

LA SONDA SUSPENDIDA

su empleo en las intervenciones próstato-vesicales

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y S. WAINBERG

En la práctica urológica, todos los especialistas hemos tenido enfermos que "se mojan", a través de la talla, a pesar de las precauciones tomadas con el objeto de impedir la molesta salida de la orina por fuera de la sonda. Este inconveniente tan desagradable, mantiene permanentemente húmedo y maloliente al enfermo, dificultando la cicatrización de su herida, sobrecarga considerablemente al pobre paciente y especialmente fastidia y deslucen la brillante intervención del urólogo, por aquello tan dicho que: "el enfermo recuerda por lo general lo último" . . . lo más insignificante comúnmente: "la mojadura".

La pérdida urinaria, última etapa de toda intervención vésico-prostática, constituye la preocupación de todo urólogo y el principal motivo, a veces, de la prolongada hospitalización de los enfermos.

Las vejigas que "no cierran" y sobretodo los enfermos "que se mojan" en forma permanente o prolongada, bañados continuamente por orina, hacen envidiar el corto y feliz post-operatorio de otras especialidades.

Es por estas razones que, a decir verdad, los urólogos al igual que otros muy pocos especialistas, no somos bien vistos por el personal subalterno de los Sanatorios, en general, en virtud de que nuestros enfermos les "dan mucho trabajo" . . . también a ellos.

Si bien en algunas ocasiones el paciente cistostomizado por cualquier afección vesical o prostática, se moja igual aún cuando su sonda esté "*destapada*", el inconveniente consigue solucionarse, sin embargo, con la colocación de otra sonda por la uretra. Esta doble tubuladura (uretral y vesical) logra evitar, por lo general, la salida de la orina por fuera de las sondas.

Sin embargo, existe una clase de enfermos, que por razones inexplicables "se mojan" en forma alternada o prolongada" (días y semanas) sin que el frecuente cambio de sondas, de toda forma y tamaño o la doble tubuladura consiga solucionar satisfactoriamente el problema.

Nuestra misión se reduce, en estas circunstancias a trabajar continuamente por el repetido cambio de apósitos y sondas, (a disimular nuestro fastidio con una sonrisa de circunstancias) y a esperar a que las cosas se resuelvan, en última instancia con el tiempo, que al final, una vez cerrada la vejiga, termina por suerte con el pequeño gran problema de "la mojadura" y con nuestra impaciencia.

Fuera de la oclusión total de la sonda por coágulos, grumos, restos de esfacelo, etc., que explican lógicamente la pérdida de la orina, en ocasiones el enfermo "se moja" por:

—a) grandes coágulos, grumos, restos de tumores o esfacelo de tejidos, que al desprenderse continuamente de las vejigas operadas por neoplasias, electrocoaguladas o irradiadas a cielo abierto (curieterapia), se adhieren al extremo de la sonda (Pezzer, Foley, etc.) permitiendo la entrada del líquido del lavado y no su salida, ni la de la orina al obrar como un opérculo.

—b) vejigas ocupadas por grandes tumoraciones benignas o malignas; retraídas por infecciones crónicas, intervenciones, radioterapia, etc.; pequeñas, asimétricas, que presentan recesos supra o infradiafragmáticos o que se tabican separando ambos orificios uretrales, acumulan la orina en zonas del reservorio que no pueden ser alcanzados por las sondas uretrales o suprapúbicas.

En estos casos el examen cistoscópico por la vía hipogástrica, a través de la incisión o uretral, muestra a la sonda en el fondo de la vejiga, en un profundo receso, separado de la misma por un cuello muy retraído que apenas permite reconocer su capitel, o en un divertículo similar al de la cara pósterosuperior de la vejiga, contra la pared abdominal anterior; la presión de las vísceras deprime la pared posterior de la vejiga formando una convexidad de la misma hacia su luz, hacia adelante, como una especie de *S. itálica* cuyo vientre hace hernia, en ocasiones, a través del gran orificio vesical, cuando existe, reteniendo y separando a la sonda de los meatos uretrales. De esta manera la orina se vuelca al exterior por el extremo más anterior de la herida, fuera del alcance de la sonda.

—c) En otras ocasiones, cuando la fístula vesical es muy amplia o se produce el esfacelo secundario de los puntos por infección de la sutura, la vejiga pequeña como cavidad virtual que está en comunicación con el exterior y en razón de la misma presión abdominal, vuelca inmediatamente su contenido; si la sonda está desplazada por cualquier motivo no alcanza a recoger todo la orina, derramándose parte de ésta sobre el hipogastrio. Esta pequeña vejiga, retraída por la infección, intervención o radiumterapia ("vejiga postoperatoria") que contiene muy pocos centímetros, de 5 a 10 c.c. a lo sumo, vuelca sorpresivamente su contenido por el orificio de la talla a pesar de que la sonda uretral o hipogástrica estén permeables.

Es que en algunas ocasiones se observa que la fístula vesical es más grande que el orificio cutáneo, prolongándose así por debajo de la pared abdominal y el pubis hacia el Retzius; si la sonda de Pezzer no es lo suficientemente gruesa como para ocluir totalmente el orificio cutáneo, tapándolo, la orina o el líquido pasa al Retzius en amplia comunicación con la vejiga, saliendo más por el tubo de drenaje que por la sonda hipogástrica.

