

Por el Doctor
LEONIDAS REBAUDI

UNA TECNICA PERSONAL PARA DIVERTICULOMAS VESICALES

LA discusión respecto al origen congénito o adquirido de los divertículos ha sido llevada con ardor por aquellos que admiten una u otra teoría, es decir la congénita o la adquirida, existiendo también los eclécticos que admiten la existencia congénita de puntos débiles, donde con el correr de los años y debido a una dificultad evacuatoria de la vejiga se desarrollaría el divertículo. Por último algunos autores suponen que las esclerosis de cuello encontradas en los enfermos con divertículos, sería producida por la infección de estos, de tal manera que para ellos la enfermedad primera sería el divertículo que al infectarse provocaría la aparición de la enfermedad del cuello, cosa naturalmente difícil de probar. Otros admiten como primera enfermedad la cistitis la que, debido a las contracciones vesicales provocaría su aparición en la pared debilitada. Personalmente creo que existen divertículos congénitos fuera de toda causa de obstrucción, es decir la entidad nosológica aislada como tal, que algunos divertículos se desarrollan escasamente o que permanecen esbozados y que estos últimos aumentan de tamaño debido a una causa de obstrucción cualquiera.

Los divertículos provocados por obstrucción de las vías de excreción inferior sin debilidad congénita anterior son en mi concepto celdas desarrolladas en forma considerable, y así se las ve aparecer en cualquier punto de la vejiga sin guardar relación alguna con los puntos de elección para los divertículos.

Personalmente creo que es posible diferenciar cistoradiográficamente un divertículo congénito de las celdas sumamente desarrolladas por las siguientes características:

I. — Porque los divertículos congénitos son raramente más de dos.

II. — Por estar colocados generalmente en sus puntos de elección.

III. — Por coexistir malformaciones congénitas de otro orden en el aparato urinario o en otra parte del organismo.

IV. — Por las dimensiones del cuello diverticular, y esto es lo verdaderamente importante. No hay ley de física alguna que permita la aparición de una segunda dilatación, consecuencia de la primera hecha a través de un punto débil muscular cuyo cuello o parte estrecha sea más larga que el espesor del músculo puesta la cavidad principal en distensión y esto es lo que pasa, en los divertículos congénitos, el cuello diverticular es largo, mucho mayor que la capa muscular y hay que tener presente que me refiero a los divertículos puros, no a aquellos que deben su aparición a una causa congénita de debilidad de pared, desarrollados secundariamente a una lesión de la misma naturaleza del cuello vesical.

Las dificultades operatorias y la mortalidad elevada post-operatoria en las diverticulectomías vesicales, que llevaron al Congreso Francés de Urología del año 1922, a la conclusión de que "La operación radical, en razón de sus dificultades, y de la gravedad que puede presentar, no debiera ser propuesta; que en presencia de síntomas rebeldes y serios que no cediesen a los métodos incruentos y a las operaciones, restableciendo la permeabilidad del canal", me movieron a buscar sus causas. Es indudable que las dificultades operatorias hacen de una operación sencilla, un acto complejo y que todas las dificultades que pueda encontrar el cirujano en el acto quirúrgico alargan la operación y la transforma de un hecho simple a un hecho complejo.

Había pues que buscar un método que simplificase la operación.

La mortalidad post-operatoria contaba como primer causa con la infección (las otras son inherentes al sujeto mismo y por lo tanto independientes del acto operatorio en sí) había pues que buscar un método, que a la par que sencillo, evitase en toda forma la infección de la grasa perivesical.

Es este quizá el punto más difícil para resolver. El divertículo

rodeado de su ganga esclerolipomatosa espera muy poco para propagar su infección al espacio perivesical traumatizado por la operación.

Las maniobras operatorias en las técnicas aconsejadas hasta ahora, provocaban con facilidad la infección al poner en comunicación franca, el contenido séptico de la vejiga con el espacio perivesical. He aquí lo que había que evitar. La técnica indicada es si se quiere salvar lo antedicho la puramente extravesical. Había pues que hacer una diverticulectomía como se hace una apendicectomía. Se salva así con una fórmula sencilla el segundo punto a resolver.

Los artificios más diversos han sido empleados para facilitar el acto operatorio. Introducen algunos el dedo a través de la vejiga, en la cavidad diverticular pelando por vía extravesical a esta dilatación para resecarla después, otros la llenan de gasa a través de la vejiga, tal como lo hace Lower, otros en lugar de gasa emplean cera que al solidificarse transforma el divertículo en un tumor sólido. Otros en cambio practican la inversión del divertículo, por medio de una pinza, mientras que Young lo hace por medio de tubos al vacío de diferentes calibres.

