

Editorial

Las posibilidades de derivación en la reconstrucción del tracto urinario inferior para reemplazar la vejiga son múltiples y abarcan desde un tipo no continente (ureterostomía cutánea, conducto ileal o conducto colónico, entre otros), hasta una derivación continente (neovejiga ortotópica o bolsa de Indiana). También pueden clasificarse según la localización, ya sea en derivaciones heterotópicas (en sitio diferente de la ubicación de la vejiga) o en ortotópicas (en el mismo sitio de la vejiga nativa). La bolsa de Indiana se clasifica como una derivación continente y heterotópica.

Para la realización de la bolsa de Indiana se utiliza el colon ascendente, que se remodela para ser el reservorio, y un segmento del íleon distal, que se aboca a la piel para permitir el autocateterismo periódico como mecanismo de eliminación de la orina.

Como se muestra en el artículo de López Gil y cols., titulado “Bolsa de Indiana en el tratamiento de tumores malignos de la pelvis y de sus secuelas. Experiencia de 20 años en el Instituto Nacional de Cancerología”, la bolsa de Indiana se puede usar en múltiples situaciones, principalmente en carcinoma vesical y fístula urinaria (secundaria a la radioterapia para el tratamiento del carcinoma de cuello uterino), que suman el 95% de los casos mostrados en el artículo.

Se presenta acá una valiosa experiencia, mediante un estudio retrospectivo, con 75 casos recopilados durante 20 años. Es la casuística más grande que se tiene en Colombia y una de las mayores de Suramérica con este tipo de intervención. A pesar de las deficiencias de controles y de registro no homogéneo de los datos, propias de un estudio retrospectivo, se puede ver la experiencia en una sola institución, con un seguimiento promedio de 31 meses.

Inicialmente es importante enfatizar que esta cirugía es compleja, exigente, requiere múltiples detalles para su éxito completo y puede estar acompañada de otras cirugías adicionales simultáneas. Esto se confirma en el artículo, donde se muestra que la duración promedio de esta intervención fue de nueve horas y que solamente en una tercera parte (34%) la bolsa de Indiana fue realizada como intervención única. Entre las cirugías adicionales se encuentran la cistectomía radical (47%) y la exenteración pélvica (17%), con las cuales se puede aumentar la posibilidad de complicaciones. En el estudio, prácticamente todas las complicaciones fueron propias de la bolsa y se presentaron en más de la mitad de los pacientes.

Llama la atención la gran mortalidad, secundaria a la progresión de su enfermedad neoplásica primaria: aproximadamente 20% de los casos intervenidos. La mortalidad total fue de 43%.

Uno de los principales objetivos de esta derivación es la continencia, que se logró en un 92% de los casos. Sin embargo, no se tiene claridad en la definición de *continencia satisfactoria* que se presentó en algunos pacientes, con lo cual se incrementaría este valor en un porcentaje adicional. Esta continencia se logra mediante una efectiva remodelación de la válvula ileocecal y con una óptima capacidad volumétrica.

En el estudio se determina la función renal y la posibilidad de mejoría de la hidronefrosis previa a la cirugía, pero muchas veces se encuentra empeoramiento con la bolsa de Indiana. Los autores lo justifican debido a la radioterapia previa recibida, aunque nunca mencionan la cantidad de pacientes que la recibieron.

También concluyen que la bolsa cambió favorablemente la vida de los pacientes, pero sin tener una evaluación mediante un cuestionario específico de calidad de vida.

En la actualidad se ha dejado de lado un poco ésta técnica debido a la mejoría en la realización y en el aumento de indicaciones de las neovejigas ortotópicas, incluyéndolas dentro de las opciones de tratamiento en mujeres incluso. Sin embargo, se debe tener presente dentro de las posibilidades terapéuticas de una derivación urinaria.

Este estudio es una experiencia valiosa de un tipo de reconstrucción urinaria no muy empleado actualmente, pero que se conserva como una alternativa en casos específicos.

Rodolfo Varela

*Coordinador de la Clínica de Urología
Instituto Nacional de Cancerología*