacientes con extrofia, por ejemplo, son tratados con cierre vesical primario cuando son recién nacidos, y los recién nacidos con válvulas a menudo son tratados con ablación de válvula primaria. Los niños con disfunción vesical neurogénica resultante de mielodisplasia raramente se derivan, pero empiezan a una edad temprana con la cateterización limpia intermitente (ICC). Se espera que en un futuro los contenidos de este artículo sobre técnicas de derivación y desderivación sean de interés histórico, por el contrario.

Nota: Los editores también han descubierto que el uso del procedimiento Mitrofanoff, utilizando un túnel no refluente y un estoma cateterizable hechos de uréter o apéndice, sean un añadido muy valioso para el armamento del cirujano reconstructivo. También creemos que el uso de intestino destubularizado para bien el aumento vesical o sustitución suministra más capacidad de almacenaje eficiente. Los informes ocasionales de diarrea extremadamente significativa después de la eliminación del segmento ileocecal del tracto intestinal se ha informado en niños con mielodisplasia.

68. ASUNTO: ESFINTER ARTIFICIAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
COMPLICACIONES DEL ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL ALREDEDOR DE SEGMENTOS INTESTINALES EN PACIENTES EXTROFICOS RECONSTRUIDOS

Autores: Burbige KA; Reitelman C y Olsson CA, de la Clínica Urológica Squier, División del Hospital de Bebés, Centro Médico Presbiteriano Columbia, Nueva Cork, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, octubre de 1987.

9 pacientes de 15 a 28 años sufrieron la colocación del esfínter urinario artificial alrededor de un reservorio urinario intestinal interno. Se experimentaron un total de 15 complicaciones en 8 pacientes y 13 procedimientos secundarios fueron necesarios. 8 pacientes están completamente continentes y 1 tiene enuresis nocturna. La complicación más común encontrada fue la reducción en la circunferencia luminal intestinal que subyace en el manguito esfintérico.

69. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

PROCEDIMIENTO DE COLGAJO AISLADO TRANSVERSE Y DOBLE COLGAJO EN EL TRATAMIENTO DE EPISPADIAS CONGENITO EN 32 PACIENTES

Autores: Monfort G; Morisson-Lacombe G; Guys JM y Coquet M, del Hospital Infantil de Marsella, Francia.

Fuentes: Pubmed, J Urol, octubre de 1987.

De acuerdo a los informes principales en la literatura se logrado resultados genitales y cosméticos satisfactorios después de la corrección del epispadias del varón en solo el 50% de los pacientes. Desde 1976 hemos estado usando el principio colgajo aislado transverse Duckett adaptado a las condiciones anatómicas epispádicas. La técnica original se usó en nuestros 18 pacientes iniciales y la técnica colgajo doble Asopa en los posteriores 14. Se obtuvieron resultados excelentes en ambas series. Sin embargo, hubo un alto porcentaje de fístulas que requirieron reparación secundaria. Se describen las técnicas y resultados.

70. ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL Y VARIANTES DE EXTROFIA

EXTROFIA CLOACAL Y VARIANTES DE EXTROFIA CLOACAL: UN SISTEMA PROPUESTO DE CLASIFICACION

Autores: Manzini GA; Ransley PG y Hurwitz RS, del Hospital para niños enfermos de Londres, Reino Unido.

Fuentes: Pubmed, J Urol, octubre de 1987.

Se presenta un sistema de códigos que documenta las anomalías dentro del complejo extrofia cloacal. El análisis permite la clasificación de estas anomalías en las series clásica y variantes de una forma lógica. La aplicación del sistema de códigos para seleccionar el material informado se describe y demuestra las similitudes entre casos aparentemente divergentes.

71.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

EXTROFIA CLOACAL: INFORME DE 34 CASOS

Autores: Hurwitz RS; Manzoni GA; Ransley PG y Stephens FD, del departamento de Urología, Centro Médico Permanente Kaiser, Los Angeles, California, EEUU.

Fuentes: Pubmed, J Urol, octubre de 1987.

Se presenta un caso clínico sobre 34 pacientes con extrofia cloacal que fueron vistos desde 1963 a 1986. Los pacientes se separaron en 2 grupos principales: extrofia cloacal clásica (tipo I) y variantes de extrofia cloacal (tipo II). En los casos clásicos 3 modelos de superficie se reconocieron; A- hemivejigas confluentes craneales al intestino; B- hemivejigas lateral al intestino y C- hemivejigas confluentes caudales al intestino. La reconstrucción quirúrgica se realizó en 24 pacientes, con un 50% de proporción de supervivencia. Sin embargo, hubo mejora sustantiva en la supervivencia de 22% entre 1963 y 1978 al 90% entre 1979 y 1986.

72.ASUNTO: EPIDEMIOLOGIA

**EPIDEMIOLOGIA DE LA EXTROFIA VESICAL Y
EPISPADIAS: UNA COMUNICACIÓN DEL CENTRO DE
INTERCAMBIO INTERNACIONAL PARA SISTEMAS QUE
MONITORIZAN DEFECTOS CONGENITOS**

Autores: Sin autores.

Fuentes: Pubmed, Teratology, octubre de 1987.

Un estudio de bebés con extrofia vesical o epispadias se basó sobre los datos de 10 sistemas que monitorizan malformaciones alrededor del mundo. El material se obtiene de casi 3,6 millones de nacimientos. La prevalencia recopilada en el nacimiento de extrofia vesical fue de 3,3 por 100.000 nacimientos y de epispadias (sin extrofia vesical) era de 2,4 por 100.000. Las proporciones recopiladas de extrofia vesical no variaban entre los sistemas monitorizados, pero las proporciones de epispadias si. Por otra parte, casi todos los bebés registrados con epispadias eran varones. La proporción de sexo para extrofia vesical fue de 1,5:1. Las muertes perinatales ocurrieron principalmente cuando otras malformaciones también estaban presentes. Hubo un riesgo incrementado en este grupo de malformaciones en bebés de mujeres de edades menores de 20 años. En paridad alta (3+), se observó un riesgo incrementado para la extrofia vesical, pero hubo un decremento del riesgo para el epispadias. La distribución de peso natal se desplazó más ligeramente a la izquierda en extrofia vesical aislada que en epispadias aislado, pero se desplazó considerablemente a la izquierda cuando otras malformaciones existían con secuencia. No hubo tendencia de tiempo definitivo entre 1970 y 1985 en la prevalencia en el nacimiento de la extrofia vesical. El estudio demuestra como los datos de diferentes registros que monitorizan pueden agruparse para caracterizar una rara malformación.

73. ASUNTO: EMBRIOLOGIA
**EXTROFIA, EPISPADIAS Y ANORMALIDADES CLOACALES
Y DEL SINUS UROGENITAL**

Autores: Jeffs RD, de la División de Urología Pediátrica, Instituto Urológico James Buchanan Brady, Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Maryland, EEUU.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Clin North Am, octubre de 1987.

Los defectos congénitos en el área pélvica y perineal, que se derivan del desarrollo defectuoso de la membrana cloacal, el septum urorectal, los conductos mesonefricos y paramesonefricos (mullerian) y el sinus urogenital se han descrito. Estos podrían ser amenazadores de la vida, a menudo complejos y son ciertamente devastadores para los padres. Con el conocimiento de sus orígenes embrionarios, de sus anatomías en detalle, y el efecto sobre el funcionamiento y drenaje, el tratamiento puede planearse de forma que pueda esperarse una buena calidad de vida generalmente. Con los programas y técnicas reconstructivas mejoradas pueden generalmente lograrse una apariencia y funcionamiento casi normal, con la esperanza de un buen ajuste social.

74. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
INTESTINOCISTOPLASTIA Y SUSTITUCION VESICAL TOTAL EN NIÑOS Y ADULTOS JOVENES: SEGUIMIENTO EN 129 CASOS

Autores: Mitchell ME; Piser JA.

Fuentes: Pubmed, J Urol, setiembre de 1987.

Se presenta un repaso de 129 jóvenes pacientes consecutivos (edad promedio de 13,4 años) que sufrieron la intestinocistoplastia o sustitución vesical total durante un periodo de 6 años y medio en nuestra institución. El diagnóstico más común fue la mielodisplasia y el seguimiento promedio fue de 44 meses. Los aspectos clínicos y urodinámicos de 4 tipos de intestinocistoplastia (ileocecal, sigmoide tubular, parche sigmoideo y parche ileal) se presentan. Todas las 4 operaciones resultaron en un incremento significativo en el volumen vesical, con un decrecimiento en la presión de llenado y por tanto, mejora de la compliance vesical. En combinación con la cateterización limpia intermitente el funcionamiento renal se mantuvo o mejoró en el 91% y la continencia urinaria se logró en el 82% de los pacientes. La acidosis hiperclorémica que requirió terapia se apreció solo en pacientes con insuficiencia renal preexistente, aunque la hipercloremia leve después de la cistoplastia se vio en todos los 4 tipos de cistoplastia. No hubo mortalidades operatorias. Las complicaciones quirúrgicas significativas ocurrieron en el 36% de los pacientes, el más común de los cuales era el reflujo vesicoureteral en la cistoplastia ileocecal. Las contracciones peristálticas de la unidad de masa ocurrieron en el 34% de los segmentos intestinales en forma tubular comparados con solo el 10% de los segmentos parches. Estas contracciones peristálticas contribuyeron a que se apreciara una morbilidad postoperatoria más grande en las cistoplastias de intestino grueso tubular. La proporción de éxito general para la intestinocistoplastia en esta serie fue del 84%. La intestinoplastia es un procedimiento eficaz cuando se usaba para incrementar la compliance del tracto urinario inferior. En combinación con la cateterización limpia intermitente puede aplicarse exitosamente a pacientes con disfunción vesical neurogénica. El intestino delgado o grueso parece tener similares propiedades clínicas y urodinámicas. El tipo de segmento intestinal usado para la intestinocistoplastia parece ser de menor importancia que el tamaño y la configuración. El intestino grueso en su configuración tubular nativa debería evitarse.

75. ASUNTO: CALCULOS Y REIMPLANTACION URETERAL
**ELIMINACION DE PIEDRA URETERAL DE PACIENTE CON
REIMPLANTACION URETERAL CRUZ TRIGONAL**

Autores: Rich M; Hanna MK y Smith AD.

Fuentes: Pubmed, Urology, agosto de 1987.

Se extrajo un cálculo ureteral ureteroscópicamente de un riñón pélvico en un niño que había sufrido 2 pielolitomías abiertas, reconstrucción de extrofia cloacal y reimplantaciones ureterales de cruz trigonal bilateral (procedimiento Cohen).

**76. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y EXTROFIA CLOACAL
CISTOPLASTIA ENTEROVESICAL PARA CIERRE VESICAL
EN EXTROFIA CLOACAL**

Autores: Burbige KA y Libby C.

Fuentes: Pubmed, J Urol, mayo de 1987.

