

Clínica Quirúrgica y Traumatológica del Hosp. Rawson.
Director: Prof. Honorario Dr. ENRIQUE FINOCHIETTO

Por el Doctor

MIGUEL SIXTO MOSQUEIRA

TECNICA DE LA CISTOSTOMIA

No obstante ser sencilla, la técnica de la cistostomía presenta algunas dificultades, sea por la constitución adiposa del paciente, sea por el sistema utilizado para distender la vejiga, ya se emplee líquido, aire o no se la distienda, ya se la llene antes o durante el acto operatorio. La falta de técnica produce a menudo la supuración de la herida operatoria en los días que siguen a la intervención.

Mediante la modificación que pasamos a describir, podemos actuar con la vejiga distendida; pero la distensión se realiza inmediatamente antes de incidir la pared vesical, con lo que se aborran las molestias de la tensión. Además, la abertura vesical se hace sin cortar la pared, es decir, por divulsión, lo que hace que el cierre del orificio alrededor de la sonda sea natural y firme, no necesitando sutura. Por fin —y esto es lo más importante—, el líquido que distiende la vejiga no se vuelca en la herida operatoria, sino que vuelve al recipiente desde el cual fuera inyectado.

Con esta técnica, el enfermo puede levantarse el mismo día de la intervención; no hay peligro de que su herida supure, puesto que las fibras del músculo recto anterior y de la pared vesical sólo fueron separadas y no se ha derramado líquido séptico en el campo operatorio.

CONCEPTO GENERAL DE LA INTERVENCION

El enfermo es llevado a la mesa de operaciones con la vejiga vacía y con sonda permanente colocada. Una vez instalado, se conectará la sonda con un irrigador lleno de agua, de manera que para

llenar la vejiga no haya más que levantar el recipiente (Fig. 1), bajándolo cuando se quiera vaciarla (Fig. 2).

Incindidos los planos parietales, y teniendo la vejiga a la vista, púnzase con un trócar de buen calibre (Fig. 1) y se la vacía haciendo bajar el irrigador. Retirado el trócar, por el pequeño orificio de su penetración, visible en la cara anterior de la vejiga, se introduce el separador de tres ramas de Marion, merced a cuya abertura se coloca la sonda de Pezzer acodada. Retirado el separador, las

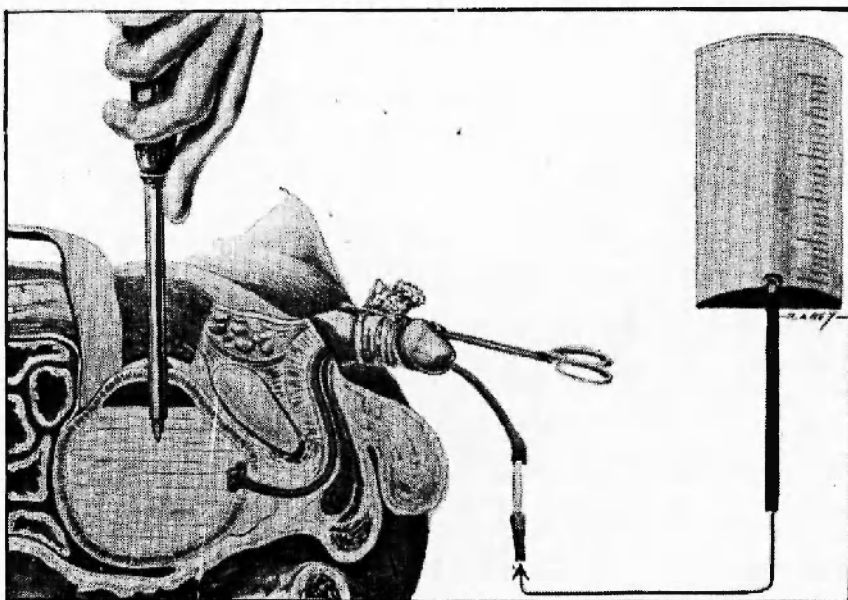


Figura 1

fibras musculares —que no han sido cortadas— se cierran, por su propio tonismo, alrededor de la sonda.

