

Por el Doctor

RICARDO BERNARDI

RESULTADO OPERATORIO DE UN GRAN DIVERTICULO RENAL

PARECERIA obvio hablar del tratamiento de los divertículos vesicales, en razón de los numerosos artículos publicados en todos los países, (200 aproximadamente, en 12 años), pero diré, que en lo que a mi respecta, los he leído siempre con avidez, por el problema muchas veces insoluble que plantea su terapéutica, objeto final y único, si se quiere, de nuestro cometido. Cada divertículo, en virtud de su origen, tamaño, situación, especialmente, relaciones, y secundariamente grado de infección, adherencias, estado de las vías urinarias superiores y general del enfermo, presenta distintas soluciones, que el urólogo debe examinar con mucho criterio para mejorar al enfermo —como en nuestro caso—; curarlo definitivamente, —situación ideal pero a veces inalcanzable—; o salvar su prestigio, que siempre está en riesgo, en materia de tratamiento de divertículos, por los graves accidentes post-operatorios, resultados incompletos o muerte inmediata del enfermo.

Es mi intención ocuparme de esos tópicos, en su relación con el tratamiento quirúrgico de los divertículos, en la medida de lo posible, contando para ello con la colaboración de todos los asistentes en un tema que conceptúo de gran interés práctico por su relativa frecuencia y los reales beneficios que puede obtener el enfermo así considerado.

Motiva este trabajo la interesante observación de un gran divertículo vesical póstero-inferior izquierdo, que incluía el uréter de ese lado y debido a una esclerosis cervical, constatada hace aproximadamente 2 años en un enfermo de la clientela privada, que fué visto en consulta con mi maestro, el Profesor Grimaldi, y operado en colaboración con el distinguido colega Dr. Mathis, cuyo concurso agradezco infinitamente.

Se trataba de J. J., argentino, de 48 años de edad, que padeció de blenorragia a los 20 y 30 años, curando, en poco tiempo, sin complicaciones.

En cuanto a su *enfermedad actual*, se inicia al parecer hace 30 años, con un proceso doloroso y apirético de la fosa iliaca derecha e hipogastrio, sin vómitos



Figura 1

Cistografía de frente (con ioduro de sodio al 15 %, antes de la operación). A la izquierda se ve la vejiga festoneada, con un volumen equivalente a la tercera parte del divertículo, cuyo tamaño y bajo fondo se aprecian nítidamente. Por el surco superior, mucho más visible que el inferior, puede deducirse el pequeño orificio de comunicación.

ni fenómenos urinarios, que ofrecía la rara particularidad, según expresión del enfermo: "de crecer día a día, sin mayores molestias" y que fué interpretado y tratado como una apendicitis (reposo, dieta hídrica, bolsa con hielo, etc.); hasta que a los 40 días de comenzado, "una vez desinflamado el apéndice", según el médico, fué internado en un sanatorio para operarlo; pero cual habrá sido la extrañeza y desorientación del cirujano, al observar que el apéndice con su plastrón

(tumoración diverticular) habían desaparecido como por arte de magia. en una "debacle" urinaria que no se alcanzó a interpretar.

Después de este episodio ocurrido hace 30 años. el enfermo no tuvo síntomas dignos de mención en el largo y silencioso proceso de su enfermedad. excepto un discreta y muy espaciada polaquiuria diurna con disuria inicial.

Vimos al paciente. por primera vez. el 19 de septiembre de 1938. porque

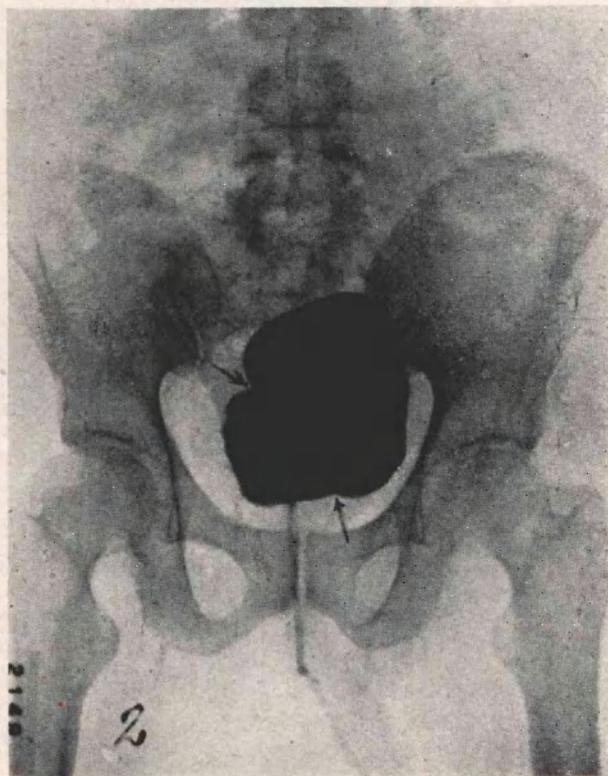


Figura 2

Cistografía de frente (5 meses después de la intervención). Cavidades más pequeñas — la vejiga está menos desplazada — ha desaparecido, en esta posición, por completo el bajo fondo y la comunicación establecida, es amplísima, teniendo igual altura que la vejiga.

desde hacía 10 días padecía de decaimiento, fiebre (37 a 38.5), pequeños escalofríos, sensación de distensión hipogástrica, polaquiuria diurna y nocturna intensas, con disuria inicial y franca piuria.

Al examen en posición de decúbito dorsal, observamos una tumoración hipogástrica ligeramente desplazada a la izquierda, ovoidea, con su gran eje paramediano, poco sensible, lisa, de bordes redondeados.

La orina emitida era intensamente turbia.