El cierre vesical exitoso se logró en 4 bebés con extrofia vesical mediante la enterocistoplastia. 2 pacientes se operaron de recién nacidos, y 2 tenían 3 y 8 meses respectivamente. 3 pacientes están vivos y todos son incontinentes esperando la reconstrucción del cuello vesical secundario. La técnica quirúrgica y resultados se describen.

77. ASUNTO: URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y DERIVACION
URINARIA E INCONTINENCIA FECAL
**SEGUIMIENTO DE LA DERIVACION
URETEROSIGMOIDOSTOMIA PARA LA EXTROFIA
VESICAL – COMPORTAMIENTO DEL BIOFEEDBACK COMO
TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA LA INCONTINENCIA
URINARIA – FECAL: INFORME DE UN CASO**

Autores: Purcell MH; Duckro PN; Schultz K y Gregory JG.

Fuentes: Pubmed, J Urol, mayo de 1987.

Un total de 6 niños sufrieron la derivación de ureterosigmoidostomía primaria entre 1972 y 1979. A pesar del test preoperatorio de competencia rectal todos los 6 niños ahora experimentan goteo rectal. El biofeedback comportamental se ha usado en un niño de 7 años que había aprendido a aislar y contraer los músculos perineales apropiadamente a los 12 meses del seguimiento. La incidencia de la incontinencia se ha reducido desde 15% al 5% del total de horas recopiladas. La cantidad de horas despierto en que el paciente está húmedo se ha decrecido desde el 31% al 6%. La satisfacción del niño y de los padres es alta.

78. ASUNTO: EPISPADIAS Y EXPERIENCIA ALEMANA Y RECONSTRUCCION Y RESULTADOS DE CONTINENCIA **INCONTINENCIA URINARIA EN EPISPADIAS Y EXTROFIA VESICAL CON ESPECIAL REFERENCIA AL TRANSPLANTE LIBRE DE MUSCULO AUTOLOGOUS**

Autores: Holschneider AM; Hecker WC; Devens K y Baumgartner R.

Fuentes: Pubmed, Z Kinderchir, abril de 1987.

Este es un informe de 16 pacientes con epispadias de grados II a IV de 35 pacientes con extrofia vesical, grados III y IV. El tratamiento quirúrgico siguiente se llevó a cabo: en niños con epispadias, cierre simple de la uretra en 1 caso, plastia del cuello vesical conforme al Young Dees en 2 casos, el método después del Thiersch – Duplay en 3 casos, mientras que 4 pacientes fueron tratados después de Williams, 5 después de Johnston y 1 paciente después de Ombredanne al revés. 7 operaciones adicionales se hicieron principalmente para la corrección del prepucio y cierre de fístula después de la uretroplastia. 3 de los 16 pacientes fueron continentes ya antes de la operación, 4 niños eran continentes parcialmente. 2 de estos indicaban mejora de la continencia, por tanto logrando periodos prolongados de sequedad. 9 niños permanecieron incontinentes. Por consiguiente, se realizó el transplante libre de músculo a la vejiga en 4 pacientes. Un total de 45 operaciones se realizaron en niños con extrofia vesical. De estas, 12 tuvieron que ver con el cierre primario vesical; en 13 casos, se construyó una vejiga de ileum, mientras que la cistosigmoidostomía se realizó 5 veces, la ureterosigmoidostomía 5 veces, ureterostomía cutánea 1 vez, vejiga rectal 1, y 1 conducto colónico. El funcionamiento de la continencia postoperatorio de los 12 pacientes con cierre vesical primario fue insatisfactorio. 3 niños solamente obtuvieron periodos de sequedad superiores a 2 horas, 5 permanecieron completamente incontinentes, mientras que en 4 fue necesario subsiguientemente construir un pasaje urinario en el intestino por medio de una vejiga de ileum en 2 casos, un conducto colónico en 1 caso, y ureterosigmoidostomía en 1 caso. El transplante libre de músculo a la vejiga se realizó en 2 pacientes. Los transplantes libres de músculo también se realizaron en 2 niños, en 1 caso después del tearoff traumático de la uretra y en 1 caso después de la lesión iatrogénica del músculo esfintérico de la vejiga externa en el síndrome adrenogenital (AGS) conforme a Prader III y IV. Esto significa que un total de 8 transplantes libres de músculo se realizaron. Todos los niños eran incontinentes primariamente. Postoperatoriamente, la continencia urinaria pudo lograrse en 4 casos, una vez una mejora con periodos de sequedad superiores a 2 horas. Los 2 pacientes con extrofia vesical permanecen

incontinentes, en 1 paciente con epispadias el intervalo postoperatorio ha sido demasiado corto como para llegar a un juicio final. Después de los exámenes se puede decir que el trasplante libre de músculo es un buen método para tratar la incontinencia urinaria, el efecto suspensión que juega una parte importante. Sin embargo, en pacientes con extrofia vesical la indicación debería considerarse con precaución.

79. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y RESONANCIA
MAGNETICA
**TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE KOCK Y
RESERVORIO ILEAL CONTINENTE MODIFICADO DE KOCK**

Autores: Mirvis SE; Whitley NO; Javadpour N y Young JD.

Fuentes: Pubmed, Urology, abril de 1987.

La ureteroiliostomía Kock o modificada (Javadpour) se realizó en 5 pacientes seguidos de la cistectomía para carcinoma vesical o extrofia. La tomografía computarizada se utilizó para demostrar alteraciones en la anatomía pélvica después de la construcción de los reservorios ileales. La evaluación detallada de las armas antirreflujo de salida y entrada del reservorio continente fue posible. La apreciación de las alteraciones esperadas en la anatomía pélvica que acompañan al procedimiento Kock o modificado Kock será necesario para detectar las complicaciones postoperatorias y lograr el reconocimiento temprano de carcinoma recurrente. Las ventajas potenciales del reservorio ileal Kock modificado, conforme se desarrolló por Javadpour, se presenta.

80. ASUNTO: CALCULOS Y EXPERIENCIAS
 INTERNACIONALES
PIEDRAS EN LA VEJIGA URINARIA EN NIÑOS Y ADULTOS
JOVENES

Autores: Lebowitz RL y Vargas B.

Fuentes: Pubmed, AJR Am J Roentgenol, marzo de 1987.

Las piedras vesicales se diagnosticaron en 22 niños y adultos jóvenes en el Hospital Infantil de Boston, desde 1969 a 1985. La mitad de los pacientes eran menores de 12 años de edad (promedio de 11,9 años). 1 o más factores litogénicos estaban implicados en todos salvo en 1. Las causas más comunes eran la presencia de un cuerpo extraño intravesical, infección con proteus (un organismo que divide la urea), extrofia vesical y la presencia de mucosa intestinal en el tracto urinario. Las notas radiológicas de las piedras no eran específicas, y no se necesitaron ninguna técnica especial para identificarlas. La toma de conciencia de pacientes en riesgo conducirá a un pronóstico y tratamiento apropiado.

81. ASUNTO: EMBRIOLOGIA Y EXTROFIA CLOACAL
EXTROFIA DE LA MEMBRANA CLOACAL. UN ESTUDIO
PATOLOGICO DE 4 CASOS

Autores: Fujiyoshi Y; Nakamura Y; Cho T; Nishimura T; Morimatsu M; Shirouzu K; Fukuda S; Kimura T; Nakashima H y Hashimoto T.

Fuentes: Pubmed, Arch Pathol Lab Med, febrero de 1987.

La extrofia cloacal es una rara anomalía congénita. Los autores añaden los descubrimientos patológicos de 4 casos distintos informados en este artículo a aquellos informados en la literatura. En todos los casos, se reconocieron las anomalías comunes. Además, hubo anomalías raras, tales como una arteria umbilical singular, vestigio de la cava vena superior izquierda, mesenterio común, calcificación del cerebelo, segmentación incompleta del pulmón izquierdo, forma anormal del hígado y rodilla golpeada. La embriología de esta anomalía compleja es difícil. Se considera que esta condición anómala resulta de la ruptura e invasión mesodermal de la membrana cloacal.

82. ASUNTO: CIERRE FALLIDO Y CIERRE PRIMARIO Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA

LA IMPORTANCIA DE UN CIERRE VESICAL INICIAL EXITOSO EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA EXTROFIA VESICAL CLÁSICA: ANALISIS DE 144 PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL JOHNS HOPKINS ENTRE 1975 Y 1985

Autores: Oesterling JE y Jeffs RD.

Fuentes: Pubmed, J Urol, febrero de 1987.

El cierre funcional por estadios de la extrofia vesical clásica ha producido resultados mejorados para muchos urólogos implicados en el tratamiento quirúrgico de esta anomalía congénita. Se repasaron para determinar que factores son más importantes para lograr un resultado exitoso (continencia urinaria con preservación del funcionamiento renal normal) los 144 pacientes tratados en el Hospital Johns Hopkins entre 1975 y 1985. De estos pacientes, 51 se trataron enteramente en nuestra institución, mientras que 93 habían tenido su tratamiento quirúrgico inicial en otro lugar. Todos los pacientes que habían sufrido el cierre vesical primario y reconstrucción del cuello vesical se dividieron en 2 grupos: grupo 1, pacientes que tuvieron un cierre vesical inicial exitoso (una extrofia vesical que se convirtió en un epispadias completo sin infección de la herida, dehiscencia o algún grado de prolapso vesical en el primer intento) y grupo 2, niños cuyos cierre inicial vesical no fue exitoso. Ambos grupos se analizaron con respecto a la capacidad vesical en el momento de la reconstrucción del cuello vesical, tiempo requerido para que la vejiga se convirtiera en suficientemente grande para la reconstrucción del cuello vesical, proporción de continencia urinaria e intervalo entre reconstrucción del cuello vesical y logro de la continencia urinaria. Los pacientes en el grupo 1 tuvieron las vejigas más grandes en el momento de la reconstrucción del cuello vesical (capacidad promedio 79 cc, $p = 0,03$), intervalos más cortos entre el cierre primario y la reconstrucción del cuello vesical (promedio 3,5 años, $p = 0,006$), proporción de continencia urinaria más alta (92%, $p = 0,002$) y el intervalo más corto entre la reconstrucción del cuello vesical y logro de la continencia urinaria (promedio de 1,5 años, $p = 0,18$). Estos descubrimientos sugieren que un cierre vesical inicial exitoso es un factor importante para obtener una vejiga más grande más rápidamente y para lograr una proporción de continencia urinaria alta en pacientes con extrofia vesical clásica que sufren de cierre vesical funcional por estadios.

83. ASUNTO: URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y REFLUJO
VESICoureteral Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**URETEROSIGMOIDOSTOMIA CON ANTIRREFLUJO EN
NIÑOS. APROPOSITO DE UNA CORTA SERIE**

Autores: Charbit L; Treméaux JC; Beurton D y Cukier J.

Fuentes: Pubmed, J Urol (París), 1987.