Cuando el divertículo no ha sido invertido la mejor manera de sacarlo es transformándolo en un tumor sólido, de aquí el método de Lower, etc. Ahora bien, si la vejiga cerrada es llenada con agua el divertículo se transforma al llenarse en un tumor sólido y su constatación en el acto quirúrgico resulta simplificado y puede ser extraído este tumor rodeado de la ganga adiposa endurecida por la infección, encontrándose siempre un plano de clivaje que facilita la operación.

He aquí resuelto lo que respecta al acto quirúrgico mismo. Las adherencias que algunos autores encuentran entre el divertículo y los planos fijos de la pared pélvica si existen no son tan sólidas que impidan o dificulten en gran manera su separación, de cualquier modo, ellas aparecerían deformando la imagen cistoscópica si en realidad existiesen. Veamos ahora de qué medio nos valemos para simplificar aun más el acto operatorio.

La primera condición a llenar es la de hacer un buen diagnóstico topográfico del divertículo. Será necesario para ello hacer cuantas cistoscópias sean necesarias; referir los tumores al es-

queleto óseo; tomar su altura del pubis para que cuando tengamos la vejiga llena a la vista podamos saber sin titubear la situación de los divertículos. Será necesario hacer buenas radiografías medio laterales y laterales completas.

La cistoscopia nos ilustrará respecto a la situación del meato ureteral con respecto a la entrada del divertículo para que durante la intervención no se dude respecto a la colocación del ureter.

La posición del operado que al principio puede ser normal deberá ser llevada cuando se llegue a la vejiga a la de Trendelenburg forzada para provocar el alejamiento de las vísceras, el aplanamiento del bajo-vientre y la presentación de la vejiga en la herida operatoria.

La relajación muscular deberá ser lo más completa posible, condición que se llena con las anestésicas intratecal, peridurales o por gases.

Será necesario un procedimiento que permita llenar y vaciar varias veces la vejiga durante el acto operatorio llenando y vaciando al mismo tiempo el divertículo para hacerlo más visible unas veces y más manuable otras. Esto se obtiene por el procedimiento del irrigador ya expuesto por mí en una comunicación, tratando de simplificar la talla vesical.

La técnica es la siguiente: antes de la operación se introduce una sonda Pezzer N° 20 en la vejiga; se la fija por medio de tela adhesiva al glande, de manera que no pueda salir; se lava la vejiga y se la une a un irrigador esterilizado que va munido de un tubo de goma de dos metros de longitud también esterilizado y de una llave de paso colocada cerca del recipiente. Del tubo de goma se ha extraído previamente todo el aire.

Levantando el irrigador y abriendo la llave de paso se llenará la vejiga. Si el depósito es graduado y de vidrio el cirujano o su ayudante podrán controlar la cantidad de agua que contiene el órgano. Bajando el irrigador por debajo del cuerpo la vejiga se vaciará pues quedar establecido el sifón. Esta maniobra podrá repetirse cuantas veces sea necesario. La incisión de piel deberá ser amplia y partirá a un dedo por encima del pubis para contornear a derecha o a izquierda el ombligo.

Las incisiones amplias no tienen ningún inconveniente y en cambio facilitan enormemente la operación.

La vejiga deberá ser fácilmente movilizable pudiendo llevarse completamente del lado opuesto y pudiendo hacerla girar de manera que sus partes lateroposteriores aparezcan en la parte central de la herida operatoria. Para conseguir esto será necesario practicar la extraperitonealización de la vejiga que será tanto más completa cuanto más posteriores sean estos. La extraperitonealización



será completa y se la practicará como para la cistectomía total en los divertículos posteriores.

La facilidad con que se manipula la vejiga en estas condiciones es asombroso y permite toda clase de intervención, por otra parte Young ya lo aconseja. Terminada la operación se coloca un tubo de drenaje en las proximidades del divertículo.