Al cateterismo recogimos 1.500 c.c. de orinas purulentas, fétidas, habiéndonos llamado la atención, al apoyar nuestra mano sobre el hipogastrio, que la porción derecha de la tumoración (vejiga), se contrajera vivamente, no así la izquierda mucho mayor que se vaciaba con lentitud, igual que una bolsa, confirmado por el tacto rectal y la palpación abdominal, combinadas.

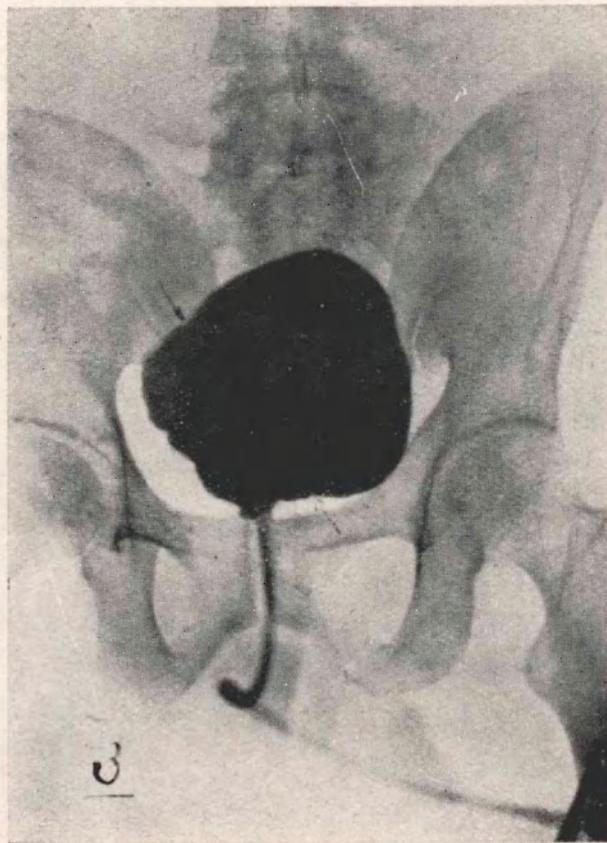


Figura 3

Cistografía de frente (Julio 12 - 1940, 20 meses después). Los dos órganos forman prácticamente uno solo, manteniéndose en toda su amplitud la comunicación.

A la cistoscopia, previo abundante lavado, como es de rigor en estos casos, observamos una mucosa vesical congestionada: el uréter derecho normal, con eyaculación clara y el indigo-carmin aparecía a los 6 minutos, intensamente; así como un cuello vesical, blanquecino, saliente y grueso. (enfermedad de Marion). En cuanto al uréter izquierdo, no fué posible visualizarlo y en su misma situación observamos un orificio del tamaño de una moneda de 10 centavos, que daba entrada al divertículo, cuyo diagnóstico presuntivo nos lo confirmó la cistoscopia, en ese detalle. Debimos lavar repetidas veces para aclarar el medio, y poder

observar la débil eyaculación del índigo-carmin, a los 10 minutos por aquel orificio.

El examen bacteriológico del sedimento urinario, acusó una flora microbiana muy abundante, constituida en su mayor parte por colibacilos, stafilo y streptococos.

El examen radiológico, por demás elocuente para detenernos en su descripción, mediante la radiografía directa, urografía excretoria y cistografía, —frente, oblicua y con aire—, confirmó el diagnóstico referido, permitiendo ver la desembocadura del uréter izquierdo en el divertículo.



Figura 4

Cistografía en oblicua (antes de la intervención). Se ve la enorme desproporción existente entre la vejiga — abajo y a la izquierda — y el gran divertículo, por arriba, y a la derecha.

Con este diagnóstico, ingresó a un sanatorio, donde se le colocó una sonda permanente con los cuidados antisépticos del caso y se le hicieron inyecciones de suero glucosado hipertónico con insulina para reducir la tasa ureica (0.52 % el día de entrada y 0.42 % cinco días más tarde).

En cuanto al cloro-plasmático era de 3,66 % y el globular 2.50 %.

El 22 de octubre de 1938, lo operamos en colaboración con los doctores Rodolfo I. Mathis y Edmundo J. Paz.

Con anestesia raquídea (percaína) se le practicó una amplia incisión mediana infraumbilical, que llegaba hasta un través de dedo por arriba del pubis y por debajo del ombligo. Se levantó el fondo de saco peritoneal, muy adherido en la porción ántero-superior del divertículo y se abrió extensamente la vejiga. Introducimos el índice izquierdo con cierta dificultad en el orificio diverticular, debido a su rigidez, con el objeto de dilatarlo y servirnos de reparo para completar el desprendimiento del peritoneo; sin embargo, a pesar de los cuidados, se abrió con facilidad a nivel de la porción ántero-superior ya mencionada, en una extensión

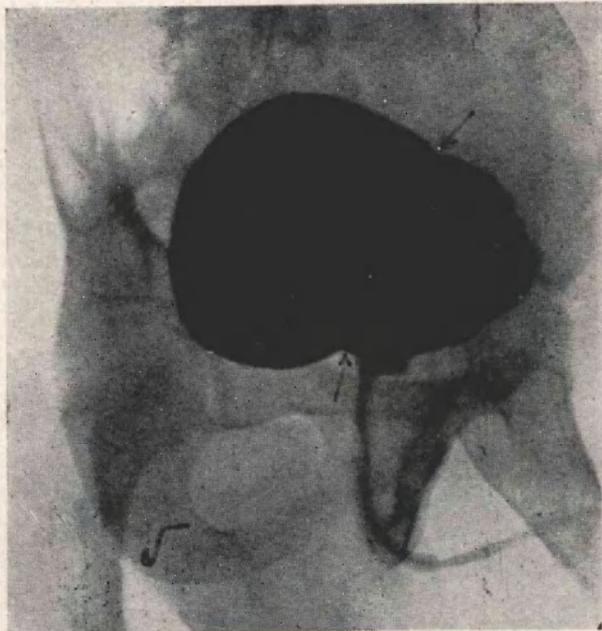


Figura 5

Cistografía en oblicua, más pronunciada (20 meses después). Curioso aspecto de ambas cavidades, transformadas en una gran vejiga, con un discreto bajo fondo diverticular y la amplia comunicación señalada con las flechas.

de 6 centímetros, que cerramos inmediatamente en vista de la gran infección vesical.