La ureterosigmoidostomía con técnica antirreflujo (procedimiento Petit Leadbetter) se realizó en 12 niños, principalmente después del fallo en la reparación de una extrofia. Después de un seguimiento promedio de 45 meses, los resultados se evaluaron como buenos de los puntos de vistas clínico y urográfico, aunque hubo 3 posibles casos de reflujo, 1 de estenosis anastomosis (operado con éxito) y 1 de continencia moderada solamente. Un tumor anastomótico no se detectó, pero el seguimiento es de duración moderada solamente. Esta operación debería reservarse para un limitado número de casos, aquellos con extrofia irreparable y aquellos en los que es inaceptable una derivación de la piel.

84. ASUNTO: ADULTO Y RECONSTRUCCION
**ADULTA FEMENINA TRATADA DE EXTROFIA VESICAL
CON UN RESERVORIO CONTINENTE KOCK. INFORME DE
UN CASO**

*Autores: Matsuda T; Okada Y; Takeuchi H y Yoshida O.
Fuentes: Pubmed, Urol Int, 1987.*

Una mujer de 24 años de edad con extrofia vesical fue tratada con cistectomía, construcción de un reservorio ileal continente Kock y cierre del defecto facial abdominal usando material aloplástico. El reservorio ileal Kock mejoró la calidad de su vida no solamente físicamente sino también mentalmente proporcionándole su continencia urinaria.

85. ASUNTO: NEOPLASIAS

**INDICACION DE CISTECTOMIA RADICAL EN PACIENTES
CON CARCINOMA DE LA VEJIGA**

*Autores: De Riese W; Esk P y Schindler E, departamento de Urología,
Escuela Médica de Hannover, Holanda.*

Fuentes: Pubmed, Int Urol Nephrol, 1987.

Informamos de 84 pacientes sujetos a cistectomía radical; 56 tuvieron adenocarcinoma y 6 indicaciones no tumorales (vejiga contractada, extrofia vesical). Se discuten las indicaciones, resultados tempranos y tardíos. En caso de malignidad la proporción de recurrencia en etapas tempranas era casi la misma que en etapas avanzadas. Así que no es posible decir nada definitivamente acerca del pronóstico individual de recurrencia en pacientes que sufren de cistectomía radical. Es más fácil justificar la cistectomía paliativa debido al riesgo relativamente bajo de la operación.

86. ASUNTO: ADULTO Y NEOPLASIA
EXTROFIA VESICAL COMPLICADA POR
ADENOCARCINOMA

*Autores: Witters S; Baert Van Damme L, del departamento de Urología,
Universidad católica de Leuven, Bélgica.*

Fuentes: Pubmed, Eur Urol, 1987.

Se informa de un caso de extrofia intratada en un paciente de 72 años complicado por degeneración maligna. El examen morfológico, histoquímica e inmunohistoquímico reveló un adenocarcinoma parecido a un carcinoma colorectal

87. ASUNTO: RECONSTRUCCION
**TOTAL SUSTITUCION DE LA URETRA Y VEJIGA POR
CECUM Y APÉNDICE EN EXTROFIA VESICAL**

Autores: Grunberger I; Catanese A y Hanna MK.

Fuentes: Pubmed, Urology, diciembre de 1986.

El primer caso de sustitución vesical y uretral total mediante el grupo cecoapendiceal se logró en un niño de 5 años nacido con extrofia vesical. Se utilizó tejido vesical residual y prostático para suministrar continencia exitosa.

88. ASUNTO: OTRAS AFECCIONES
ONFALOCELE: UNA EXPERIENCIA DE 25 AÑOS

Autores: Yazbeck S; Ndoye M y Khan AH.

Fuentes: Pubmed, J. Pediatr Surg, setiembre de 1986.

Entre 1958 y 1983, 92 recién nacidos con onfalocele fueron admitidos en el Hospital San Justine. La proporción varón hembra era de 3:2. El peso natal oscilaba de entre 1,450 a 5,100 gramos (promedio 2,786 g). Asociadas anomalías, además de la malrotación, estaban presentes en el 45%. Había anormalidades cardiovasculares (18,4%), fisura vesico intestinal o extrofia vesical (11,9%), Beckwith Wiedeman (6,5%) y anormalidades cromosómicas (7,5%). 7 pacientes no fueron tratados. Las aplicaciones tópicas se usaron en 7 casos (1 superviviente). En el 65%, se logró el cierre primario; la proporción de mortalidad era del 20% con una estancia hospitalaria media de 17,5 días. La silástica se usó en 12 casos con una mortalidad de 5/12 y una estancia hospitalaria promedio de 82,1 días. El número promedio de reducciones fue de 6,7. La ruptura del onfalocele no influyó en la mortalidad. Previa a 1974, la proporción de mortalidad era del 50%. Desde el 1974, ha decrecido a 31,5%. El advenimiento de la nutrición total parenteral (TPN) fue un factor importante en el decrecimiento de la mortalidad. Previa a 1974, 23 pacientes sobrevivieron, solo 1 con una anomalía principal asociada (Fallot). Después de 1973, 35 sobrevivieron, 13 teniendo una anomalía principal asociada. La mortalidad en general fue del 9% cuando ninguna otra malformación principal estaba presente. Un estudio retrospectivo de 92 casos de onfalocele durante un periodo de 25 años revela una proporción de mortalidad general del 37%. La muerte se asoció casi exclusivamente con las anomalías congénitas adicionales. El peso natal en si mismo no era un factor pronóstico determinante. Con el advenimiento de la TPN y un mejor conocimiento de la ventilación mecánica del recién nacido los resultados son mejores e implican la supervivencia de un número de pacientes mucho mayor con malformaciones serias asociadas.

89. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
**EXPERIENCIA CON OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS –
PLASTICAS EN EXTROFIA VESICAL EN NIÑOS**

Autores: Dikova AA.

Fuentes: Pubmed, Vestn Khir Im II Grez, setiembre de 1986.

Los autores analizan la experiencia con las operaciones reconstructivas plásticas en su modificación hecha en 22 niños con extrofia de la vejiga urinaria. Los resultados a largo plazo al cabo de 3 a 17 años se observaron en 15 niños. Se apreciaron buenos resultados (completa retención de orina, capacidad normal de la vejiga, buena situación morfofuncional de los riñones) en 8 niños. Sobre la base de los resultados obtenidos el autor recomienda que el tratamiento quirúrgico de la extrofia de la vejiga urinaria se comience con las operaciones reconstructivas plásticas a la edad de 1 a 3 años.

90. ASUNTO: FALOPLASTIA Y OSTEOTOMIA Y PENE
**UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA PARA LA
FALOPLASTIA EN PACIENTES CON EXTROFIA VESICAL**

Autores: Edgerton MT y Gillenwater JY.

Fuentes: Pubmed, Plast Reconstr Surg, setiembre de 1986.

La osteotomía pélvica posterior no ha sido una operación satisfactoria para suministrar longitud peneal en la reparación de defectos asociados con extrofia vesical. Los autores proponen una nueva técnica basada en el movimiento de las mitades de la sínfisis y rami púbico (en bloque con el corpora cavernosa adjunto) a la zona media. Esto se lleva a cabo mediante osteotomías del ramis superior e inferior e injertos óseos de los defectos resultantes en el rami superior solamente. Las articulaciones de las caderas no están perturbadas, el riesgo de complicaciones parece estar reducido y se obtiene el incremento efectivo de la longitud peneal. Las disecciones cadavéricas confirmaron el sentido práctico de esta operación y se informa de un caso exitoso. Se repasa la anatomía y fisiología del funcionamiento peneal que es importante para los cirujanos.

**91. ASUNTO: CONDUCTOS CATETERIZABLES CONTINENTES
Y RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIA ALEMANA
RESULTADOS COMPARATIVOS DE LOS CONDUCTOS
ILEAL Y COLÓNICO. ANALISIS DE 50 NIÑOS CON
EXTROFIA VESICAL**

Autores: Gharib M; Engelskirchen R; Bliesener JA; Holschneider AM y Baumgartner R..

Fuentes: Pubmed, Z. Kinderchir, agosto de 1986.

Durante los últimos 20 años 50 niños con extrofia vesical se trataron en el departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil de Colonia empleando además de otros métodos quirúrgicos tales como el cierre primario, ureterosigmoidostomía, ureterocutaneostomía, etc en 15 casos un conducto ileal y en 12 casos un conducto colónico. Estos niños pudieron ser controlados con un promedio de 8.5 o de 3 años después de la operación, clínica, roentgenologica y en algunos casos vía gammagrafía. Las complicaciones tardías que requirieron corrección quirúrgica, tales como estomatostenosis, alargamiento del conducto, estenosis de la anastomosis ureterointestinal, formación de cálculos en el conducto, o complicaciones como reflujo ureteral, recurrentes infecciones de los pasajes urinarios con pielonefritis, ocurrieron solo con conductos ileales, mientras que ninguna complicación que requiera cirugía fueron vistas con los conductos colónicos. Similares resultados con respecto a complicaciones tardías se encontraron entre los pacientes en Munich desde 1955 a 1983 con 35 extrofias de la vejiga (13 conductos ileales, 1 conducto colónico) en la que se vio un adenocarcinoma adicionalmente después de la ureterosigmoidostomía con resultado fatal. Por lo tanto, nosotros somos de la opinión de que el método de elección es la preparación de un conducto colónico en pacientes con extrofia vesical cuando el cierre primario no es posible debido a que la lámina vesical es demasiado pequeña o ya epitelializado. Este planteamiento ofrece la posible protección a largo plazo más segura del tracto urinario superior primario posicionado normalmente.

92. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA APLICACIONES PEDIATRICAS DEL AUMENTO CISTOPLASTICO: LA EXPERIENCIA JOHNS HOPKINS

Autores: Gearhart JP; Albertsen PC; Marshall FF y Jeffs RD.

Fuentes: Pubmed, J. Urol, agosto de 1986.

Desde 1976, 23 niños con extrofia vesical o cloacal, meningomielocele, agenesia sacral, síndrome prune belly y vejigas no compliances asociadas con válvulas uretrales o previas derivaciones sufrieron el aumento cistoplástico. De estos procedimientos, 7 se combinaron con algún tipo de desderivación urinaria. Los segmentos intestinales usados para el aumento incluían ileum solamente en 10 pacientes, segmentos ileocecales en 4, un parche sigmoideo en 8 y un parche de intestino delgado posterior en 1. Se colocó un esfínter urinario artificial en el momento del aumento vesical en 3 pacientes. No hubo fístulas urinarias o casos de rederivación urinarias. 2 pacientes requirieron agentes alcalizantes orales como resultado de persistente acidosis sistemática. 1 paciente requirió reoperación por 2 veces por obstrucción ureteral, 1 tuvo eliminado el dispositivo del esfínter secundario a erosión, 1 requirió reforzamiento de la válvula ileocecal debido a persistente reflujo y 1 requirió reoperación por obstrucción del intestino delgado. Otras complicaciones incluían una infección de la herida superficial y 5 infecciones del tracto urinario, todas de las cuales fueron tratadas fácilmente. 3 pacientes estaban vaciando espontáneamente y eran continentes, 18 estaban secos con auto cateterización intermitente., 1 tenía incontinencia al reírse y 1 permanecía incontinente después de la eliminación del esfínter. El aumento cistoplástico parece ofrecer una alternativa fidedigna a la derivación urinaria en el tratamiento reconstructivo de niños con vejigas con pequeña capacidad.

