

acto operatorio casi con diagnóstico de certeza. Es verdad que se puede tratar de la posibilidad de una epididimitis, pero en los niños el antecedente de alguna afección anterior puede ayudarnos a llegar a un diagnóstico certero.

Cuando no existe una flogosis tan manifiesta como en este caso, se logra apartar a nivel de la cabeza del epididimo la hidátide torsionada. Para ello, la colocación de un poco de anestesia en el cordón ayuda a la maniobra.

Dr. Casal. — En este caso, el niño no había presentado ninguna sintomatología séptica. Se pensó en la existencia de una patología del tipo de la torsión del cordón y por esa razón se evitó el manoseo y se lo llevó directamente a la sala de operaciones.

Dr. Muzio. — En esta Sociedad se presentaron dos casos sobre el tema y en ellos resultó imposible hacer el diagnóstico de certeza.

Tanto en nuestro caso como en los dos anteriores se presentó un cuadro que podríamos comparar a lo que Couvelaire llama "síndrome de torsión aguda".

Como lo destaca el doctor Fazio, la presencia de algunos elementos semiológicos permite llegar a un diagnóstico de certeza, pero en los comentados fue imposible hacerlo.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Colodrero J. W. y Goldaracena J. A.: Revista del Centro Gallego, 1954.

Claret A. J. y Goldaracena J. A.: Rev. Med. y C. Af. Nero. 134, 1950

Grimaldi F. E.: Sem. Méd. 1, 955, 1928.

Mathis R. I.: Sem. Méd. 2, 58, 1943, y Rev. Arg. Urolg. 2, 13, 41, 1944.

Trabucco A. y Ortiz A.: El Día Médico, 16, 306, 1944.

Trabucco A., Borzone R. y Correa E.: Tratamiento conservador de las torsiones testiculares. Rev. Arg. Urol. Tomo I, Pág. 1, 1953.

Ambrose S. y Skandalakis J.: Journ. of Urol. 77:51, 1957.

Fillis B. E. y Meyer W. C.: Journ. of Urol. 69:836, 1953.

Fitzpatrick R.: Torsión of the appendix testis. Journ. of Urolg. 79: 521, 1958.

Seidel R. y Yeaw R.: Torsion of Appendix testi and appendix epididymis. Journ. of Urol. 91:574, 1964.

Oeconomopoulos Ch. y Chamberlain J.: Torsion of the Appendix testis with observations as to its etiology. Pediatrics, 26:611, 1960.

Seidel R. y Yeaw R.: Torsion of Appendix apididymis. Journ. of Urol. 63:714, 1950.

Simon y Larkin: Torsion of the Appendix testis. Jama, 202, 906, 1967

Casal J., Muzio A., Solari J. J.: Torsión de la Hidátide de Morgagni. Rev. Arg. Urol. 39: 154, 1969.

Servicio de Urología
Instituto de Oncología Angel H. Roffo
Av. San Martín 5981 - Cap.

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 41 - Año 1972

COLECTOR DE ILEOSTOMIA SIMPLIFICADO

Por el Dr. CARLOS H. SCORTICATI

La presente no tiene la pretensión de ser una comunicación científica, es tan solo el simple aporte de recursos que hemos utilizado para aliviar económica y físicamente a los portadores de una derivación urinaria externa.

No creemos ser originales en su confección, pero tampoco lo hemos visto relatado y pensamos que su difusión, puede ser de utilidad para el manejo de dicho grupo de pacientes.

Habitualmente los que tienen una derivación urinaria externa utilizan colectores de polietileno autoadhesivos de los que existen 2 ó 3 fabricantes en nuestro medio y cuyo costo oscila entre \$ 2 y 2,5 cada uno.

Estas bolsas, originalmente creadas para colostomías, son adaptadas para colector urinario, por ellos mismos aplicando un tubo plástico en uno de sus ángulos inferiores, para facilitar su vaciamiento periódico.

Sin embargo, no es infrecuente que la acción irritativa de la orina sobre la piel, o la intolerancia de ésta a los agentes adhesivos provoquen dermatitis locales que precisan tratamiento tóxico y que por ende contraindica los autoadhesivos en forma definitiva o por lo menos hasta su curación. Además no es excepcional que deban cambiarse 3 ó 4 bolsas en el día por despegamiento parcial de las mismas con la consiguiente filtración urinaria y el importante gasto que ello significa.

Por estas razones, e inicialmente para el control de los enfermos internados, por su más fácil manejo por las enfermeras, adoptamos las bolsas de goma para hielo diseñadas para aplicar en cuello, como colectores urinarios.