Conseguimos, empero, desprenderlo en el resto de la cara anterior y bordes laterales de la vejiga y el divertículo, no así de la porción lateral y posterior, donde la adherencia al intestino y grandes vasos pelvianos era intensa y peligrosa.

Ante esta situación, decidimos aplicar una pequeña modificación que habíamos concebido, inspirados en otros procedimientos conservadores, en la imposibilidad de practicar las innumerables técnicas conocidas, y que someto a la consideración de Vds. Consistió en lo siguiente: *divulsión lenta y amplia del cuello del divertículo, mediante la introducción del índice y luego mayor, izquierdos;*

exposición del borde superior del orificio y las caras correspondientes de la vejiga y el divertículo en el ángulo de adosamiento externo; sección a tijera y a ese nivel de una caña de forma triangular, sobre ambos órganos, cuya base de 5 centímetros, aproximadamente, correspondía a la entrada, y su altura de 5 centímetros, a ambas

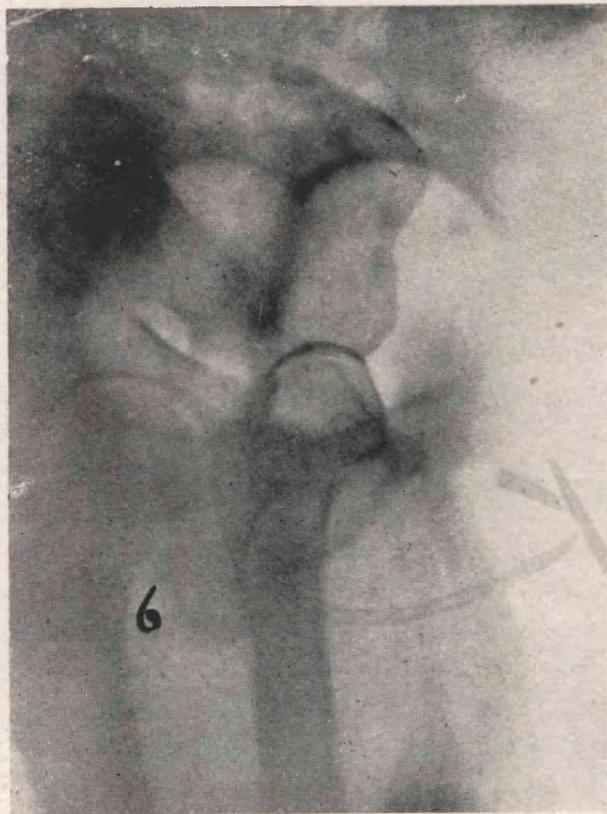


Figura 1

Pneumo-cistografía, en posición lateral. (20 meses después). Hermosa radiografía que permite ver con toda nitidez ambos órganos y el rodete de separación bajo la forma de un halo oscuro.

paredes; los bordes tomados con pinzas de Kocker, fueron suturados entre sí, (vesical-diverticular); desde la base hasta el vértice.

Esta resección cuneiforme abrió una gran brecha en el cuello del divertículo, que por elasticidad de las paredes aumentó considerablemente.

A continuación hicimos una resección infundibuliforme del cuello vesical, como lo aconseja Marión, pero solamente en $3/4$ partes de su circunferencia, por imposibilidad de hacerla totalmente.

Luego, en una 3ª etapa, incidimos longitudinalmente el borde inferior del orificio diverticular, de acuerdo con Marion, para destruir el espolón que formaba y poner a un mismo nivel el bajo fondo de ambos órganos; se completó luego con sutura entre sí de los bordes con catgut cromado N° 1 y a puntos separados,

teniendo especial cuidado con el vértice para no dejar una brecha en el tejido celular subperitoneal.

Las dos secciones practicadas en el orificio del divertículo (la superior cuneiforme, como lo aconsejamos nosotros, y la inferior, longitudinal, según Marion) establecieron una amplísima comunicación entre ambas cavidades, que estimamos en 12 centímetros de diámetro ya que permitió, con holgura, la introducción de la mano y el separador de Lequeu.

Aplicamos abundantemente el polvo vulnerario de Rivanol, en todas las superficies cruentas y especialmente en las caras laterales de la vejiga y divertículo para prevenir la celulitis pelviana cuya gravedad es por todos conocida en este tipo de cirugía. Colocamos un pequeño taponaje de venda en el cuello vesical: un drenaje en tubo de goma envuelto con gasa a ambos lados de la vejiga y el divertículo; otro drenaje en el Retzius y un tubo de Perrier - Guyon en la vejiga ocluida parcialmente.

El post-operatorio, dentro de los primeros 10 días fué bueno: estado subfebril, ausencia de ileus y de infiltración parietal (celulitis). El taponaje del cuello fué extraído, al 4º día. El del Retzius, al 6º y los laterales, al 8º.

Al 6º día le colocamos una sonda de Marion por la uretra, para moldearla y derivar la orina, pero al décimo, le sobrevino una epididimitis derecha, que obligó a retirarla dejándole únicamente el tubo de Perrier - Guyon.

Al 12º día, cuando ya creíamos consolidada la mejoría, apareció un grave cuadro toxi-infeccioso caracterizado por escalofríos intermitentes seguidos de alta temperatura y sudores profusos; disnea, adinamia intensa, taquicardia e hipotensión permanentes que hicieron peligrar la vida del enfermo hasta el vigésimo día.

Los sueros, las sales de acridina, los extractos hepáticos y especialmente el mercurio-cromo endovenoso, al 2 % desde 5 c.c. hasta 10 c.c., sirvieron para conjurar su grave estado.

