

Por el Doctor

RICARDO BERNARDI

EL EMPLEO DEL CISTOSCOPIO CATERIZADOR SIMPLE EN LA MANIOBRA DEL LAVAJE CONTINUO CISTOSCOPICO

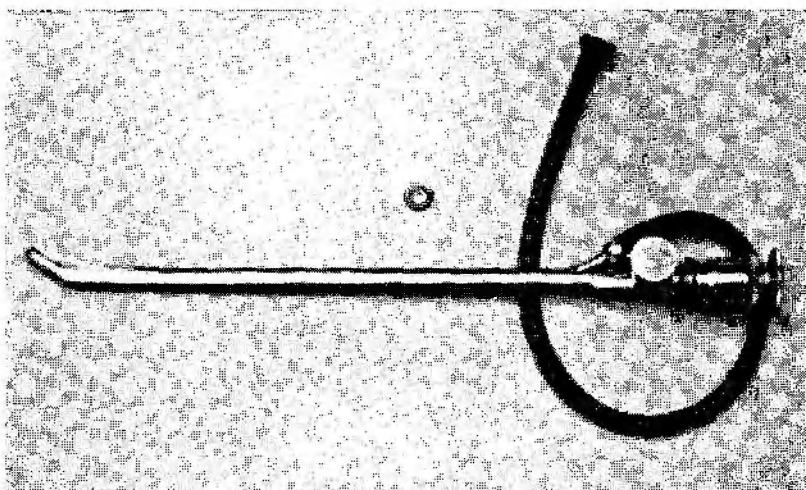
CON un criterio práctico hemos tratado de realizar la replección vesical y vaciamiento continuo, a la manera de un uretroscopio, empleando para ello, un cistoscopio cateterizador simple, aparato común en todos los servicios y consultorios privados por ser el de mayor utilidad, reemplazando en cierta manera a los cistoscopios lavadores americanos en su mayoría más gruesos, poco conocidos y muy costosos en la actualidad.

El lavaje continuo cistoscópico, vale decir, la replección y vaciamiento vesical permanente, bajo una constante visualización, constituye el ideal de todo examen endoscópico y esta maniobra, que hasta el presente debía realizarla el urólogo con otro aparato, puede ser ejecutada con toda sencillez y rapidez mediante un cistoscopio cateterizador simple, como el que proponemos, al que se le ha hecho un pequeño agregado.

Para transformar el aparato, se procede de la siguiente manera: 1º) se saca la tapa que obtura el orificio por donde entra la sonda ureteral, con el propósito de utilizar todo el calibre del tubo metálico conductor, y 2º) se conecta a esta porción una sonda de Pezzer, recta, descabezada, N° 20 ó 22, a la que hemos dejado todo su tallo y pabellón.

Debo aclarar que el tubo de conducción de la sonda ureteral y el de la óptica por donde inyectamos habitualmente el líquido del lavaje, forma una cavidad común apenas franqueado el mango del cistoscopio, de tal manera que en un aparato sin óptica, el agua inyectada por cualquiera de los dos orificios circula por ambos espacios, separados ligeramente por el alambre que mueve a la uña de Albarran. (Ver esquema).

En caso de estar colocada la óptica queda exclusivamente como lugar de circulación para el líquido el espacio correspondiente al catéter utilizado en toda su amplitud por la extracción de la tapa correspondiente, mencionada antes. A pesar de ello y aunque pareciera lo contrario, la vejiga se llena y se vacía con tanta o más rapidez que por la vía común, de acuerdo a la marca de los aparatos, como lo demuestran los tiempos tomados con cronómetro; de todas maneras, lo diferencia entre la vía común (de la óptica) y la pre-



Cistoscopio cateterizador simple (Loewenstein) con una sonda de Pezzer recta, N.º. 22, colocada en el orificio de pasaje del cateter ureteral sin su tapa correspondiente.

sente (del catéter) es cuestión de segundos despreciables (5 a 10 segundos) que, como se verá en la práctica, no influye en absoluto sobre la duración del examen cistoscópico.