93. ASUNTO. URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA Y NEOPLASIAS Y CALIDAD DE VIDA
URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y EXTROFIA VESICAL: UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Autores: Zabbo A y Kay R.

Fuentes: Pubmed, J. Urol, agosto de 1986.

De los 158 pacientes que sufrieron la ureterosigmoidostomía para extrofia vesical desde 1925 a 1970 estaban disponibles para el seguimiento mediante entrevista telefónica. De estos pacientes, 34 todavía tenían una ureterosigmoidostomía funcional (30 tenían continencia completa día y noche) pero 18 requirieron derivación mediante otros métodos. Todos los pacientes se creían estar socialmente bien ajustados y conduciendo vidas productivas. De los pacientes sobreviviendo 15 o más años después de la ureterosigmoidostomía, el 11% tenía cáncer de colon. La mayoría de los restantes pacientes eran inconscientes del riesgo de engendrar adenocarcinoma mediante la ureterosigmoidostomía. Los pacientes que sufren de ureterosigmoidostomía deben estar completamente informados de todos los riesgos de salud y deberían organizarse programas de vigilancia adecuada. En selectos pacientes la ureterosigmoidostomía permanece como una forma útil de derivación urinaria, con excelente continencia y buena adaptación social.

**94. ASUNTO: NEOPLASIA Y EXPERIENCIAS
 INTERNACIONALES
ADENOCARCINOMA COLORECTAL EN ADULTOS
LIBANESES JOVENES. EXPERIENCIA DEL CENTRO
MEDICO DE LA UNIVERSIDAD AMERICANA DE BEIRUT
CON 32 PACIENTES.**

Autores: Ibrahim NK y Abdul – Karim FW.

Fuentes: Pubmed, Cáncer, agosto de 1986.

El adenocarcinoma colorectal es infrecuente en Líbano. La baja frecuencia y la edad promedio baja en el momento del diagnóstico, 53,7 años, es similar a lo observado en otros países en vías de desarrollo. Durante un periodo de 40 años (1945-1985), 32 pacientes (5,8%) desarrollaron adenocarcinoma colorectal antes de la edad de 30 años. 17 y 15 pacientes eran varones y hembras, respectivamente (rango de edad, 14-29 años). Los síntomas presentes más comunes eran sangre por el recto (27 pacientes) y dolor abdominal (23 pacientes). El intervalo promedio desde el primer síntoma al diagnóstico histológico fue de 5,7 meses. Los únicos factores predisponentes significativos eran la presencia de un historial familiar positivo para carcinoma colorectal en 1 paciente y extrofia vesical con derivación ureteral en otro. 24 pacientes tuvieron cirugía con intento curativo. El adenocarcinoma de anillo coloide y sello estaban presentes en 22 pacientes (68,7%). La clasificación mediante el sistema de escenificación de Duke demostró Fase C en 15 y Fase D en 5 pacientes. Estos descubrimientos indican un incremento significativo en carcinoma con grado histológico alto y fase avanzada en el momento de la presentación en los jóvenes pacientes libaneses.

95.ASUNTO: DIAGNOSTICO PRENATAL
**DIAGNOSTICO ULTRASONICO PRENATAL DE DEFECTOS
DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR**

Autores: Meizner I y Bar-Ziv J.

Fuentes: Pubmed, Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol, agosto de 1986.

9 casos de diferentes tipos de defectos de la pared abdominal anterior se diagnosticaron prenatalmente mediante ultrasonido: gastrosquisis (1 caso), onfalocele (5 casos), extrofia cloacal (1 caso) y la forma extrema del síndrome prune belly (2 casos). Las características ultrasónicas de gastrosquisis y onfalocele están bien reconocidas por la mayoría de los ecógrafos. El diagnóstico prenatal ultrasónico de la extrofia cloacal no ha sido informado previamente y es una muy rara entidad. El defecto de la pared abdominal anterior es más grande que en el onfalocele y se localiza infraumbilicalmente. Las ascites fetales y un mielomeningocele lumbosacral se presentan también. La forma extrema de síndrome prune belly se asocia con la ausencia de musculatura de la pared abdominal y dilatación marcada del tracto urinario, presentado ultrasónicamente como múltiples grandes quistes que ocupan la cavidad abdominal fetal distendida. Se discutirán el diagnóstico diferencial de estas entidades y guías para su correcto diagnóstico ultrasónico prenatal.

96. ASUNTO: VARIANTES DE EXTROFIA
DUPLICACION VESICAL CON UNA EXTROFIA Y UNA CLOACA

Autores: Fénix NR y Cranley W.

Fuentes: Pubmed, J. Pediatr Surg, julio de 1986.

La duplicación vesical es una rara anomalía. Se han descrito menos de 100 casos de todos los tipos en la literatura. Cuando ocurre la duplicación de la vejiga, se ha descrito previamente como una imagen reflejada en espejo o como una vejiga septada. Una recién nacida femenina se presentó con lo que parecía ser una extrofia vesical completa, un gran onfalocele roto con intestino grueso perforado, ano imperforado y un clítoris bífido. Se ha visto emanando orina de varios sitios: la mucosa vesical, la fístula mucosa construida en el momento de la colostomía, y el hemiclítoris izquierdo. El puzzle anatómico se resolvió cuando los múltiples estudios divulgaron que el problema es una duplicación vesical. La vejiga de la pared abdominal anterior estaba extrofiada, la vejiga intraabdominal era una cloaca y el hemiclítoris izquierdo contenía una uretra fálica, que drenaba la vejiga intraabdominal. La corrección total con funcionamiento normal se obtuvo. Este paciente demuestra que la duplicación vesical podría presentarse de varias formas.

97. ASUNTO: EMBARAZO Y FERTILIDAD Y ASPECTOS GINECOLOGICOS Y PROBLEMAS UROGINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

EMBARAZO Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN MUJERES CON EXTROFIA VESICAL

Autores: Burbige KA; Hensle TW; Chambers WJ; Leb R y Meter KF.

Fuentes: Pubmed, Urology, julio de 1986.

Como resultado del tratamiento quirúrgico y médico mejorado, un número incrementado de mujeres con extrofia vesical están alcanzando la edad de tener niños. Desdichadamente, existen pocos datos con respecto a su capacidad sexual, fertilidad y complicaciones potenciales de embarazos. Para evaluar estos parámetros, se repasaron los historiales médicos de 40 mujeres que oscilaban de 19 a 36 años que han sido tratados en la infancia para extrofia vesical. Los 14 embarazos en 11 mujeres (25%) resultaron en 9 partos exitosos, 3 abortos espontáneos y 2 abortos voluntarios. 9 mujeres en este grupo tenían derivaciones urinarias previas. 12 de las 40 mujeres estuvieron de acuerdo en participar en un estudio de la capacidad sexual. 8 de este grupo informaron que estaban ocupadas en actividad sexual regular. 6 informaron de orgasmos regulares, 4 de dispareunia y 5 de dismenorrea. 5 de estas mujeres han logrado 7 embarazos y solo 1 mujer en este grupo que deseaba el embarazo ha sido incapaz de concebir. Las complicaciones durante el embarazo incluían: prolapso uterino en 7, pielonefritis agudas en 1, prolapso del conducto ileal en 1 e incontinencia urinaria transitoria en 1.

98. ASUNTO: AUMENTO VESICAL Y CATETERIZACION Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA

INTESTINOCISTOPLASTIA EN COMBINACION CON LA CATETERIZACION LIMPIA INTERMITENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION VESICAL

Autores: Mitchell ME; Kulb TB y Baches DJ.

Fuentes: Pubmed, J. Urol, julio de 1986.

La intestinocistoplastia en combinación con la cateterización limpia intermitente se ha usado en el tratamiento de 60 pacientes jóvenes con disfunción vesical. De los pacientes, 39 (65%) tenía el diagnóstico primario de mielomeningocele, 8 tenía agenesia sacral, 3 tenían tumores de la médula espinal y 1 trauma de la médula espinal. Los restantes 9 pacientes tenían bien pérdida congénita, quirúrgica o traumática de todo o una gran porción de la vejiga. De los 60 pacientes, 30 había sufrido la derivación urinaria previa, mientras que los restantes 30 se consideraron fallos con tratamiento mediante cateterización limpia intermitente y medicación. Un total de 16 pacientes sufrieron la ileocecocoloplastia, mientras que 44 tuvieron aumento bien con cecum (8), sigmoide (18) o ileum (18). El seguimiento promedio fue de 4 años (rango de 16 meses a 7 años). 59 pacientes tienen funcionamiento renal estable o mejorado y el urograma excretor es estable o mejorado en todos los 60. De los pacientes, 38 (63%) se consideraban secos después del aumento vesical inicial, mientras que un adicional 14 se convirtieron en secos mediante un segundo procedimiento consistente en la reconstrucción del cuello vesical o colocación de un esfínter urinario artificial, siendo un total de 52 (87%) actualmente considerados que están secos. 11 pacientes han tenido al menos una infección del tracto urinario sintomática (18%) y 21 tuvieron un cultivo de orina positivo pero permanecían asintomáticos. Contrario a las creencias más tempranas, la intestinocistoplastia puede aplicarse eficazmente y apropiadamente en pacientes con disfunción vesical y uretral. La intestinocistoplastia combinada con la cateterización limpia intermitente ofrece una alternativa significativa a la derivación en tales pacientes.

99. ASUNTO: ASPECTOS PSICOSEXUALES Y PENE Y ESTETICA
Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA APARIENCIA
COSMÉTICA Y FUNCIONAMIENTO GENITAL EN CHICOS
CON EXTROFIA: REPASO DE 53 PACIENTES**

Autores: Mesrobian HG; Kelalis PP y Kramer SA.

Fuentes: Pubmed, J. Urol, julio de 1986.

Se analizaron los resultados a largo plazo del funcionamiento genital y apariencia cosmética en 53 pacientes con extrofia vesical. La apariencia cosmética satisfactoria de los genitales externos con un pene recto angulado hacia abajo en posición de pie se logró en el 55% de los pacientes. El funcionamiento eréctil normal se preservó en todos los pacientes y el 61% de los pacientes postpúberes había experimentado relaciones sexuales satisfactorias. El uso reciente de la prolongación peneal formal mediante la movilización parcial de los pilares del córpora cavernoso del ramis púbico combinado con una uretroplastia de etapa única o multiestadio ha producido una mejora significativa en resultados. De los pacientes 12 están casados y 5 han sido padres de niños.

100.ASUNTO: RECONSTRUCCION Y AUMENTO VESICAL Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA

RECONSTRUCCION DEL CUELLO VESICAL CON OMENTUM, SILICONA Y AUMENTO CISTOPLASTICO – UN INFORME PRELIMINAR.

Autores: Diamond DA y Ransley PG.

Fuentes: Pubmed, J. Urol, julio de 1986.

