

Facultad de Medicina de Rosario. Cátedra de
Clínica Quirúrgica del Prof. OSCAR CAMES

Por el Doctor
RICARDO ERCOLE

CISTOSTOMIA POR PUNCION

EL drenaje de la vejiga al través de un trócar, efectuado al parecer por primera vez por frere Come en el siglo XVIII, cuya técnica fué modificada primero por Thomson y más tarde por Lejars, es utilizado como procedimiento de drenaje supra-pubiano más que todo por algunos cirujanos de Inglaterra, donde se conoce con el nombre de procedimiento de Morson, de Alemania y de Estados Unidos. Sin embargo, este procedimiento no ha tenido una difusión suficiente y ello se debe probablemente a la crítica que ha merecido de parte de algunos especialistas, como Young, que hacen notar los peligros de esta punción supra-pubiana, ya sea por la posibilidad de herir el fondo de saco peritoneal o el intestino o por los riesgos de la infección del espacio pre-vesical, dada la falta de un drenaje adecuado de dicho espacio.

Durante mi estada en la Clínica del Prof. Pflaummer en Nûremberg, tuve oportunidad de apreciar directamente las ventajas derivadas del empleo de la fístula hipogástrica por punción cuando se la efectúa siguiendo con rigor la técnica que preconiza el ilustre urólogo alemán y que pone al abrigo de la lesión del peritoneo o de un ansa intestinal en el momento de efectuar la punción. Puede apreciar entonces, en forma práctica, al través de un gran número de enfermos, sus indicaciones fundamentales y la sencillez e inocuidad de su técnica, que hacen de la cistostomía por punción una simple operación de consultorio externo. Se justifica por ello que haya procurado adquirir una experiencia personal con este procedimiento, cuyos resultados traigo a la consideración de los señores consocios.

Técnica operatoria. — La técnica que aconseja el Prof. Pflaummer es la siguiente:

1º Previo sondaje de la vejiga y lavaje de la misma, se la distiende al máximo con una solución antiséptica. La cantidad mínima a inyectar es de 250 c.c., no aconsejándose hacer la punción con cantidades inferiores.