LA OPERACIÓN

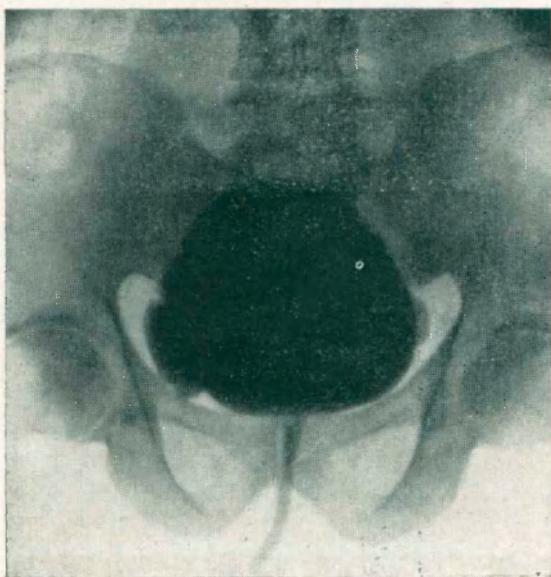
Hecha la anestesia se coloca la sonda como antes se ha dicho. Se practica la incisión que será amplia partiendo a nivel de un dedo por encima del pubis hasta contornear por el lado derecho o izquierdo el ombligo.

Al llegar al espacio prevesical se coloca al enfermo en posición de Trendelenburg forzada; posición que como se ha dicho

aleja las vísceras abdominales, aplana el bajo-vientre y presenta la vejiga a nivel de la herida.

Se levanta el irrigador llenando la vejiga con 200 o 250 cc. de líquido, se la extraperitonealiza suturando todo desgarró de peritoneo.

Se busca con la mano el sitio donde ya se sabe que debe estar el divertículo y se lo aísla de los órganos vecinos buscando un plano de clivaje entre el tumor y el tejido celular sano.



El plano de deslizamiento debe existir siempre, de lo contrario la vejiga se vería deformada en las diferentes cistorradiografías que serán hechas con vejiga llena y vacía y en todas las posiciones indicadas anteriormente.

Por último con facilidad es extraído este a nivel de la herida.

En los divertículos posteriores será necesario reclinar la vejiga vacía hacia adelante, hacia el pubis para llenándola en estas condiciones poder obtener la repleción del divertículo.

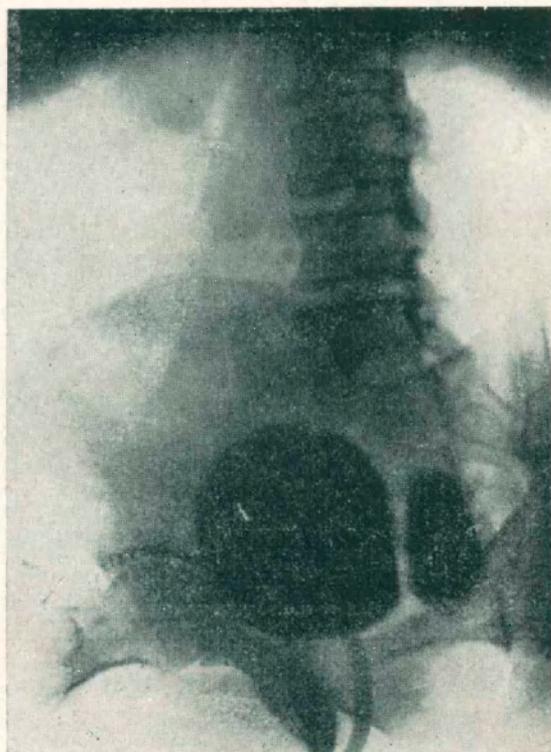
Se busca el pedículo diverticular. Se vacía la vejiga y se liga la base del divertículo a nivel de su entrada en vejiga. Entre una pinza y la ligadura se secciona la comunicación con la vejiga.

En los divertículos enclavados en la pelvis lo lógico es seccionar el pedículo primero, después de exteriorizada la vejiga y cuan-

do ésta ha sido llevada hacia el pubis dejando a la vista su cara posterior. La extracción del tumor diverticular se hará después.

Cuando existen dificultades para encontrar el pedículo diverticular se facilitará la operación llenando o vaciando la vejiga por medio del irrigador.

El muñón del divertículo es invajinado y ocultado por una



doble jareta dentro de la vejiga, tal como se hace en las apendicectomías.

Estando la vejiga absolutamente vacía por medio del sifón no hay inconveniente en no ligar el extremo vesical para destruir todo el cuello diverticular con un termo cauterio como lo aconsejan algunos.

Por último la pared es cerrada por planos dejando un tubo de drenaje en las proximidades del lugar donde se encontraba el divertículo operado. El enfermo llevará una sonda permanente que será cuidadosamente vigilada.

CONCLUSIONES

I. — La técnica aconsejada preserva al máximum al paciente de la infección.

II. — La operación se hace siempre bajo el control de la vista.

III. — Sin pretender haber salvado todos los escollos, creo que efectuada la intervención en la forma ya descripta es *comparativamente* a las otras técnicas evidentemente mas fácil de ejecutar.