A los 40 días, se le colocó definitivamente la sonda por la uretra, que fué extraída a los 52, porque su vejiga estaba perfectamente cerrada. Retornó su micción espontánea con discreta disuria inicial y polaquiuria.

A los 60 días de la intervención, el enfermo tenía 400 c.c. de retención con orinas ligeramente turbias, que llegó a 300 c.c. mediante sondajes diarios e instilaciones.

Insatisfechos con nuestro resultado, le practicamos una uretrocistoscopia con el Stern Mac - Carty de Wolff, el 4 de marzo de 1959, en la que observamos una moderada prociencia del borde superior del cuello, que resecamos totalmente.

Un mes después, le hicimos una cistoscopia, en la que nos llamó la atención la gran capacidad vesical. —450 c.c.— constatando una mucosa ligeramente congestionada; el meato ureteral izquierdo estaba en la porción pósterio - inferior, necesitando introducir y elevar mucho el aparato para poder localizarlo; era de aspecto normal, con eyaculación aparentemente clara, y el índigo-carmin aparecía a los 7 minutos. El derecho era normal con eyaculación clara y con intensa eliminación del índigo carmin a los 6 minutos.

En cuanto a la neo-boca, se presentaba como un amplio círculo de medio centímetro de espesor, que ocupaba varios campos del cistoscopio, visible en la porción superior y lateral izquierda, no así en la parte inferior donde parecería estar al mismo nivel que el cuello vesical; el hemicírculo se encontraba en un plano más anterior que el resto, y todo su contorno daba la sensación de un gran músculo inter uretereteral.

En síntesis: el conjunto correspondía al de una gran vejiga con una división imperceptible.

Esta imagen cistoscópica se mantiene aún sin modificaciones. (mayo 1940) como se puede deducir a través de las cistografías presentes.

En la actualidad, a pesar de las instilaciones vesicales con nitrato de plata, inyecciones de estriénina, Doryl (bucal e inyectable) corriente farádica, y ejercicios abdominales, el residuo es de 200 c.c., con orinas ligeramente turbias y excelente estado renal y general.

La cistometría, de práctica casi desconocida en nuestro ambiente, permitiría en este caso, obtener datos de valor sobre el estado de la musculatura vesical.

CONSIDERACIONES

Ha de extrañar, lógicamente, a los distinguidos colegas, que después de esta larga exposición merecedora de mejor suerte, haya quedado el enfermo mejorado de su enfermedad. Y es precisamente éste mi objeto, si me permiten la irreverencia: exponer el caso difícil dentro de la práctica de cada uno; relatar la técnica concebida ante la imposibilidad de realizar una intervención radical, siempre peligrosa en este tipo de enfermedad, por el enorme *traumatismo operatorio* (acto quirúrgico prolongado, manipuleo excesivo de las vísceras abdominales, con el íleus y shock resultante, por lesión del sistema simpático y parasimpático, nefrectomía o urétero-cisto-neostomía cutánea o vesical, consecutivas); la *profusa hemorragia* por ruptura de los vasos pélvianos, o la *lesión del recto* al intentar la resección del bajo fondo del divertículo y la gravedad de la *infección* (celulitis pelviana) que generalmente termina con el enfermo, como vemos en los servicios de urología.

Y en último término, referir sus resultados con la más absoluta franqueza, cualquiera que haya sido, en la seguridad de que, descartada la honestidad y modesta preparación de quien los enuncie, lo que justificaría el error, se extraerán provechosas enseñanzas.

Gayet, al presentar a la Sociedad Francesa de Urología, dos casos de la enfermedad, que consideramos, en uno de los cuales obtu-

vo un fracaso, dijo: "considero que vale la pena ser publicado porque los malos resultados son frecuentemente más instructivo que los éxitos".

Fuera de esta apreciación de orden moral, diremos que dentro de los procedimientos conservadores, empleados en el tratamiento de los *grandes* divertículos (divulsión, sección simple del esfínter con sondaje temporario de la cavidad, electrocoagulación por vía endouretral, etc.) el tipo de *resección cuneiforme* que proponemos nos parece el mejor, por 3 razones: la 1ª) porque reseca una buena extensión del mal llamado "esfínter" del divertículo, previniendo su posible reconstrucción; la 2ª) porque establece, con la extirpación de la mayor cantidad posible de tejido una amplia comunicación con la vejiga, sin límite casi de separación (septum o brida) transformando el todo en una gran cavidad, sin fondo de saco capaz de retener e infectar la orina; y la 3ª) que aunque sea obvio decirlo, porque respeta el uréter.

Si para nosotros fué éste el concepto teórico, ideal, la práctica nos demostró que esa "gran vejiga" retiene por *hipotonía muscular*, debido al agregado de un gran saco incapaz de contraerse. Confesamos sinceramente el desconocimiento de este factor, porque de lo contrario lo habríamos rechazado, en el sentido estricto de su resultado local en el caso presente, a pesar del optimismo de algunos autores: Chevassu, entre ellos.

Empero el Dr. Mathis, en su excelente tesis, repitiendo un concepto fundamental y clásico, dice: "el sitio de desembocadura del meato ureteral y la relación del uréter con el divertículo son de una importancia tal que según ello variará fundamentalmente la técnica a seguir". Esta fué pues para nosotros una de las poderosas razones que nos indujo a concebir el procedimiento referido.

Fuera del volumen del divertículo, (caso de Potherat, de 5 litros y medio y el de Warren Green, de 3.700 c.c.) cuyas relaciones y adherencias aumentan por acción del decúbito, la situación del uréter intra o extra diverticular, merece la mayor atención, debiendo ser previamente establecida, mediante un prolijo estudio radiológico y el cateterismo anterior a la intervención para facilitar las maniobras. En cuanto al funcionalismo del uréter, puede verse per-

turbado por la simple adherencia al divertículo, como lo demuestra la interesante estadística de Schulte y Priestley, de la Mayo Clinic, quienes hallaron 10 casos de obstrucción ureteral, en los 61 ingresados hasta octubre de 1938.