2º Se coloca al enfermo en posición de Trendelenburg de 45º

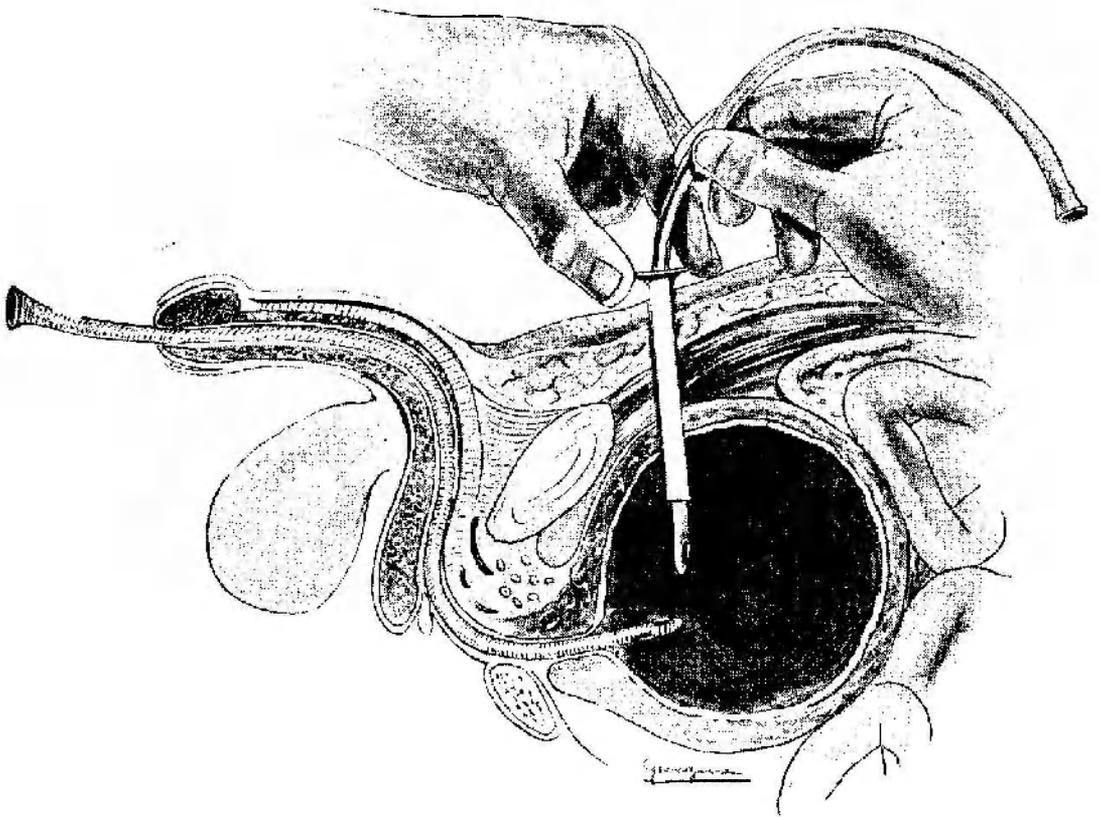


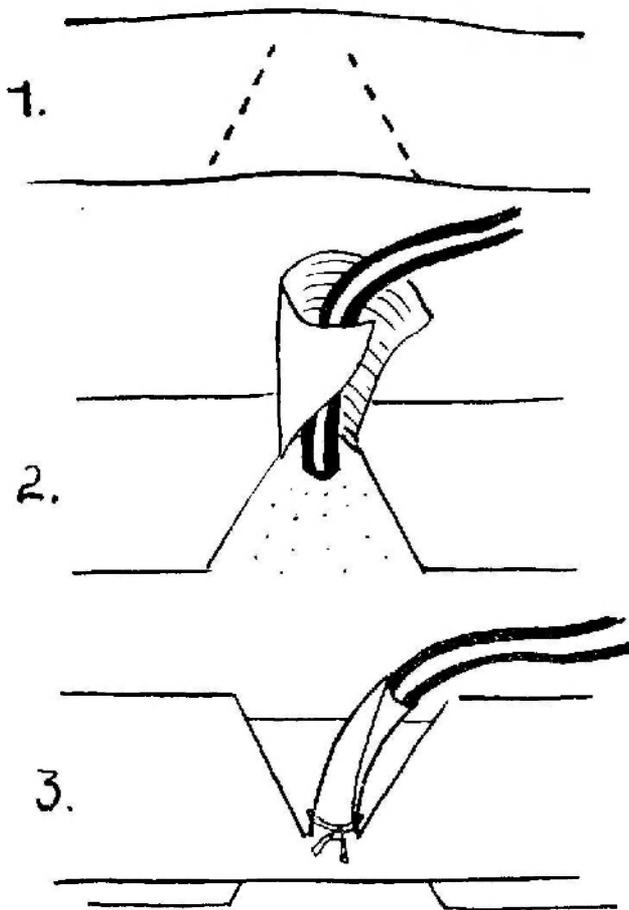
Fig. 1.

Representación esquemática de la cistostomía por punción.

y se marca sobre la piel del hipogastrio el sitio de la punción que debe ser exactamente en la línea media a un través de dedo por encima de la sínfisis del pubis. Con unos pocos c.c. de solución de novocaína al 1% se infiltra la dermis en el sitio de la punción y más profundamente el tejido celular subcutáneo.

3º Con la punta de un bisturí se incide la piel en una extensión de 1/2 cm. para facilitar la entrada del trócar.

4º Se hace una punción con una aguja común que se la dirige verticalmente al plano del enfermo, teniendo en cuenta su posición de Trendelenburg y se aspira una vez llegado a la vejiga para tener la seguridad de haber elegido la buena ruta. Con este control y



teniendo la precaución de medir con la aguja la profundidad a que se encuentra a vejiga, se toma el trócar que debe tener de 6 a 8 mm. de diámetro y 10 a 12 cms. de longitud y se lo introduce al través de la herida ya efectuada en la piel en la misma dirección que la aguja de punción hasta alcanzar la vejiga. El cirujano debe introducir el trócar con firmeza, pero no con brusquedad. Una vez llegado a la vejiga, se retira el mandril del trócar, procurando en este momento introducir un poco más la camisa y rápidamente, sin

esperar a que la vejiga se evacúe al través del trócar, se introduce por el interior del mismo una sonda Nelaton N° 16 ó 18 según el calibre de la camisa, que se lleva totalmente en toda su longitud hasta la vejiga para retirar inmediatamente la camisa del trócar. La sonda Nelaton estará marcada si es posible en centímetros y debe quedar introducida en una extensión de 12 a 15 cms. según la abundancia de panículo adiposo del enfermo, para tener la seguridad que no pueda retirarse en los primeros días, del reservorio vesical. Se controla que la sonda funcione bien, en cuyo caso se puede sacar la sonda uretral a permanencia, a pesar de que Pflaumner aconseja dejarla colocada 24 horas más.

5° Se fija la sonda Nelaton a la piel con tela adhesiva en la forma como aconseja Pflaumner y como se puede ver en el esquema adjunto.