Se usó un nuevo método de reconstrucción del cuello vesical en el que el tubo Young Dees se envuelve con omentum y silicona en 39 pacientes durante un periodo de 20 meses. En el 43% de los pacientes también se realizó el simultáneo aumento cistoplástico. La silicona se destinó a mantener la longitud del tubo Young Dees y permitir la colocación del manguito del esfínter artificial seguro posteriormente cuando fuera necesario. Entre todos los pacientes con extrofia el 85% de aquellos que sufrieron el aumento y el 15% de aquellos que no lo sufrieron están secos. 1 paciente con extrofia seco tuvo una colocación del manguito del esfínter remarcablemente fácil 6 meses después de la reconstrucción del cuello vesical. De los pacientes con epispadias el 25% está seco y el 58% tiene un intervalo de sequedad de 2 horas o menos. La erosión de la silicona en el tubo Young Dees ocurrió en los primeros 5 pacientes en los que usó una envoltura espesa (0.01 – pulgadas) y en el 14% de aquellos en que se usó una lámina espesa (0.005 pulgadas). Se discuten los detalles de estas técnica y las modificaciones para reducir la proporción de complicaciones posteriores.

101.ASUNTO: EPISPADIAS Y PENE
**EL CURSO ANATOMICO DE LOS BULTOS
NEUROVASCULARES EN EPISPADIAS**

*Autores: Hurwitz RS; Woodhouse CR y Ransley P.
Fuentes: Pubmed, J Urol, julio de 1986.*

Las referencias sobre el curso anatómico de los bultos neurovasculares del pene en el epispadias son raras. Nosotros estudiamos la anatomía de los bultos neurovasculares en 5 pacientes que sufrieron la reparación del epispadias primaria y 13 adolescentes que sufrieron la corrección de deformidades eréctiles. En todos los primeros casos los bultos neurovasculares eran verdaderamente laterales ya que corría a lo largo de las porciones distales y zona media de los cuerpos corporeales y se convierte en anterolateral solo proximalmente. Los bultos se identificaron en solo 5 de 13 casos secundarios y estaban en la misma posición que en los casos primarios. El conocimiento de esta anatomía es importante para proteger aquellas estructuras del daño quirúrgico en los casos de epispadias y extrofia.

102.ASUNTO: FALOPLASTIA
ORTOPLASTIA EN EPISPADIAS

Autores: Brzenzinski AE; Homsy YL y Laberge I.

Fuentes: Pubmed, J Urol, julio de 1986.

La ortoplastia (un término usado en Europa para referirse a la escisión del chordeé y poner derecho el pene) en pacientes con epispadias ha suministrado resultados menores que los ideales en un pasado. Proponemos un planteamiento paso a paso secuencial para la evaluación y corrección de la deformidad corporeal, incorporación de injertos dermales sobre el aspecto dorsal del corpora cavernoso cuando se necesita lograr alargamiento y rectitud peneal funcional. El éxito, definido como una mejora significativa en la longitud peneal funcional, un pene que cuelga en un ángulo de 45° bajo la horizontal y mejoras en general en los resultados cosméticos se lograron en 7 de 8 pacientes.

103.ASUNTO: DERIVACION URINARIA Y RECONSTRUCCION USO DEL INTESTINO EN DESDERIVACION

Autores: Mitchell ME.

Fuentes: Pubmed, Urol Clin North Am, mayo de 1986.

La desderivación urinaria se está convirtiendo en un procedimiento infrecuente debido a los pocos pacientes que están siendo derivados. Las lecciones aprendidas de la desderivación, sin embargo, han hecho posible las reconstrucciones primarias tempranas en pacientes que previamente hubieran sido candidatos para la derivación. La cateterización limpia intermitente y el uso de intestino para aumentar o formar un vaso de almacenaje compliance para la orina ha permitido la reconstrucción en pacientes con vejigas y funcionamiento uretral anormales. Por tanto los pacientes con vejiga neurogénica o con severas anormalidades del tracto urinario inferior pueden ansiar riñones sanos y continencia urinaria sin el uso de dispositivos. Ciertamente todavía hay muchas lecciones que tienen que ser aprendidas, pero el potencial justo está empezando a ser apreciado.

104.ASUNTO: RECONSTRUCCION Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y RESULTADOS DE CONTINENCIA
**LA OPERACIÓN BOYCE – VEST PARA EXTROFIA VESICAL:
35 AÑOS DESPUÉS**

Autores: Óbice WH y Kroovand RL.

Fuentes: Pubmed, Urol Clin North Am, mayo de 1986.

24 pacientes con extrofia de la vejiga urinaria (23 pacientes) o epispadias (1 paciente) que fueron tratados mediante la operación Boyce – Vest han sido controlados por un total de 482 años paciente (rango de 3 a 34 años, promedio de 22 años). En todos los pacientes el funcionamiento renal y morfología ha permanecido normal y aquellos con compromiso preoperatorio han estabilizado o mejorado. Postoperatoriamente, ningún paciente ha desarrollado un desequilibrio electrolítico o acidosis metabólica requiriendo tratamiento, cálculo urinario o cambio maligno en el reservorio vesicorectal. Aunque el procedimiento y el complejo extrofia – epispadias presentan muchos desafíos no resueltos de tratamiento. El bebé con extrofia vesical urinaria parece ser mejor tratado mediante un cierre neonatal temprano de la vejiga extrófica como se describe por Jeffs, 6,8 que con intentos de establecer continencia urinaria más tarde en la niñez,. 6,8,11. Cuando otros métodos de establecer la continencia urinaria son insatisfactorios y la continencia anal satisfactoria se ha demostrado, el procedimiento Boyce – Vest ofrece una alternativa aceptable a largo plazo para establecer la continencia urinaria esfintérica. Tratado adecuadamente, el recién nacido con extrofia no complicada debería tener una expectativa de vida igual que otro cualquier neonato. Más importante es nuestra capacidad de suministrar a tales pacientes aceptabilidad social de adulto y relativa libertad de enfermedad urinaria.

105.ASUNTO: PENE Y ASPECTOS PSICOSEXUALES Y
FALOPLASTIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
**EL TRATAMIENTO DE LA DEFORMIDAD ERECTIL EN
ADULTOS CON EXTROFIA Y EPISPADIAS**

Autores: Woodhouse CR.

Fuentes: Pubmed, J Urol, mayo de 1986.

El tratamiento de 20 pacientes con deformidades eréctiles debido a la extrofia y epispadias se describe. El tipo de deformidad se definió mediante la cavernosografía y erecciones artificiales intraoperatorias. De los 20 pacientes, 15 tenían chordeé dorsal, 2 desviación lateral (1 también tenía chordeé dorsal) y 3 tenían corpora rudimentario bilateral que producía erecciones pequeñas e inadecuadas. Los últimos 3 pacientes fueron considerados inoperables. De los 15 pacientes con chordeé dorsal 12 fueron tratados mediante inserción de duramadre humana lifolizada en el lado cóncavo del córpora. Los resultados fueron buenos después de 1 intento en 8 y después de 2 intentos en 1, mientras que 1 tuvo chordeé recurrente distal en primer lugar y más tarde la faloplastia dural fue exitosa, 1 ha mejorado y 1 fue un fallo. De los restantes 3 pacientes en este grupo, 2 sufrieron la escisión de tejido cicatrizado (1 también tuvo un procedimiento ventral Nesbit) y la condición no era tan suficientemente mala como para requerir una operación en 1. De los 2 pacientes con desviación lateral, 1 fue tratado mediante derivación de un corpus rudimentario y faloplastia dural del corpus normal, la cual produjo una erección derecha pero bastante inestable, y 1 sufrió la faloplastia dural bilateral con un buen resultado.

106.ASUNTO: EMBRIOGENESIS
**UNA HIPOTESIS SOBRE EL ORIGEN ALANTOIDEO DEL
INTESTINO MEDIO DISTAL**

Autores: Zarabi CM y Rupani M.

Fuentes: Pubmed, Anat Rec, mayo de 1986.

No se ha ofrecido previamente ninguna explicación satisfactoria para la ausencia de la porción ileocecal del sistema digestivo en los recién nacidos con extrofia cloacal. Este es un artículo de tal caso en que las células linfocitas y plasma se usaron como marcadores tisulares para identificar el origen de la porción ileocecal rica en linfocitos del tracto digestivo. La ausencia de estas células, en este caso demostrado inmunohistoquímicamente, sugiere un origen dual de la zona del intestino medio. La embriogenesis normal del sistema digestivo se repasa y se discute la posibilidad de participación de la alantosis, además del saco yema de huevo en la embriogenesis del segmento ileocecal del tracto gastrointestinal.

107.ASUNTO: DERIVACION URINARIA
**EXPERIENCIA POSTERIOR CON DERIVACION URINARIA
DE URETEROCOLOCOSTOMIA DE ESTADIOS**

Autores: Nieh PT y Althausen AF.

Fuentes: Pubmed, Urology, mayo de 1986.

El desencanto con los resultados a largo plazo con la ureterosigmoidostomía y la derivación urinaria de lazo ileal conduce al incremento del uso del conducto colónico no refluyente. En 1978, nosotros informamos de nuestra experiencia inicial con 3 pacientes adultos en los que tal derivación se realizó inicialmente seguida de conversión con una colocolostomía de un extremo a otro logrando una ureterocolocolostomía por estadios no refluyente. Creemos que un procedimiento por estadios permitiría una descompresión del tracto urinario superior lejos del curso fecal, que uno podría confirmar la adecuación de los túneles no refluyentes previos a la exposición del curso fecal y que esto podría tener menos momentos de problemas electrolíticos y pielonefritis. El seguimiento más profundo de estos 3 pacientes originales así como también nuestras experiencias con los otros 2, según se informan aquí ha atemperado algo nuestro entusiasmo inicial.

108.ASUNTO: DIAGNOSTICO PRENATAL Y OTRAS
AFECCIONES
**DIAGNOSTICO ULTRASONICO PRENATAL DE
ANORMALIDADES TORACICAS E INTRATORACICAS
FETALES**

Autores: Meizner I; Bar-Ziv J e Insler V.

Fuentes: Pubmed, Isr J Med Sci, mayo de 1986.

17 casos de diferentes tipos de anomalías fetales torácicas e infratorácicas se diagnosticaron prenatalmente mediante ultrasonido: Hidropesía no inmune (5 casos), hernia diafragmática (3), síndrome de Potter (3), quilotórax (1), extrofia cloacal (1), la forma extrema de síndrome prune – belly (2), higroma quístico (1) y síndrome de polidactilia de costillas cortas (tipo Majeovski) (1 caso). Las características ultrasónicas de la hidropesía no inmune, hernia diafragmática, síndrome Potter e higroma quístico están bien reconocidas por la mayoría de los ecógrafos experimentados. Los diagnósticos prenatales ultrasónicos de la extrofia cloacal, una entidad muy rara, no han sido informados previamente. La condición consiste en un gran defecto de la pared abdominal anterior infraumbilical, mielomeningocele lumbosacral y ascitis fetal. La forma extrema de síndrome Prune Belly se asocia con la ausencia de musculatura de la pared abdominal y marcada dilatación del tracto urinario, presentada ultrasónicamente como grandes quistes múltiples que ocupan la cavidad abdominal fetal distendida. En la extrofia cloacal, síndrome prune – belly, síndrome Potter y síndrome polidactílico de costilla corta la anomalía del pecho son similares en acortamiento extremo de la caja torácica, lo cual tiene varias causas. Se presenta el diagnóstico diferencial de todas estas entidades y guías para su correcto diagnóstico prenatal.