La cirugía y la anatomía patológica, demuestran que el peritoneo está generalmente muy adherido a la pared en los grandes divertículos y otras veces forma cuerpo con ella, merced a procesos inflamatorios (diverticulitis con peridiverticulitis), por transformación de todas las capas en un tejido esclero-lipomatoso.

El tratamiento puede ser médico y quirúrgico (conservador o radical) prefiriéndose el último y sólo por excepción los dos primeros.

El tratamiento quirúrgico conservador comprende, según el Dr. Mathis:

- a) la talla hipogástrica, únicamente;
- b) el drenaje único del divertículo por la vía extravesical;
- c) la talla hipogástrica y la diverticulostomía;
- d) la talla hipogástrica con drenaje transversal del divertículo;
- e) la talla hipogástrica con escisión del cuello;
- f) la exclusión del divertículo;
- g) la invaginación.

a) *La talla hipogástrica* constituye un tratamiento de absoluta necesidad, debido al mal estado general, la gran infección o como tiempo previo de una intervención definitiva. (Day, Martin, etc.).

b) *Drenaje único del divertículo por la vía extravesical.*

En la imposibilidad de hacer una talla por la presencia de un absceso prevesical, diverticulitis, etc., se practica la abertura del divertículo por el abdomen o el periné, con drenaje o marsupialización (Straus, Harrison, Duvergey y Cholzof).

c) *Talla hipogástrica y diverticulostomía.*

En iguales condiciones que las anteriores se realiza la talla vesical y la abertura del divertículo en lo posible sobre su cuello (vía hipogástrica o perineal —Duvergey, Potherat, etc.).

d) *Talla hipogástrica con drenaje transvesical del divertículo.*

Se practica la abertura de la vejiga y se drena el divertículo mediante una sonda colocada por su cuello que emerge por la primera. Este procedimiento ofrece el inconveniente, de que, la sonda se sale con facilidad; y es dificultosa su reintroducción: la antisepsia es deficiente y el divertículo casi nunca desaparece, a menos que sea pequeño: sus paredes no estén infiltradas y se encuentre situado en una posición tal con respecto a la vejiga (cara superior) que permita su drenaje espontáneamente. Estas dificultades las pudimos constatar en un enfermo intervenido hace 7 años, con el Profesor Grimaldi (Caso N° 17 de la tesis del Dr. Mathis) quien en la actualidad se encuentra en las mismas condiciones que antes de su operación.

e) *Talla hipogástrica con escisión del cuello.*

La talla hipogástrica con la divulsión o sección del cuello (radiadas de Bonneau) o por vía endoscópica, con el aparato especial de Durrieux o la electrocoagulación del septum, han sido casi abandonados por peligrosos. Sin embargo, Barnes y Bergman, en vista del riesgo que significan las resecciones de los divertículos, practican en los menores de 30 c.c. de capacidad, la sección del borde inferior del cuello por la vía endouretral, en una o varias sesiones, previa extirpación de la causa originaria; y manifiestan que en 30 casos así tratados, tuvieron 2 muertes solamente: una, por colapso cardíaco y la otra, por perforación vesical y peritonitis consecutiva.

Serrallac y Lennander, realizaron un procedimiento similar al nuestro, en 2 casos, consistente en la sección del tabique con sutura de los bordes: el primero mejoró sus síntomas y el segundo fracasó rotundamente en dos intervenciones.

Legueu y Papin, refieren haber obtenido éxito en un caso.

En nuestro Servicio del Hospital Ramos Mejía, los Dres. Rubí y Mathis, reoperaron el 16 de septiembre de 1933, (historia clínica N° 388) un divertículo pequeño de la cara anterior de la vejiga

con este procedimiento (sección del tabique para establecer una amplia comunicación) y drenaje con un tubo de Perrier - Guyon, siendo dado de alta a los 6 meses con orinas turbias y desconociéndose en absoluto su evolución.

f) *La exclusión del divertículo*, propuesta por Pousson, ha sido totalmente abandonada y en cuanto a la *invaginación*, hacia la cavidad vesical (Wagner) y cierre de la pared muscular con catgut, se practica únicamente en los divertículos pequeños. Los Dres. Buzzi y Mathis, obtuvieron un resultado satisfactorio con esta técnica, en un enfermo portador de un divertículo lateral derecho, pequeño (historia clínica N° 236 —18 de noviembre de 1930—).

INTERVENCION RADICAL

Es la operación de elección, a realizar sistemáticamente, cualquiera que sea su técnica, salvo contraindicaciones absolutas.

Puede ser intra o extravesical y preferentemente extraperitoneal, debiendo rechazarse formalmente la vía intraperitoneal, por el peligro inminente de la infección: la serosa debe ser inmediatamente suturada si se abriera durante la intervención.

En síntesis, diremos que, en la actualidad, la mayoría de los autores, prefieren la *vía transvesical y extraperitoneal*.

El conocido procedimiento de Marion (1913) con sección vesical longitudinal y transversal, hasta el cuello del divertículo, previo despegamiento del peritoneo y resección del mismo con cierre incompleto de la vejiga y drenaje intra y extravesical, presenta el inconveniente, como en todas las intervenciones radicales, de la separación de la serosa en las porciones laterales e inferior, ruptura de los grandes vasos, recto, etc.

Para facilitar esta maniobra, Lower propuso el relleno del divertículo con gasa y Badozzi, con parafina.

Legueo y Papin, en los divertículos no muy posteriores y con peritoneo fácilmente despegable, seccionan directamente el cuello, cierran la herida vesical y lo extraen como en los demás procedimientos.