Solamente una sonda como la de Marion, con gran número de orificios y aplicada contra la pared anterior de la vejiga y el Retzius merced a su recorrido uretro-vesical y a la presión abdominal, estará en condiciones de recoger la orina, siempre que su extremo aflore por la superficie cutánea.

Con el objeto de solucionar en gran parte esta pérdida de la orina, inexplicable por lo general, es que empleamos con resultado satisfactorio un método personal denominado "sonda suspendida", que consta de lo siguiente:

1º Colocamos por la uretra una sonda de Marion N° 20 ó 22, que hacemos salir por el orificio de la talla.

2º En su extremo distal, justamente por detrás de la pequeña oliva que posee, le atamos un hilo de 20cm. de largo, aproximadamente, que luego arrollamos a la parte media de un tubo de caucho, preferentemente, trozo de sonda, carrete de vidrio del catgut, etc., de unos 10 cm. de longitud, que colocamos *transversalmente* sobre la herida a manera de puente.

3º Antes de anudar el hilo sobre el tubo de goma, comprobamos "el punto" de mejor funcionamiento de la sonda, que al principio, cuando el orificio vesical es grande, *contacta con el tubo transversal*. En este momento, a pocos días de la intervención, cuando la vejiga está contraída sobre la sonda, y con amplia incisión en su pared por esfacelo secundario, *la sonda debe atravesarla*

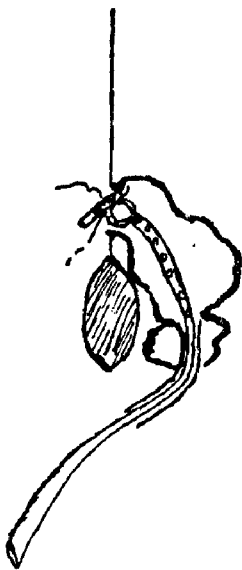


Figura 1

Se observa la sonda de Marion, atravesando una vejiga pequeña, retraída, irregular, "suspendida" por el hilo atado detrás de la oliva al tubo hipogástrico.

totalmente ofreciendo una amplia superficie de absorción con el objeto de que la orina o el líquido del lavado no se pierda.

La sonda de Marion, por sus numerosos orificios, satisface ampliamente este requisito, pudiéndose observar cómo el líquido inyectado por la uretra a través de la sonda o por la talla, sale fácilmente por el catéter.

4º Posteriormente, cuando la vejiga ha recuperado su capacidad y cicatrizado en gran parte, la sonda de Marion, *suspendida siempre por su hilo*, que se acorta o alarga a voluntad, se va retirando hacia el fondo de la vejiga para ser reemplazada finalmente, por cualquiera de las autofijables (Pezzer o Foley).

La sonda de Marion es para estas circunstancias la más conveniente, en virtud de que se introduce con suma facilidad, sin traumatizar y porque se puede fijar a cualquier distancia en el "punto ideal" de funcionamiento, mediante el hilo y el tubo mencionados, sin necesidad de recurrir a sondas autofijables de laboriosa colocación (Pezzer o Pousson), caras (Foley) y métodos de fijación con hilos o telas adhesivas, engorrosos y sucios.

La sonda de Marion puede ser extraída por la uretra o mejor elevada, con toda comodidad, a través de la talla, para ser lavada o desobstruída con una gasa, si fuese necesario.

El "tubo puente" de la zona hipogástrica, se mantiene separado de la piel por 2 gasas y se fija a la misma mediante 2 tiras de tela colocadas longitudinalmente.

En todos los casos, el control cistoscópico por la uretra o por la talla, mostrará una vejiga pequeña, infectada, congestiva, esclerosa, irregular por la presencia de restos tumorales o recesos que explican las dificultades para lograr un "buen trabajo" de las sondas.

El control urográfico y cistográfico muestra en todas las ocasiones una vejiga pequeña, irregular, tabicada, desplazada, comunicada con el Retzius, a veces.

En conclusión diremos que, con el procedimiento fácil y eficaz de la "sonda suspendida", hemos podido solucionar satisfactoriamente en nuestros enfermos hospitalarios y privados el pequeño gran problema de la "mojadura" de muchos cistostomizados por afecciones vesicales y prostáticas.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Nos es grato coincidir en el mismo modo de cuidar los enfermos en el postoperatorio, suspendiendo la sonda de Marion de la herida hipogástrica. Es cómodo porque mejora el drenaje y evita las ligaduras y las fijaciones externas que son incómodas.

El único inconveniente que encuentro a la suspensión es que a veces, hace un trayecto que facilita que cuando se corten los hilos de suspensión y lo haga una enfermera o una persona poco experta la que coloque la sonda, por lo general, si no tiene la precaución de poner la sonda baja, ésta aparece por el trayecto hipogástrico, lo que retarda la cicatrización de la herida.

Dr. Wainberg. - - Agradezco el interesante aporte del doctor Schiappapietra.