DESCRIPCION DE LA OPERACION

Después de algunos días de sonda permanente y de la preparación habitual a estos enfermos, el paciente es colocado en la mesa de operaciones en posición horizontal y con las piernas entreabiertas, en grado tal que el ayudante que va a hacer la separación, pueda ubicarse entre ellas. Se fija el enfermo; conéctase la sonda de Pezzer al tubo del irrigador, y se anuda una gasa alrededor del pene, ni

tan fuerte que la sonda quede obstruída por la compresión, ni tan suave que pueda escaparse el líquido cuando la vejiga esté distendida. Se prepara luego el campo operatorio y se anestesia por infiltración.

1º) *Incisión de la pared abdominal.* — El cirujano se coloca a la izquierda del enfermo. La incisión, que deberá hacerse en la línea media, empezando al nivel del borde superior del pubis, tendrá



Figura 2

una longitud de cuatro a seis centímetros —cuando se trate de una cistostomía simple, o de la extracción de un cálculo o de una adenomectomía a ciegas —o de ocho a diez centímetros— cuando se quiera ver claro dentro de la cavidad.

Practicándose la cistostomía con miras de hacer más adelante la adenomectomía, la incisión debe comenzar dos traveses de dedo por arriba del pubis, a fin de que en el momento en que se practique la adenomectomía, pueda debridarse la fístula vesical hacia abajo.

Se seccionará sucesivamente la piel, el tejido celular y la aponeurosis de los músculos piramidales y recto anterior, y, separando las fibras musculares con la punta de las tijeras y dos separadores de Farabeuf, se percibe a través de una delgada fascia, la capa de grasa

preperitoneal y prevesical. No es indispensable encontrar la línea alba.

2º) *Visualización de la vejiga.* — Mientras se coloca la mesa en posición de Trendelenburg, un ayudante no aséptico levanta el irrigador. El cirujano, que siente bajo su dedo la distención paulatina de la vejiga, ordenará, cuando aquella le parezca suficiente, la suspensión de la entrada de líquido.

El ayudante procede entonces a separar los labios de la herida. El operador, con el índice envuelto en una gasita, levanta el tejido celular. Para evitar tirones y desgarramientos córtanle transversalmente la fascia prevesical con tijeras romas y cerca del pubis (maniobra de cortar y separar con el instrumento). Si se ha profundizado lo suficiente, e incidido las dos hojuelas aponeuróticas, aparecerá entonces la pared vesical, tensa, gris rocada, fasciculada, con anchas venas longitudinales serpenteando en su superficie. El fondo de saco peritoneal y la grasa prevesical son rechazados hacia arriba con un separador ancho que estará envuelto en una compresa de gasa, para mantenerlos sin lastimarlos y para sorber las secreciones. Con esta maniobra se pone a descubierto una superficie vesical del tamaño de la palma de la mano. Tan amplia superficie permite actuar con precisión y suavidad, sin hacer tracción ni presión, aprovechándola para llevar a cabo una buena anestesia de la pared, la fijación correcta de la vejiga y su abertura en la parte más alta.

3º) *Fijación de la vejiga.* — Por medio de una aguja curva y delgada, sujeta al porta-agujas se pasarán dos catgut N° 0, perforando la vejiga en todas sus capas, uno a cada lado de la línea media. El catgut y la aguja deben ser delgadas, para que por esta perforación no escape el líquido vesical, que se halla a tensión. Estos dos hilos servirán para suspender la vejiga.

4º) *Abertura de la vejiga.* — Estando la vejiga sostenida en alto por los dos hilos que tiene el ayudante, el trócar se hunde en la pared vesical, sobre la línea media (Fig. 1) entre los dos hilos, y evitando los gruesos vasos de dicha pared; se hace bajar el irrigador, esperando algunos segundos a que se evacúe el contenido vesical. Retírase el trócar y por el orificio dejado por él, se introduce el separador de Marion (Fig. 2), que abrirá el camino a la sonda de

Pezzer. (El trócar se retira con una mano y el separador de tres ramas se introduce en ese mismo momento con la otra, para no perder el trayecto.