La vía intravesical, exclusiva, consiste en la resección del divertículo dentro de la vejiga ya con la inversión en dedo de guante

(Zaajer) o con las técnicas de Young o Gerathy (sección de la mucosa y extracción o aspiración con tubos especiales).

Young, realizó en 1904, su primera intervención de divertículo vesical, en un enfermo con dos cavidades, estando la derecha en comunicación con el uréter: a través de la talla hipogástrica, seccionó la mucosa del cuello del divertículo, y la extrajo por tracción y divulsión; practicó luego la sutura del orificio de comunicación, seguida de una urétero-cistoneostomía y drenaje extravésical de la bolsa. Posteriormente realizó otro procedimiento, basado en la inversión del saco, por succión, mediante tubos de vidrio adaptados al cuello del divertículo, completando la invaginación con ayuda de forceps; termina la intervención con la resección circular de las paredes desde la mucosa a la serosa. Con esta última técnica había curado sus 7 casos, hasta 1918.

Según este autor, en los casos en que el uréter está adherido o desemboca en el divertículo, aconseja localizarlo y cateterizarlo, si fuera posible, de lo contrario, invierte el saco, secciona su cuello con cuidado, tratando de reconocer el conducto que generalmente se encuentra en la porción inferior: una vez individualizado, lo aísla con un pequeño colgajo mucoso y lo sutura con el resto del orificio diverticular en forma de Y, o practica en su defecto una urétero-cistoneostomía cuyo resultado puede malograrse por oclusión y pionefrosis consecutiva o esclerosis renal.

Young, intervino 40 divertículos con sus procedimientos, hasta 1927, habiendo obtenido 29 éxitos, 3 muertes, 4 sin mejoría y 4 cuya evolución se desconoce. Sostiene este autor, que la resección debe ser siempre intravésical "cualquiera que sea el tamaño y la situación del divertículo".

Herman, practicó 21 diverticulectomías, sin ninguna muerte, estimando que ésta se produce en un 5 % de los casos.

Papin, en el XXXLV Congreso Francés de Urología, presentó un caso de gran divertículo, resecado por la vía extravésical, sin abertura de la vejiga, que curó en 18 días.

Ultimamente, Geza de Illyes, en un artículo aparecido de "The British Journal of Urology", de junio del corriente año, se muestra partidario de la resección del divertículo mediante la incisión

de todas las paredes del cuello, taponamiento del espacio látero-vesical con gasa iodoformada y drenaje perineal "a lo Fuller". En caso de pequeños divertículos, prefiere dilatarlos, extirpando los grandes, así como la obstrucción (próstata) en el mismo tiempo operatorio, si el estado del enfermo lo permite. Su experiencia se basa en 59 intervenciones de esta índole.

Perrucci, de Bologna, en la imposibilidad de reseca totalmente un gran divertículo, dejó el bajo fondo con un drenaje hipogástrico: el enfermo curó perfectamente.

El bajo fondo de los divertículos constituye, como dijimos, la porción más difícil y peligrosa para reseca y la que detiene a la mayoría de los urólogos: para subsanar este inconveniente, algunos autores proponen el drenaje directo por el hipogastrio: otros, como Gayet y Legueu, el perineal o abdómino-perineal prolongado, y Heitz - Boyer, la electrocoagulación a cielo abierto. Creemos que este procedimiento presenta algunos inconvenientes, en razón de que la superficie cauterizada se edematiza e infecta con facilidad y expone a hemorragias secundarias. Para nosotros sería preferible en esta eventualidad realizar un amplio drenaje abdómino-perineal con una goma larga y gruesa de irrigador, que exceda en varios centímetros la superficie de entrada y salida con algunos orificios distribuidos en su porción pelviana, en medio de un taponaje con gasa impregnada con polvo de Rivanol, que por su acción antiséptica y astringente facilitaría la cicatrización. *Para estos casos donde los peligros de infección son tan grandes, el empleo de taponajes con gasa autoesteril (tipo Fixsteril) preparadas últimamente con una impregnación metálica que las hace altamente bactericidas, sería realmente beneficiosa.*

Gayet, como todos los autores, habla de un criterio ecléctico en materia de tratamiento de divertículos, con motivo de haber realizado la extirpación de uno de grandes proporciones, mediante el procedimiento de Marion del que se muestra entusiasta. En estos casos, hace habitualmente un drenaje abdómino-perineal, rechazando la extirpación con el bisturí eléctrico, porque la necrosis secundaria, expone a difundir la infección.

El caso referido por Chevassu, en la Sociedad Francesa de Urología, —17 de diciembre de 1934— es el que más se parece

al nuestro y en el que nos hemos inspirado para practicarlo. Se trataba de un prostático, de 61 años años edad, portador de un divertículo lateral derecho en relación con el uréter; la aspiración y tracción con la pinza de Musseux, como lo aconseja Young, no dió resultado, por lo que el autor realizó la dilatación digital: "j' introduic alors mon index gauche a coté de l' index droite et je me mis a dilatar l' orifice lentemet, a la maniere dont on fait la dilatation digitale d' un sphincter anal"; y agrega: "je finis par avoir agrandi l' orifice du diverticule dans des pproportions telles, que le fond du diverticule se trouve communiqué avec la vessie par un espace on a peu prés que le fondo meme du diverticule".

El divertículo fué drenado con una sonda de Pezzer y la vejiga con un tubo de Marion; el enfermo fué operado dos meses después de su adenoma y 5 meses más tarde de la dilatación diverticular, conservaba su completa evacuación y una vejiga deformada por una especie de "cuerno" del lado derecho, cuyo bajo fondo estaba al mismo nivel que el vesical, según consta en la cistografía que acompaña al trabajo.