109. ASUNTO: NEOPLASIA Y URETEROSIGMOIDOSTOMIA
CARCINOGENESIS EN URETEROSIGMOIDOSTOMIA

Autores: Gittes RF.

Fuentes: Pubmed, Urol Clin North Am, mayo de 1986.

Ambas observaciones, clínicas y experimentales establecen que un adenocarcinoma de colon es probable que ocurra en la línea de sutura de la ureterosigmoidostomía. La carcinogenesis depende de la presencia inicial de orina, heces, urotelio y epitelio colónico en yuxtaposición estricta en una línea de sutura curada. No ocurre en los lazos de colon aislados usados para la derivación urinaria. En nuestro modelo de rata, los tumores se previnieron completamente interponiendo ileum entre el urotelio y el colon. La prevención clínica requiere de registros hospitalarios seguros de pacientes en riesgo de establecerse y que se lleven a cabo colonoscopias anuales en todos ellos.

110.ASUNTO: RECONSTRUCCION Y PENE
**COLGAJOS ROMBOIDES BILATERALES PARA LA
RECONSTRUCCION DE GENITALES EXTERNOS EN
EPISPADIAS – EXTROFIA**

Autores: Kramer SA y Jackson IT.

Fuentes: Pubmed, Plast Reconstr Surg, abril de 1986.

En 10 varones jóvenes con el complejo extrofia –epispadias, se usó una nueva técnica de colgajos romboides bilaterales para la prolongación peneal y reconstrucción genital. Este planteamiento ofrece menos opción de daño al veromontanum y a los conductos de eyaculación y define con seguridad el ángulo penopúbico. Los resultados cosméticos y funcionales fueron satisfactorios en todos los pacientes.

111.ASUNTO: OMBLIGO

**RECONSTRUCCION DE OMBLIGO DURANTE EL CIERRE
FUNCIONAL DE EXTROFIA VESICAL**

Autores: Hanna MK.

Fuentes: Pubmed, Urology, abril de 1986.

En bebés nacidos con extrofia vesical el ombligo está desplazado caudalmente y unido al margen superior de la vejiga extrófica. La cirugía reconstructiva a menudo elimina el ombligo. Se presenta una técnica para la preservación y reposicionamiento del ombligo.

112.ASUNTO: DIASTASIS PUBICA Y PROBLEMAS
ORTOPEDICOS
**LA SINFISIS PUBICA. CONSIDERACIONES ANATOMICAS Y
PATOLOGICAS**

Autores: Gamble JG; Simmons SC y Fredman M.

Fuentes: Pubmed, Clin Orthop Relat Res, febrero de 1986.

La sínfisis púbica es una articulación amfiartrodial no sinovial que se sitúa en la confluencia de 2 huesos púbicos. Un disco fibrocartilaginoso intrapúbico espeso es atrapado entre las capas delgadas de cartílago hialino. El ligamento púbico inferior suministra la mayoría de la estabilidad de la articulación. Las secciones anatómicas demuestran una sínfisis al final del segundo mes de gestación. Se presentan las placas – terminaciones cartilaginosas espesas en el nacimiento pero se convierten a delgadas con el transcurso de la maduración esquelética. Los desórdenes congénitos que resultan en fallo de la formación de la sínfisis incluyen la extrofia vesical y la disostosis cleidocranial. Ambas enfermedades infecciosas la piogénica y la tuberculosis ocasionan la sínfisis. Las enfermedades metabólicas, tales como la osteodistrofia renal produce el ensanchamiento, mientras que la ocronosis produce depósitos calcificados en la sínfisis. La enfermedad inflamatoria, tal como la espondilitis anquilosante ocasiona la fusión ósea de la sínfisis. La osteitis púbica, la enfermedad inflamatoria más común es tratada con medicación antiinflamatoria y descanso. La enfermedad de articulación degenerativa de la sínfisis, que puede causar dolor en la ingle, resulta de la inestabilidad o de mecanismos pélvicos anormales. Al igual que con la mayoría de las articulaciones, la sínfisis sirve como una barrera a la invasión del tumor. Los modelos de trauma incluyen diástasis, fractura montada, fractura intraarticular y dislocación de solapamiento y combinaciones de lesiones.

113.ASUNTO: OTRAS AFECCIONES

ANO IMPERFORADO EN HEMBRAS: FRECUENCIA DE IMPLICACION DE TRACTO GENITAL, INCIDENCIA DE ANOMALÍAS ASOCIADAS Y RESULTADO FUNCIONAL

Autores: Fleming SE; Hall R; Gysler M y McLorie GA.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, febrero de 1986.

De las 162 pacientes femeninas con ano imperforado, 21% tenían una anomalía no comunicante y el 79% tenía una anomalía comunicante del recto o ano. Se encontraron anomalías anatómicas asociadas en el tracto urinario inferior (15%), tracto urinario superior (25%), tracto genital inferior (27%) y tracto genital superior (35%), y sistemas orgánicos adicionales (51%). La muerte ocurrió en 26 pacientes y en 19 esta fue atribuida a las anomalías asociadas. El resultado funcional se evaluó en estos pacientes a los 13 años de edad o mayores. El funcionamiento intestinal era normal o cerca de lo normal en el 85%, al igual que el funcionamiento urinario y renal. En el 44% de los pacientes evaluados, había anomalía vaginal persistente o cicatrices y en el 25% esto fue suficientemente severo como para requerir cirugía futura.

114.ASUNTO: DERIVACION URINARIA
**RESULTADOS DE LA DERIVACION DE LA ORINA EN LOS
INTESTINOS EN LA EXTROFIA VESICAL EN NIÑOS**

Autores: Bairov GA; Osipov IB y Akhmedzhanov I.

Fuentes: Pubmed, Vestn Khir Im I I Grez, febrero de 1986.

Un análisis de los resultados inmediatos y a largo plazo de la eliminación de la orina en los intestinos en la extrofia vesical urinaria en 100 niños ha reflejado que la sigmocistoanastomosis es un método óptimo que restaura de forma fiable la continencia de orina y previene el desarrollo de infección urinaria y pielonefritis.

115.ASUNTO: VARIANTES DE EXTROFIA
EXTROFIA DUPLICADA: INFORME DE 3 CASOS

Autores: Arap S y Giron AM.

Fuentes: Pubmed, Eur Urol, 1986.

3 casos de duplicada extrofia se describen y se discuten los mecanismos teóricos de su embriogenesis. En todos los 3 casos había deformidad esquelética pélvica clásica. El control urinario fue normal en 2 de 3 pacientes. El planteamiento quirúrgico consistió de reparación plástica del defecto de la pared abdominal en todos los pacientes y corrección de la incontinencia urinaria en 1.

116.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL
RIÑÓN PELVICO EN EXTROFIA CLOACAL

Autores: Herman TE; Cleveland RH y Kushner DC.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Radiol, 1986.

4 de 5 pacientes con extrofia cloacal vistos en el Hospital General de Massachussets desde 1978 han tenido riñones pélvicos. Esta asociación se discute y se considera una explicación embriológica posible.

117.ASUNTO: NEOPLASIA

ADENOCARCINOMA EN EXTROFIA VESICAL. INFORME DE UN CASO Y REPASO DE LA LITERATURA

Autores: De Riese W y Warmbold H.

Fuentes: Pubmed, Int Urol Nephrol, 1986.

Ha habido 81 casos de carcinoma en vejiga extrófica descritos previamente. Nosotros describimos otro caso. Demuestra el problema del diagnóstico temprano de carcinoma en la extrofia vesical y las consecuencias terapéuticas de una temprana cistectomía. En concordancia con la literatura actual ilustramos las teorías sobre la oncogenesis y repasamos los casos publicados previamente.

118. ASUNTO: RECONSTRUCCION Y DERIVACION URINARIA Y
RESULTADOS DE CONTINENCIA Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
**RESULTADOS DE RECONSTRUCCION VESICAL Y URETRA
PARA EXTROFIA**

*Autores: Mollard P; Basset T; Deseubis M y Bringeon G.
Fuentes: Pubmed, Chir Pediatr, 1986.*

61 pacientes con extrofia vesical clásica fueron vistos en nuestra institución durante los últimos 22 años. 5 pacientes sufrieron la derivación urinaria primaria, en 6 la reconstrucción conforme al método Couvelaire-Agap se intentó sin éxito. Para 50 pacientes se eligió un planteamiento de estadios para el cierre funcional. Un repaso de los éxitos, fallos y complicaciones suministra las bases para que los tratamientos que ahora se están usando en los nuevos pacientes. Se discuten los aspectos técnicos de este tratamiento que suministra la mejor opción para la continencia sin daño renal y genitales externos satisfactorios. Un excelente resultado quirúrgico, definido como el logro de intervalos de sequedad durante 3 horas con vida social normal y sin daño renal se logró en el 74% de los niños (100% de las chicas).

119.ASUNTO: GENERALIDADES

**WILLIAM E. LADD, M.D.: GRAN PIONERO DE CIRUGIA
PEDIATRICA DE NORTE AMERICA**

Autores: Bill H.

Fuentes: Pubmed, Prog Pediatr Surg, 1986.

William E. Ladd (1880-1967) fue el más grande pionero cirujano pediátrico de Norte América. Su familia ha sido comerciante de Nueva Inglaterra. Fue educado en Harvard y trabajó dentro de la Escuela Médica de Harvard durante su especialización quirúrgica completa. Comenzó a limitar su práctica quirúrgica al cuidado de bebés y niños en el Hospital Infantil de Boston nada más ocurrir la Primera Guerra Mundial. Una base para sus grandes contribuciones yace en el establecimiento de un sistema de historiales médicos seguros con un seguimiento continuo de los pacientes. Otro factor básico fue el desarrollo de políticas y métodos para cada tipo de enfermedad quirúrgica. Estas políticas y métodos luego sufrieron evolución como consecuencia de la aparición de mejoras potenciales. Usando este planteamiento general, Ladd promovió la mejora en el cuidado de casi todos los tipos más comunes de enfermedades pediátricas tratables por el cirujano. Entre las tempranas estaban la intususcepción y estenosis pilórica. Más tarde, entre otras muchas cosas, desarrollo sistemas útiles para el tratamiento de hernias, sangrado rectal, atresia biliar, fallo de rotación del tracto gastrointestinal, anomalías rectales y extrofia vesical. Hizo contribuciones infrecuentes al cuidado del tumor de Wilms y atresia del esófago. Fue un gran maestro. Sus pupilos se han convertido en maestros de muchos otros cirujanos pediátricos a lo largo del mundo.