La forma rectangular de éstas con amplia boca, en uno de los extremos, las hacen ideales para estos fines. A nivel del cuello de la boca, se ajustan dos presillas de alambre de bronce o aluminio (para evitar su oxidación) las que pueden ser perfectamente sostenidas por una brida ajustable de las que se utilizan en los radiadores de los automotores.

Por estas presillas se enhebra un cinturón ancho, el que pasa por encima de la bolsa y la aplica íntimamente contra la piel, al ajustarse el cinturón.

No es indispensable la colocación de adhesivos, y hemos encontrado ventaja en la aplicación de crema de siliconas o Bálsamo de Perú en la piel que rodea la ostomía.

El costo de estas bolsas es de \$ 3.— y su duración es casi ilimitada; a ellas aplicamos igualmente el tubo para su vaciamiento periódico, aunque ello no es indispensable pues es muy simple su extracción completa y su recolocación.

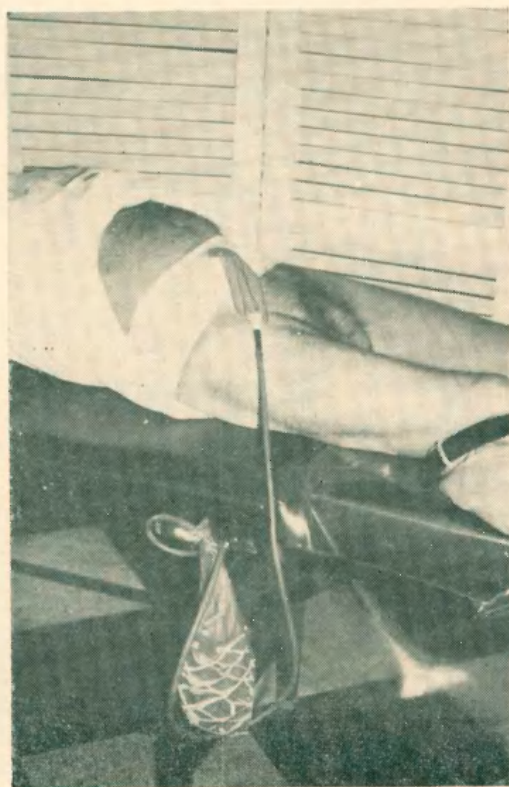
Como se observa, estos colectores son muy parecidos a las bolsas de Whitmore, de las que conocemos su eficacia, y en forma casera las pueden sustituir.



De ninguna manera consideramos que éste es el ideal de los colectores externos, pero los mismos enfermos nos aportan ideas con el fin de mejorarlo. Así, uno de ellos tiene bolsas de hielo para niño y para adultos cuya boca es también de diferente diámetro, y las usa alternadamente para evitar el apoyo permanente sobre la misma zona de piel.

En general su aplicación nos ha dado mejores resultados en los enfermos con abdomen globuloso o en S iliaca, que en los excavados, por obtenerse mejor contacto de las superficies.

Por otra parte, cuando en un paciente ambulatorio las bolsas adhesivas comienzan a perder, éste se ve condenado a mojarse hasta poder cambiarla, mientras que con este tipo de colector casero, basta con corregir manualmente el enfrentamiento de la boca con la ileostomía o ajustar algo más el cinturón para que cese el derrame.



Los pacientes que tienen una actividad física normal, suelen decir que es un artefacto algo pesado y voluminoso, lo que les ocasiona algún discomfort. Uno de ellos, el Sr. L. Rosenbaum, ha ideado una solución aún mejor, que le ha permitido, según sus propias palabras olvidarse del problema que significa tener una derivación urinaria externa.

Como boca o ribete del colector, usa la conexión de goma que se utiliza en los inodoros para unir el artefacto a la entrada de agua, la que se secciona en la forma indicada en la fotografía, y a la que se adapta un globo inflable, de tamaño mediano, el que en su fondo es perforado por una cánula de irrigador para su drenaje intermitente. El cuello de la boca se adapta a una malla circular elástica, que reemplaza al cinturón. Con este colector no tiene filtraciones cualquiera sea el movimiento y la posición; y la tolerancia es muy buena. El costo total del mismo no llega a los \$ 3.— y la duración es casi ilimitada.

He creído conveniente, el divulgar en el seno de esta Sociedad, estos recursos que tienden a disminuir los gastos y aumentar la comodidad de los pacientes con una derivación urinaria externa, no dudando que vosotros o vuestros operados han encontrado soluciones semejantes o equiparables.