6° Esta sonda Nelaton debe mantenerse sin reemplazarla durante 15 días con el objeto de que se constituya un buen trayecto y no tener dificultades después en el cambio de la sonda. Sin embargo, en una ocasión en que la sonda no funcionaba, pudimos reemplazarla sin dificultad a los 8 días de la intervención. Después de los 15 días, el trayecto está ya constituido y el cirujano no tiene ningún inconveniente en los cambios sucesivos de la sonda que deben hacerse en la forma habitual y con los cuidados de toda cistostomía supra-pubiana.

El Prof. Pflaumner es partidario del drenaje supra-pubiano con sonda Nelaton y de un grosor no mayor del N° 18 de la escala de Charrière. Por nuestra parte, preferimos un drenaje con sonda más gruesa, utilizando en este caso la sonda de Pezzer. Es por este motivo que hemos modificado en este sentido la técnica de Pflaumner y después de los 15 días colocamos una sonda más gruesa aumentando así en los cambios sucesivos el espesor de la sonda hasta llegar al N° 28 de la escala de Charrière o de lo contrario hacemos en un solo acto una dilatación con bujías y llegamos también en esta forma al número deseado, colocando en este momento la sonda de Pezzer. No hemos encontrado ninguna dificultad en esta dilatación del trayecto fistuloso.

En los casos en que la cistostomía es temporaria, el cierre de la vejiga se efectúa con toda facilidad y más rápidamente que con la cistostomía clásica. Ello se desprende de la experiencia Pflaumner

y de la nuestra, por cierto más reducida. En general este cierre se efectúa espontáneamente al retirar la sonda hipogástrica y de no ser así, colocando una sonda vesical a permanencia durante un par de días.

Indicaciones. — La indicación de la fístula hipogástrica por punción puede ser la de toda derivación vesical de las orinas, siempre y cuando ella no sea el primer tiempo de una segunda intervención sobre la vejiga, como es el caso, por ejemplo, de una prostatectomía hipogástrica. Se justifica sobre todo para los casos de derivación hipogástrica definitiva en el cáncer de la próstata o en los adenomas en retencionistas inoperables, como así también en las derivaciones temporarias por operaciones sobre la uretra o por procesos uretrales o peri-uretrales. Ultimamente Pfluammer asociaba también esta técnica en algunas prostatectomías perineales, con lo cual había observado un post-operatorio que consideraba mejor que con la técnica perineal clásica.

Antes de terminar quiero hacer notar las ventajas de la cistostomía por punción en los casos de retención de orina como consecuencia de un traumatismo de la médula. Son de todos conocidos los peligros de los sondajes en estos enfermos, ya que es ésta una de las causas más importantes de mortalidad inmediata por infección urinaria y que hizo en la pasada guerra prohibir en los hospitales americanos el sondaje de dichos pacientes. Merece por otra parte recordarse en este sentido la experiencia de Thomson Walker, en que sobre 450 enfermos con traumatismos de la médula hay una mortalidad de 179 por infección urinaria como consecuencia del cateterismo evacuador. Descartado el sondaje de estos retencionistas, queda como única terapéutica esperar a que el enfermo después de hacer un gobo vesical que suele llegar hasta el epigastrio, inicie su micción por automatismo vesical, cosa que sucede alrededor de las 96 horas, o de lo contrario resolverse por una derivación alta de sus orinas. Y es aquí que nos parece que la cistostomía por punción tiene una indicación indiscutible frente a la cistostomía clásica. Hemos tenido oportunidad de efectuarla en dos casos de retención completa por traumatismos de médula, habiéndose con ello despreocupado el cirujano del problema urinario. Uno de dichos enfermos falleció a consecuencia de su traumatismo al mes de la intervención y el segundo, con una fractura cervical y sección transversal de la mé-

dula, evolucionó favorablemente, por lo que se refiere a su aparato urinario, con su fístula hipogástrica, a pesar de la gravedad de la lesión medular y de la seria repercusión sobre el resto del organismo, con una cuadriplegía, parálisis intestinal y escara sacra muy grave. Pasados los accidentes iniciales, a los dos meses del traumatismo y una vez constatado por obliteración del orificio de su sonda hipogástrica, de que el enfermo era capaz de evacuar espontáneamente su vejiga, le fué extraída dicha sonda con lo cual y sin necesidad de una sonda uretral a permanencia, el enfermo cerró en 24 horas su vejiga y reinició su micción espontáneamente.

Si nos guiamos por la experiencia del Prof. Pflaumner, podemos decir que la cistostomía por punción es una operación inocua a la cual no deben atribuírsele complicaciones. Sobre un total de más de 200 cistostomías que tenía efectuadas hasta el momento de mi visita en el año 1937, no podía referir mortalidad operatoria ni ninguna complicación digna de mencionar. Por nuestra parte, hemos efectuado hasta la fecha la cistostomía por punción en 10 enfermos, de los cuales en 5 a causa de una retención originada en un cáncer de la próstata, en 2 por adenomas inoperables, en 1 por una metástasis de los cuerpos esponjosos y cavernosos de un cáncer de pulmón y finalmente en los dos ya mencionados casos de traumatismo de la médula. En todos ellos el post-operatorio ha sido sin ningún inconveniente y los casos en que persiste su derivación siguen con su sonda hipogástrica haciendo los cuidados habituales en estos casos.