120.ASUNTO: NEOPLASIA Y DERIVACION URINARIA
OCURRENCIA DE ADENOCARCINOMA EN EL COLON SIGMOIDEO SEGUIDO DE LA OPERACIÓN MAYDL PARA EXTROFIA VESICAL URINARIA

Autores: Zvara V; Slugen I y Breza J.

Fuentes: Pubmed, Czech Med, 1986.

Se informa de 2 casos de adenocarcinoma colónico que aparecen a los 44 y 25 años, respectivamente, después de una operación de extrofia vesical urinaria realizada conforme a Maydl. Se ha enfatizado una necesidad de controles regulares de pacientes con derivaciones de orina interiores. En el caso una sospecha de tumor es necesario alterar la derivación interna por una exterior y también se requiere una resección del colon en el lugar del trígono vesical urinario. El cirujano checo Karel Maydl fue el primero en implantar el trígono de una vejiga urinaria dividida en el colon sigmoideo en 1982. Este tipo de operación se usa incluso hoy en día por bastantes urólogos europeos con excelentes resultados a largo plazo con respecto a la preservación de un paso ureterovesical intacto que previene el reflujo de los componentes intestinales en el uréter y también previene la formación de constricciones en las partes terminales del uréter. En 2 pacientes que han estado viviendo durante 25 y 44 años desde que fueron operados para la extrofia vesical urinaria conforme a Maydl, se diagnosticó un adenocarcinoma colónico. El tumor directamente afectaba a la pared del trígono implantado y también implicaba a las partes de alrededor de la pared colónica.

121.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL
**UNA ENTEROAPLICACION NEO-URETRA PARA LA
CONTINENCIA URINARIA EN UN CASO DE EXTROFIA
CLOACAL**

Autores: Lobe TE; Smey y Anderson GF.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, diciembre de 1985.

Una fémica de 4 años, nacida con extrofia cloacal, regresó para evaluación de su incontinencia urinaria 2 años después de su reparación inicial. Su vejiga había arreglado en su primera operación y tenía una capacidad de aproximadamente 15 cc. Sus uréteres salían cerca del introito reconstruido. En el momento de la reoperación, su vejiga medía 3,5 cm en longitud y parecía estar bien curada y de consistencia normal. Se creó un colgajo vesical de la pared anterior que tenía su base en la cúpula y que reflejaba 180 ° grados cefálicos. La vejiga luego se tubularizaba por un catéter de 10 french para crear una “neouretra” de 6 cm en longitud. Ambos uréteres se reimplantaron en un conducto ileal, construido de 18 cm de largo, en una forma no refluyente. La terminación distal, sobrecosida, del conducto se cosió por la pelvis, en el nivel del cuello vesical y posterior a la “neouretra”. La terminación de la “neouretra” se anastomizó a la pared anterior del reservorio intestinal, que luego se plegaba circunferencialmente alrededor de la neouretra en una manera muy similar a la construcción de una funduplicación Nissen para el reflujo gastroesofágico. La presión en el reservorio sirve para mantener la neouretra cerrada para que la orina no se escape hasta que la neouretra es intubada. Ella está finalmente continente de orina con un programa exitoso de cateterización limpia intermitente. Sus tractos superiores permanecen no dilatados y están libres de reflujo intestino-ureteral. Su orina es estéril.

122.ASUNTO: INCONTINENCIA FECAL Y
URETEROSIGMOIDOSTOMIA
**BIOFEEDBACK PARA EL TRATAMIENTO DE LA
INCONTINENCIA ANAL EN UN NIÑO CON
URETEROSIGMOIDOSTOMIA**

Autores: Duckro PN; Purcell M; Gregory J y Schultz K.

Fuentes: Pubmed, Biofeedback Self Regul, diciembre de 1985.

Se presenta el caso de un niño de 7 años con extrofia vesical. Se emplearon el biofeedback y la terapia comportamental en el tratamiento de la incontinencia anal, que ocurría seguido de la derivación ureterosigmoidostomía. Después de 19 sesiones de tratamiento y seguimiento durante un periodo de 12 meses, hubo decrecimiento significativo en la incontinencia fecal / urinaria. El paciente estaba sucio el 29% de las horas de estar despierto durante las primeras 4 semanas de tratamiento. Esta figura caía al 9,7% durante las últimas 3 sesiones. La satisfacción subjetiva de padres, niño y profesores era alta. Estos logros se mantenían durante un periodo de seguimiento de 12 meses. Dado el diseño del presente estudio, no es posible determinar si el biofeedback por si tenía un efecto de tratamiento específico. El caso demuestra la utilidad de una terapia comportamental de base extensa en el tratamiento de la suciedad fecal / urinaria, la cual es una frecuente complicación rebelde de la ureterosigmoidostomía.

123.ASUNTO: DIAGNOSTICO PRENATAL Y EXTROFIA
CLOACAL

**DIAGNOSTICO ULTRASONICO PRENATAL DE EXTROFIA
CLOACAL**

Autores: Meizner I y Bar-Ziv J.

Fuentes: Pubmed, Am J Obstet Gynecol, diciembre de 1985.

La extrofia cloacal es una malformación rara, pero la mayoría de sus características estructurales prominentes pueden observarse mediante ultrasonografía detallada. Se informa de un caso en que esta anomalía se diagnosticó mediante escáner prenatal.

124.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL E INVESTIGACION
**INDUCCION DE EXTROFIA CLOACAL EN EL EMBRION DE
UN POLLO USANDO LASER CO2**

Autores: Thomalla JV; Rudolph RA; Rink RC y Mitchell ME.

Fuentes: Pubmed, J Urol, noviembre de 1985.

Hemos desarrollado un modelo para la extrofia cloacal en un embrión de pollo usando el láser CO2 Cavitron AO 300. El embrión de 68 a 76 horas de desarrollo se le ha lesionado el caudal a los vasos onfalomesentéricos en la región de la yema de la cola en ovo. Esto ha resultado en la inducción de la extrofia cloacal en 5 de 59 pollos que sobrevivieron 10 días después de la lesión. La evidencia de este modelo sugiere que la extrofia cloacal está causada por la ruptura de la membrana cloacal o ese grupo de células responsables de su desarrollo posterior.

125.ASUNTO: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y
RECONSTRUCCION
EXTROFIA VESICAL: EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

Autores: Saltzman B; Miniberg DT y Muecke EC.

Fuentes: Pubmed, Urology, octubre de 1985.

89 pacientes con extrofia vesical fueron vistos en nuestra institución durante los últimos 50 años. Hubo 63 varones y 26 hembras. La extrofia cloacal constituía el 9% de nuestra experiencia. 27 pacientes sufrieron la derivación urinaria primaria con la subsiguiente reconstrucción genital temprana en nuestras series. De los 57 niños operados desde 1951, 50 consideraron elegir y sufrieron una reconstrucción planificada multiestadios. Tuvimos un 50% de proporción de éxito. La mayoría de los fallos se derivaron en un conducto ileal por incontinencia persistente.

126.ASUNTO: EPISPADIAS Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES
EPISPADIAS: CONTENDIENTES CON CONTINENCIA

Autores: Saltzman B; Miniberg DT y Muecke EC.

Fuentes: Pubmed, Urology, setiembre de 1985.

47 pacientes con epispadias no asociados con extrofia vesical se trataron en nuestra institución durante la última media década. Había 8 hembras y 39 pacientes varones, 37 de los cuales tuvieron epispadias retrosinfiseal. De los 20 varones pacientes con epispadias subsinfiseal e incontinencia 13 tenían un resultado de favorable a excelente. De las 7 hembras con epispadias retrosinfiseal e incontinencia, todas salvo 1 tuvieron la derivación urinaria. Un análisis de nuestros datos sugiere que la intervención operatoria prematura excluye la obtención de resultados funcionales y cosméticos máximos. Además, la discrepancia en nuestra proporción de éxito general utilizando una técnica de una etapa versus un procedimiento de estadios preferido por otros podría ayudar posteriormente.

127.ASUNTO: CISTOGRAFIA Y ECOGRAFIA E INVESTIGACION
Y GENERALIDADES
**RECEPTORES COLINÉRGICOS MUSCARINICOS EN
EXTROFIA VESICAL: PERSPECTIVAS Y TRATAMIENTO
QUIRURGICO**

*Autores: Shapiro E; Jeffs RD; Gearhart JP y Lepor H.
Fuentes: Pubmed, J Urol, agosto de 1985.*

El tratamiento quirúrgico de la extrofia vesical clásica (cierre vesical clásico o derivación urinaria) debería estar influenciado por el funcionamiento inherente del detrusor de la vejiga extrófica. Los cistometrogramas realizados previamente sobre individuos con cierres de extrofia exitosos demuestran funcionamiento vesical normal. Las propiedades bioquímicas y neurofisiológicas de la vejiga extrófica por otra parte no han sido investigadas. En este estudio se usaron las técnicas de unión del receptor radioligando para comparar la densidad y equilibrio de la disociación constante de los receptores colinérgicos muscarínicos en vejigas de control y extrofias. La densidad de receptores colinérgicos muscarínicos en los grupos de control y extrofia eran de 1.97 plus o minus 0.29 y 1.44 plus o minus 0.21 fmol de ácido deoxyribonucleido por microgramo (promedio plus o minus error estándar promedio), respectivamente. La constante disociación de los grupos de control y de extrofia eran de 0.15 plus o minus 0.02 y 0.14 plus o minus 0.02 nM (promedio plus o minus error estándar de promedio), respectivamente. Estos datos demuestran que la densidad del receptor muscarínico y la afinidad de unión en vejigas de control y de extrofia eran similares. Por lo tanto, la composición neurofisiológica de la vejiga extrófica no está alterada gravemente durante el desarrollo anómalo.

128.ASUNTO: GENERALIDADES Y OTRAS AFECCIONES
**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN RECIEN NACIDOS CON
DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL**

Autores: Hershenson MB; Brouillete RT; Klemka L; Raffensperger JD; Poznanski AK y Hunt CE.

Fuentes: Pubmed, J Pediatr Surg, agosto de 1985.

El fallo respiratorio en recién nacidos con defectos de la pared abdominal se ha atribuido que incrementan la presión intraabdominal y la elevación del diafragma después del cierre. A pesar de las técnicas quirúrgicas diseñadas para minimizar la presión intra abdominal, hemos observado insuficiencia respiratoria prolongada en bastantes bebés de estos. Repasamos los historiales de 108 bebés desde 1975 a 1982 que tenían defectos de la pared abdominal: 53 con gastrosquisis, 29 con onfaloceles pequeños, 22 con onfaloceles gigantes o que contiene el hígado (GO), y 4 con extrofia cloacal. 9 bebés con GO (41%) tenían insuficiencia respiratoria prolongada y 5 murieron. Los bebés con GO requerían periodos más largos de oxigenación y ventilación (P menor de .001, ANOVA) que los bebés con otros defectos de la pared abdominal. La observación clínica sugería que los bebés con GO tienen un tórax pequeño y estrecho. Obtuvimos mediciones detalladas de las radiografías del pecho en los bebés de todos los grupos. Después de la corrección por el peso natal, los bebés con GO tenían anchuras de pecho (P menor de .001) y áreas de pulmón más pequeñas (P menor de .05) que los bebés con otros defectos de la pared abdominal. En el momento de la autopsia, 1 recién nacido con GO se encontró tenía hipoplasia pulmonar severa. La insuficiencia respiratoria prolongada en bebés con GO podría explicarse por la hipoplasia pulmonar y/o una deformidad de pecho estrecho que limita la expansión del pulmón.