5º) *Fijación de la sonda.* — Se retira la sonda hasta que quede a punto —es decir, hasta que su pabellón toque el techo de la vejiga—, y, alrededor de ella, se anudan las riendas de catgut que sostenía el ayudante; las que, con una aguja de Reverdin, se pasan luego a través de los músculos rectos —para no dejar espacio muerto entre éstos y la vejiga— y se anudan entre sí.

Pruébese entonces el funcionamiento de la sonda, haciendo levantar el irrigador.

6º) *Síntesis de los planos incididos.* — Se suturan a la aponeurosis, el tejido celular y la piel, dejando un drenaje cigarrillo en el espacio Retzius.

Habrásen notado que, durante la operación, no exploramos la vejiga, para evitar la contaminación del campo. Si necesitáramos conocer el tamaño de un adenoma, haríamos, días más tarde, una cistoscopia por el orificio de la talla —o una exploración bimanual — anestesiando con un supositorio.

En esta forma, el postt-operatorio es muy simple, la herida cierra por primera y generalmente el operado abandona la clínica al quinto día, cuando se le han sacado los puntos.

7º) *Cuidados post-operatorios.* — El paciente puede levantarse el mismo día de la intervención. A los dos días, puede retirarse el drenaje del espacio de Retzius. Algunos lavajes con agua corriente tibia, bastan para mantener limpia la sonda, la que es aconsejable no cambiar hasta pasados por lo menos ocho días, al cabo de los cuales se habrá formado un trayecto y, sin inconveniente se introducirá la nueva sonda dentro de la vejiga.

Para la movilización del paciente, lo más práctico es conectar la extremidad libre de la sonda con el pico de una vejiga elástica (cámara de foot-ball, por ejemplo), que se fija con una cinta de hilera y un alfiler de gancho a la ropa interior del paciente. Este puede vaciarla, según sus necesidades, por la abertura del bolsillo del pantalón, al que se le ha sacado el forro

DISCUSION:

Dr. Surra Canard. — *Creo que el doctor Rebaudi, que no se encuentra presente en este momento, ha presentado una técnica de irrigador en dos oportunidades en esta Sociedad. Una, para facilitar la extirpación de los divertículos de vejiga, y otra para la talla, vaciamiento de la vejiga, seguridad del relleno, etc.*

Dr. Comotto. — *Considero que ésta es la técnica habitual usada en el servicio del doctor Marion en 1930, por lo menos. El doctor Mosqueira pudo haber visto ese irrigador en esa ocasión, el que creo que también fué aplicado por el doctor Rebaudi, que hace lo mismo.*

Sr. Presidente Dr. Castaño. — *Yo no veo la ventaja de la punción con un trócar para vaciar la vejiga. Creo que se complican, de esa manera, los tiempos operatorios.*

Si el enfermo está con la sonda puesta y la vejiga está llena, con la misma sonda se puede vaciar la vejiga. Yo creo que se debe tratar de abreviar los tiempos operatorios y no complicarlos con tantos instrumentos. Nosotros hacemos la talla en esas condiciones, sin que se haya volcado una sola gota de líquido en el campo operatorio.

Repito, pues, que yo no le veo ninguna ventaja al trócar.

Dr. Mosqueira. — *Yo no he dicho en mi exposición que la técnica del irrigador sea mía. La he visto en el servicio del doctor García o Cacciatore, o por lo menos yo la aprendí de ellos.*

No he dicho que ésa es mi técnica o que es una nueva técnica para cistostomía, sino simplemente, que es la técnica de la cistostomía.

Lo único que es mío es la punción de la vejiga para evitar cortar los músculos. Distender el orificio con el separador de tres ramas para que no se vuelque una sola gota de líquido.

En cuanto a lo que manifiesta el doctor Castaño, yo me he expresado posiblemente mal. He querido decir que la vejiga no se vacía a través del trócar, sino que se vacía bajando el irrigador y una vez vacía la vejiga, se retira el trócar con la mano izquierda y con la mano derecha se introduce el separador para colocar la sonda adentro.