DISCUSION:

Dr. Mosqueira. — *Es claro que cada uno pondera un método, de acuerdo con la experiencia que ha tenido con él. El doctor Ercole habla de la estadística del doctor Pflaumer de 200 y pico de casos y de su experiencia particular, sobre unos 10 casos.*

Yo he tenido oportunidad de seguir 7 casos. Tres los he visto hacer; en 3 casos he seguido a los enfermos y otro caso es mío.

En el Hospital St. Hedwig, sobre 240 camas, se hicieron 6 punciones de vejiga con el trócar de Pflaumer. No se hicieron más, porque hubieron dos casos que inquietaron un poco. Uno de ellos murió de una peritonitis. Era un cáncer de vejiga y posiblemente ésta no se ha podido extender con 250 c.c. como mínimo. El otro caso fué también una seria reacción peritoneal. En un trabajo norte-

americano leí la muerte de un enfermo, con grandes trastornos intestinales.

A mi juicio, esto no tiene una aplicación muy amplia, pues presenta varios inconvenientes. Podemos presumir que con 250 c.c. de líquido el fondo del saco se rechaza. Además, es un procedimiento menos quirúrgico que la talla y tenemos que acercarnos a las cosas que nos den más elementos de seguridad.

Por otra parte, es posible que cuando se coloca la sonda en la vejiga, a través del trocar, el enfermo se la pueda arrancar. Mi colaborador, el doctor Vicchi, tuvo en asistencia un enfermo de 64 años, el cual, en un período de agitación, debida a su uremia, se arrancó la sonda. Nos costó más de 3 horas de trabajo localizar el orificio vesical para poder colocar la sonda nuevamente en su sitio.

Dr. Arrués. — Quería dejar constancia que el doctor Bentolilla, hace 8 ó 10 años, publicó un trabajo en la "Semana Médica", sobre punción vesical más o menos con la misma técnica y con las mismas indicaciones.

Dr. Ercole. — En cuanto a las observaciones formuladas por el doctor Mosqueira, puedo decirle lo siguiente: en primer lugar, en lo que se refiere a los peligros de la punción. Como lo digo en mi trabajo, ése es uno de los motivos por los cuales la punción no se ha generalizado. Pflaumer insiste en que la técnica debe ser extraordinariamente rigurosa. Si el enfermo no ha llenado suficientemente su vejiga, y tiene como en el caso que relata el doctor Mosqueira un cáncer de vejiga, ese hecho contraindicaría en absoluto el empleo de la punción, por múltiples motivos, el más importante, por falta de capacidad.

De manera que para que esta técnica, como cualquier otra técnica quirúrgica, tenga buenos resultados, debe hacérsela correctamente. Insisto en todos los detalles en los cuales el doctor Pflaumer recalca especialmente.

En lo que se refiere a la sonda, la posibilidad de que el enfermo pueda arrancársela, es muy difícil si se fija con la tela adhesiva. En el caso de que la sonda se saliera en los primeros días, dice Pflaumer, que conviene hacer la punción nuevamente; introducir el trocar y colocar nuevamente la sonda.

La sonda de Pezzer podría utilizarse, como en el caso de punción de las pleuras separadas. El hecho de que no hayamos colocado la sonda de Pezzer, es porque la sonda debe colocarse profundamente dentro de la vejiga, más de lo necesario, y entonces, en realidad, no tiene razón de ser de que la sonda de Pezzer actúe con su capuchón aplicado en la parte vesical. En el caso de que se aplicara la sonda de Pezzer, es más segura la tela adhesiva.

En contra de la infección del espacio pre-vesical está el drenaje. En una herida post-operatoria, los tubos del drenaje drenan alrededor del tubo, de manera que ya está drenado el espacio pre-vesical automáticamente al colocar el tubo. Yo he observado en el post-operatorio, una pequeña cantidad de secreción en la sonda colocada a través del espacio pre-vesical.

En cuanto a lo que dice el doctor Arrués, de que hay un trabajo del doctor Bentolilla, debo manifestar que no he hecho una compulsión bibliográfica total, porque no me ha llevado a hacer este trabajo, el hacer una reseña de los ya realizados sobre este asunto, sino que mi propósito era sintetizar una técnica y contribuir a difundirla. Esta es una técnica tan antigua, que buscando en las bibliografías, ya vemos que en el siglo XVIII, se la utilizaba.