129.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL Y EXPERIENCIAS
INTERNACIONALES Y CALIDAD DE VIDA
EXTROFIA CLOACAL: UNA EXPERIENCIA DE 22 AÑOS

Autores: Diamond DA y Jeffs RD.

Fuentes: Pubmed, J Urol, mayo de 1985.

Se discute nuestra experiencia de 22 años en el tratamiento de 12 pacientes con extrofia cloacal. Todos los pacientes sufrieron el cierre vesical funcional. De 7 pacientes evaluables, 3 (43%) tiene intervalos de continencia de 3 a 4 horas y constituye el primer informe de continencia urinaria satisfactoria seguido de cierre vesical funcional en pacientes con extrofia cloacal. De 8 pacientes con un Kariotipo XY, 6 fueron criados como niñas con genitoplastia satisfactoria, mientras que 2 se criaron como chicos tuvieron genitales externos funcionalmente inadecuados. El tratamiento de la parte posterior del intestino rudimentario variaba y se discuten los planteamientos alternativos. Parece que esta población paciente puede ser rehabilitada para conducir vidas satisfactorias.

130.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL Y RESONANCIA
MAGNETICA

**DOBLE DISCONTINUO LIPOMIELOMENINGOCELE:
DESCUBRIMIENTOS CT**

Autores: Gorey MT; Naidich TP y McLone DG.

Fuentes: Pubmed, J Comput Assist Tomogr, mayo- junio de 1985.

Una niña de 3 años con la extrofia cloacal reparada y 2 masas lumbosacrales dorsales cubiertas de piel se documentó tener 2 lipomielomeningoceles en niveles discontinuos de una médula espinal trabada. Se presentan las apariencias clínicas, radiográficas, mielográficas, CT y quirúrgicas para ilustrar las notas de esta extremadamente rara anomalía.

131.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL Y EPIDEMIOLOGIA
**EXTROFIA CLOACAL Y DEFECTOS RELACIONADOS CON
LA PARED ABDOMINAL: INCIDENCIA Y FACTORES
DEMOGRAFICOS**

*Autores: Evans JA; Darvil KD; Trevenen C y Rockman-Greenberg C.
Fuentes: Pubmed, Clin Genet, marzo de 1985.*

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de los defectos de onfalocele y extrofia de la pared abdominal en Maniotota para determinar la prevalencia de estos defectos, cambios en la incidencia natal con el paso del tiempo y su heterogeneidad etiológica. La incidencia del onfalocele aislado era similar a la informada en otras series pero la incidencia general de otros tipos de defectos de la pared abdominal era alta. Los defectos de la extrofia cloacal, la extrofia vesical y la interrupción amnion contribuían significativamente al número de casos cerciorados y enfatizaban la heterogeneidad de los defectos de la pared abdominal. Hubo fluctuaciones en la incidencia natal con el paso del tiempo con la extrofia cloacal especialmente siendo más común en 1980-81. Ningún dato demográfico específico o factores medioambientales se documentaron en los casos vistos en 1980-81 lo cual podría explicar la alta incidencia en esos años. La extrofia cloacal, sin embargo, ahora se aprecia ser mucho más común que primeramente se entendía. Los estudios directos en la determinación de las causas de los cambios aparentes en la incidencia de malformaciones tales como onfalocele o defectos eutróficos tendrán en cuenta ambas, las fluctuaciones en la incidencia de fondo de estos defectos y la considerable diversidad en sus etiologías.

132.ASUNTO: VARIANTES DE EXTROFIA
CANAL URETRAL ACCESORIO

Autores: Alon H; Eidelman A y Manor H.

Fuentes: Pubmed, Isr J Med Sci, febrero de 1985.

Se describe un caso de canal uretral accesorio con amplia divergencia del pubis, sugiriendo una relación con el complejo extrofia – epispiadias. Se discuten los diversos factores embrionarios y posibles modos de tratamiento.

133.ASUNTO: VARIANTES DE EXTROFIA

DUPLICACION URETRAL Y COMPLETA EXTROFIA VESICAL

Autores: Schuize KA; Pfister RR y Ransley PG.

Fuentes: Pubmed, J Urol, febrero de 1985.

La duplicación uretral es una rara anomalía que ha sido clasificada en duplicaciones epispadias, hipospadias, huso, Y-y variedades colaterales. Nosotros informamos un caso de una uretra asociada con extrofia vesical completa en la que la uretra accesoria se integró en la reparación del epispadias. Para nuestro conocimiento este es el primer caso informado de duplicación uretral asociada con extrofia vesical.

134.ASUNTO: VARIANTES DE EXTROFIA
**EXTROFIA CUBIERTA Y SECUESTRO VISCERAL: UNA
RARA VARIANTE DE EXTROFIA**

*Autores: Narasimharao KL; Chana RS; Miltra SK y Pathak IC.
Fuentes: Pubmed, J Urol, febrero de 1985.*

Nosotros informamos de un caso de extrofia cubierta y secuestro de un segmento de intestino sobre la superficie del abdomen, el cual es una rara variante del complejo eutrófico. Los genitales externos y la continencia urinaria eran normales. La simple escisión del intestino ectópico fue curada.

135.ASUNTO: APOYO SOCIAL

**SERVICIOS ENFOCADOS A LA FAMILIA PARA NIÑOS CON
DESORDENES RAROS, EJEMPLIFICADOS EN LA EXTROFIA
VESICAL. UN PROGRAMA DE SALUD NACIONAL NORUEGO**

Autores: Vandvik IH y Storhaug K.

Fuentes: Pubmed, Clin Pediatr (Phila), febrero de 1985.

Las familias de niños con desórdenes raros tienen muchas experiencias en común, así como también problemas relacionados con el desorden específico. Este artículo presenta el Centro de Salud Frambu y los servicios enfocados a la familia ofrecidos a pacientes con extrofia vesical durante la primera información y curso del tratamiento organizado para este grupo en el Centro. Se presentan las principales áreas de las preocupaciones según se informa por las familias.

136.ASUNTO: EXTROFIA CLOACAL
EXTROFIA CLOACAL: UNA HIPOTESIS SOBRE EL ORIGEN
ALANTOIDEO DE LA PARTE MEDIA DEL INTESTINO
DISTAL

Autores: Zarabi CM, y Rupani M.

Fuentes: Pubmed, Pediatr Pathol, 1985.

Se informa de un caso de extrofia cloacal. Se repasan las diferentes teorías sobre la embriogénesis de esta deformidad congénita. La posibilidad de participación alantoidea en la embriogenesis de la extremidad distal de la parte media del intestino se discute.

137.NEOPLASIA Y URETEROSIGMOIDOSTOMIA Y SEGMENTO COLONICO E INJERTO

CANCER DE COLON SEGUIDO DE LA URETEROSIGMOIDOSTOMIA O SEGUIDO DEL AGRANDAMIENTO VESICAL USANDO UN INJERTO COLONICO

Autores: Steg A; Conque S; Teyssier P; Amar E; Schrameck E y Boiteux JP.

Fuentes: Pubmed, Ann Urol (París), 1985.

El papel de los factores cancerígenos seguido de la derivación urinaria se estudia aquí sobre la base de 3 casos muy diferentes. En el primero, un adenocarcinoma se desarrolló en el lugar de una anastomosis ureterocólica 31 años después de la operación Coffey para extrofia vesical. En el segundo, el tumor se había desarrollado, 31 años después de la ureterosigmoidostomía, por trauma ureteral. La anastomosis por otra parte ha cesado de funcionar 10 años previamente. En el tercer caso, el paciente había sufrido una nefrectomía derecha por tuberculosis urinaria y una coloplastia para agrandar la vejiga con reimplantación del uréter izquierdo en el injerto. 21 años más tarde, desarrolló un adenocarcinoma en el lugar de la anastomosis entre el injerto colónico y la vejiga. Este fue un caso excepcional (posiblemente el primero) de un tumor cryptal que desarrollo fuera del contacto con el material. Por tanto va en contra de la presunta participación de las facies en el desarrollo de adenocarcinomas seguidos de la derivación urinaria.

138.ASUNTO: EMBARAZO Y FERTILIDAD
EXTROFIA VESICAL Y EMBARAZO. APROPOSITO DE 2 CASOS

*Autores: Peneau M; Body G; Lansec J; Berger C; Lanson Y y Zephir D.
Fuentes: Pubmed, Am. Urol (París), 1985.*

Los autores informan de 2 casos de embarazos de mujeres que sufren de extrofia vesical. 1 de las pacientes ha sido operada en la niñez para la reconstrucción vesical y la otra ha sufrido la operación Coffey, así que ambas eran capaces de conducir prácticamente vidas normales en el periodo de adulto. 3 niños nacieron por cesárea profiláctica. La extrofia vesical generalmente se asocia con otras malformaciones urológicas, genitales o, en ocasiones, ortopédicas. Este artículo analiza las consecuencias de estas malformaciones sobre el curso del embarazo y parto, y las consecuencias del embarazo sobre el tracto urinario o sobre los diferentes tipos de reconstrucción quirúrgica. Las indicaciones para el tipo de parto (paso natural o cesárea) se discuten a la luz de la experiencia personal de los autores y un repaso de la literatura.

139.ASUNTO: OTRAS AFECCIONES Y EXTROFIA CLOACAL
MILOCISTOCELE TERMINAL

Autores: McLone DG y Naidich TP.

Fuentes: Pubmed, Neurosurgery, enero de 1985.

Los mielocistoceles terminales constituyen aproximadamente el 5% de las masas lumbosacrales cubiertas de la piel y son especialmente comunes en pacientes con extrofia cloacal. Patológicamente, los mielocistoceles terminales comprenden: a) una espina bífida lumbosacral cubierta de piel, b) un meningocele aracnoideo que es directamente continuo con el espacio espinal subaracnoideo y c) una médula espinal hidromélica, yaciendo baja que atraviesa el meningocele luego se expande en un gran quiste terminal. El quiste terminal sobresale en el caudal compartimiento extraaracnoideo al meningocele y forma un saco distal que no comunica con el espacio subaracnoideo. El quiste terminal está revestido de epéndimo y glia displásica, está directamente continuada con el canal centra dilatado de la médula, y probablemente representa un ventrículo terminal hinchado. Los pacientes con mielocistocele terminal tienen potencial intelectual normal y generalmente nacen sin déficit neurológico, por eso estos defectos deben ser identificados y reparados pronto, antes del comienzo o progresión de la paresia de las extremidades inferiores.