Termina, Chevassu, su relato con las siguientes palabras: "*es probable que lo que he hecho haya sido tantas veces realizado, sin duda por muchos de vosotros. Tal técnica es habitualmente realizada en silencio y la creo capaz de dar servicios al menos en ciertos casos.*

Legueu, preconiza el drenaje perineal en los grandes divertículos y el desprendimiento del peritoneo y órganos vecinos, en replección, con compresa y sin abrir la vejiga o antes de ella, prefiriendo dejar el bajo fondo cuando es de gran volumen, para electrocoagularlo a la manera de Heitz - Boyer, en lugar de practicar la marsupialización del cuello del divertículo o de cualquier otra porción, como hacía antes. Rechaza, Legueu, la dilatación del orificio por los malos resultados que obtuvo, argumentando con Gayet, únicamente que "el cuello se cierra rápidamente"; por esta razón, nosotros resecamos una porción.

Gayet, en un interesante trabajo sobre divertículo, concluye con las siguientes palabras: "la cirugía del divertículo es difícil, siendo necesario conocer todos los procedimientos y tener múltiples

armas para responder a todas las eventualidades que se presenten", agregando después: "en el curso de la operación solamente el cirujano experimentado y bien provisto se decidirá por una extirpación elegante, por una marsupialización con destrucción de la mucosa con uno u otro drenaje. Es así que se podrá obtener con el máximo de seguridad el máximo de rapidez y curación".

En nuestro Servicio del Hospital Ramos Mejía, han habido, hasta 1937, 25 casos tratados, con los siguientes resultados: 4 con tratamiento médico, 1 sin él y 20 intervenidos. De ellos: 4 fueron tallados, muriendo 1; 4, con prostatectomía secundaria, de los cuales 1 falleció; 2 operaciones paliativas y 10 radicales con 2 muertes.

Barnes, desde el punto de vista quirúrgico los divide en 2 grupos:

Por primera vez, en cuanto a nosotros se refiere, en la bibliografía consultada para este tema, y en todos los trabajos leídos anteriormente encontramos que, un autor, Roger Barnes, en junio de 1939, habla de la *atonía* del divertículo como causa de retención en las intervenciones conservadoras, excluyendo la obstrucción originaria.

En los casos en que la diverticulectomía es imposible, por las adherencias, Barnes practica su procedimiento que consiste en lo siguiente: 1º) incisión longitudinal amplia de la vejiga; 2º) incisión lateral hacia el orificio diverticular incluyendo parte de la pared para exponer bien su interior; 3º) sección, desprendimiento y tracción de la mucosa diverticular, total o en trozos, cauterizando los restos; 4º) cierre en dos planos del orificio diverticular e incisión vesical con catgut cromado 000; 5º) drenaje higopástrico de la vejiga y el divertículo, cuya mucosa se extirpó. Barnes, operó 16 casos con esta técnica, con 1 sola muerte por uremia.

Peirson, practica la misma técnica de Barnes, que el primero creyó original, habiendo obtenido excelentes resultados en 4 casos de grandes divertículos.

Diremos, sin embargo, que este procedimiento solamente es practicable en los casos en que el uréter no desemboca en el divertículo.

CONCLUSIONES

1º) Los divertículos vesicales deben ser preferentemente *resecaídos por la vía intra-vesical*.

2º) *El uréter*, primer punto de capital importancia en la intervención radical, debe ser siempre localizado, cateterizado, si fuera posible, y conectado a la vejiga en caso de desembocar en el divertículo aunque su porvenir sea incierto (pionefrosis, esclerosis renal).

3º) *El bajo fondo*, segundo punto de capital importancia en la intervención radical, debe ser resecado en totalidad, pero sus peligrosas adherencias, hacen a veces imposible su extirpación, por lo que se drenará ampliamente por la vía hipogástrica, perineal o ambas combinadas, con gran tubo de goma abdómimo-perineal y taponaje impregnado con polvo de Rivanol o gasa autoesteril (tipo Fixsteril).

4º) Excepcionalmente se recurrirá a los *procedimientos conservadores*: divulsión, (Chevassu), incisión radiada (Bonneau), electrocoagulación (Durrieux), resección endoscópica (Barnes y Bergman), resección cuneiforme, como lo hicimos nosotros, porque no extirpan la cavidad, se ocluye el orificio de comunicación y pueden traer retención por atonía vesical, en caso de grandes divertículos.

Solamente podría aconsejarse en las siguientes condiciones, que por orden de importancia, son:

- a) fundamental: en los situados en la cúpula o próxima a ella que por su situación drenen espontáneamente sin interesar mayormente su capacidad;
- b) en los menores 30 c.c., según Barnes y Bergman;
- c) en los que presenten una intensa peridiverticulitis, con gran adherencia;
- d) en los casos en que el uréter desemboca o esté adherido al divertículo.

Creemos que, surgida la indicación de realizar un tratamiento conservador, la oclusión del orificio diverticular puede evitarse con la resección cuneiforme que aconsejamos.

BIBLIOGRAFIA

- Mathis R.* — "Los divertículos de la vejiga urinaria". Tesis de Doctorado. 1936.
- Pearson E.* — "Method of removing diverticula of bladder". (The Journal of Urology, vol. 43, N° 5, pág. 686).
- Heitz - Bouer M.* — "Diverticules de vessie et diverticulite prostatique: nouvelles observations montrant la coexistence de deux lesions et leur rapport etiologique". (J. Urologie, Tom. 37, pág. 278).
- Herbst Robert H.* — "L'urographie comme guide aux indications chirurgicales des diverticules de la vessie". (The J. of A. M. A. Vol. C II, N° 3, 1934).
- Papin E.* — "Diverticule de la vessie. Resection sous-peritoneale extravescicale". (XXXIV Congrès Francais d' Urologie).
- Petrucci M. A.* — "Contribution a la chirurgie des diverticules de la vessie. Resection partielle de un gros diverticule - Guerison". (XXXIV Congrès Francais d' Urologie).
- Gayet M.* — "Quelques cas de diverticules vesicaux operés" (Sec. Francaise d' Urologie, 17 de diciembre de 1934).
- Katzmann Adolph.* — "Les diverticules de la vessie urinaire chez la femme". (The Urol. and cut Review, Vol. 38, N° 9, 1934).
- Barnes Roger W. y Bergman Russel T.* — "Diverticulectomie transuretrale". (Urol. Cut. Rev. Janvier 1938, Res. J. Urologie, T. 46, pág. 91).
- Houtapel H. C.* — "Sur un cas de diverticule vesical d' une contenance de plus de 1.200 calouls traité par diverticulectomie et resection du col vesical". (J. Urologie, T. 47, pág. 141).
- Ashley M. F. y Montagne M. D.* — "A note on a bladder with an excessively large diverticulum and multiple small diverticula in an ayed individual presenting no syptoms of urinary disorder". (The Urol. and Cut Review, 1934, pág. 209).
- Barnes Roger W.* — "Surgical treatment of large vesical diverticula". (The J. Urology, Vol. 42, pág. 794).
- Geza de Illyes.* — "The surgical treatment of diverticular of the bladder". (The Brithis Journal of Urology, Vol. 12, N° 2, pág. 104).

DISCUSION

Dr. Rebaudi. — *La operación que ha realizado el doctor Bernardi era la que correspondía. Es indiscutible que desembocando el uréter en el divertículo, tal cual lo ha comprobado el doctor Bernardi, lo único que podía hacer eran dos cosas: o una comunicación amplia con la vejiga, tal cual lo hizo o resecar el divertículo y anastomosar el uréter nuevamente en la vejiga, cosa sumamente aleatoria y difícil, debido al estado de la peri-diverticulitis y a la infección, que es lo común en estos casos, o sino la extirpación del riñón, una operación todavía más grave. De manera que hay que felicitar al doctor Bernardi por su decisión quirúrgica en ese momento, lo cual demuestra sus condiciones.*

Yo no estoy de acuerdo con él en algunas cosas. Por ejemplo, en la resección de los divertículos por vía endo-vesical. Cuando uno se encuentra con un divertículo sumamente adherido resulta más fácil la resección del mismo por esa vía, porque rellenándolo de gas o introduciendo el dedo se consigue resecar más fácilmente el divertículo. Yo he descrito en esta Sociedad y he proyectado una película de un caso en que intervine.

Creo que las condiciones para la intervención del divertículo, cuando es posible son tres: primero, una gran incisión que vaya del pubis hasta por encima del ombligo. Segundo, en cuanto a la colocación del enfermo debe estar colocado de tal manera que relaje sus músculos abdominales, de modo que quede en ligera flexión hacia adelante. La mejor anestesia es la intra-raquídea. Y tercero, creo que se consigue una gran ventaja con el procedimiento por mí descrito, de irrigador. Se coloca una sonda en la vejiga y se le inyecta agua. Una vez que el agua llega a la vejiga y al espacio pre-vesical se hace todo lo posible para la extra-peritonización del divertículo y de la vejiga, sin abrir ésta. Aun cuando se abriese el peritoneo, lo que sucede frecuentemente, esto no representa ningún peligro.

Con el enfermo colocado en posición de Trendelenburg se irata de conseguir una extra-peritonización completa o casi completa y entonces, se busca el plano de clivaje que se ha comprobado previamente, porque es necesario hacer una gran cantidad de cisto-

grafías para ver la adherencia del divertículo a la pared pelviana. Generalmente, no existen adherencias, las que existen en la grasa misma.

En el enfermo, cuya película proyecté aquí, encontré el divertículo aparentemente adherido, pero llevándolo a un buen plano de clivaje, he conseguido llevar el divertículo hacia adelante y resecarlo como si se tratara de una apendicitis.

El irrigador se usa de esta manera: se coloca un irrigador en conexión con una sonda Pezzer en la vejiga, para poder llenar la misma. Como se tiene una gran incisión se ve perfectamente la cavidad de la pequeña pelvis y se puede trabajar con facilidad. Llenando la vejiga o vaciándola, según las circunstancias, se consigue extraer con cierta facilidad —no siempre por supuesto— el divertículo, es decir, colocar al enfermo en situación de poder intervenirlo con facilidad. Entonces, se llega al cuello diverticular, se secciona éste con la vejiga vacía y se secciona el cuello diverticular. Se sutura la vejiga dejando el drenaje en el espacio peri-vesical y pre-vesical para evitar en lo posible, la formación de flemones. Esta es la forma más aséptica de extracción de un divertículo que casi siempre está infectado, siendo en casos como el expuesto por el doctor Bernardi de difícil extracción. La sonda permanente permite la oclusión de la herida vesical donde estaba el cuello diverticular.

El enfermo, cuyo caso presenté a la Sociedad, anda perfectamente bien con orinas claras. Había sido examinado en un servicio hospitalario, cuyos médicos me lo trajeron para que lo interviniese.

Dr. Bernardi. — El caso del doctor Rebaudi ha sido muy feliz. Tenemos un enfermo que el doctor Mathis conoce bien. Es un enfermo de 65 años, prostático con un divertículo y una peridiverticulitis muy intensa. Ese enfermo lo intervinimos dos veces con el Profesor Grimaldi. Una de las veces hicimos una talla muy amplia e intentamos extirpar el divertículo, pero fué imposible. Cuando más infectado está hay más peligro. La que había allí era una substancia de consistencia casi ósea.

En vista de que no pudimos extraer el divertículo colocamos un drenaje y después le hicimos la prostatectomía. Volvimos a com-

pletar la divulsión del divertículo, pero todo ha sido imposible. El enfermo ya lleva 5 años. Está con su vejiga cerrada, su sonda permanente y una gran infección. Hace más o menos un mes hizo una pielonefritis del mismo lado que hizo peligrar su vida. A pesar del tiempo transcurrido, el enfermo está en las mismas condiciones que antes.