La razón es la siguiente: al inyectar disponemos de mayor longitud de tubo por el agregado de la sonda de Pezzer. de allí que la *repleción* se haga en un tiempo igual al del orificio de entrada habitual (el de la óptica) con un tiempo que oscila entre 7 y 10 segundos y *el vaciamiento* de la vejiga se efectúa por regla general, con mayor rapidez (20 contra 30 segundos), según los aparatos, debido al *gran sifón* que hace la sonda al bajar su pabellón para recoger el líquido.

Para estas medicaciones, hemos inyectado siempre 150 c.c. de agua, es decir, una cantidad igual a la capacidad de las jeringas de Guyon, corrientes.

Así, con el *Loewenstein* cateterizador simple, 150 c.c. penetran por el *sitio habitual*, que corresponde al de la óptica en un tiempo de 7 a 10 segundos y salen en 20 a 40 segundos, según la fuerza de contracción involuntaria del detrusor: mientras que por la sonda, esa misma cantidad de líquidos es inyectada en igual tiempo y expulsada por acción del sifón con más rapidez: 10 a 25 segundos, como máximo.

Mientras que si utilizamos un cistoscopio cateterizador simple, Gentile, el tiempo de introducción será el mismo por ambas vías, pero el de salida más rápido por el sitio habitual (13 contra 23 segundos) por el mayor calibre del aparato y del intermediario.

Con respecto a los tiempos señalados, además de los aparatos y del calibre de los intermediarios, debemos tener en cuenta la contracción del detrusor, el grado de inflamación vesical, por el consecutivo tenesmo, la mayor o menor fuerza con que inyectamos el líquido, la temperatura del mismo, etc.: pero en condiciones normales, son estos factores prácticamente despreciables, porqu no modifican la esencia del procedimiento: rápido, sencillo y eficiente.

Al consultar la bibliografía para hacer este trabajo, encontramos que Puigvert-Gorro, en su último libro titulado "Endoscopía Urinaria", al hacer mención de un cistoscopio irrigador de la casa Gentile, con doble orificio de entrada y salida, a la manera de un uretrocistoscopio se expresa así: "este instrumento es de gran utilidad en los casos de enturbiamiento rápido del medio vesical, a causa de grandes piurias o hematurias renales o vesicales".

Ventajas. — 1^o) La principal ventaja de esta maniobra consiste en que permite ver *constantemente la vejiga*, durante todo el tiempo que dura la exploración, sin apartar un solo instante la vista del ocular, ya sea para aclarar el medio enturbiado por cualquier causa, o reponer la pérdida del líquido inyectado por mal ajuste de las piezas del aparato.

El urólogo comienza entonces su examen cistoscópico con la vejiga "en vacío", desde los primeros centímetros inyectados hasta

llegar a la máxima capacidad vesical y nueva replección en forma lenta o rápida, pudiendo así variar a voluntad la presión intravesical, lo que le permitirá observar *interesantísimos detalles sobre el funcionamiento del detrusor*.

Por su parte, Marión y Hetz Boyer, en su libro titulado "Cistoscopie et Cateterisme Ureteral", segunda edición de 1923, hacen ciertas manifestaciones que justificaría el empleo sistemático de esta maniobra. Dicen textualmente: "en ciertas vejigas hay interés en aumentar esta cantidad (200 c.c.): prostáticos y algunas muy grandes de ciertas mujeres. En las mujeres, en efecto, la vejiga no distendida se pliega y puede dar lugar a la formación de pliegues que simulan columnas. Por otra parte, en los dos casos, los orificios ureterales pueden ser difíciles de ver; en los primeros, en razón de su bajo fondo y en los segundos, porque el bajo fondo es muy extenso. En todo caso es fácil de constatar que ciertos orificios ureterales que no son visibles con 200 c.c. de líquido, lo son con 300 ó 400 c.c."

2°) Otra ventaja consiste en que la inyección del líquido es practicada por otra persona (médico o enfermero), quien a pedido del urólogo inyectará más o menos, realizará el aclaramiento del medio, etc., permitiéndole la mayor libertad de acción.

3°) Aun cuando iniciemos el examen con un medio vesical turbio (piuria o hematuria), lo aclararemos con tanta rapidez y mayor comodidad que por la vía habitual, como consta en los tiempos que consignamos en las historias.

4°) Otra de sus grandes ventajas es que permite trabajar con un medio *constantemente claro*, cualquiera que sea la causa e intensidad de la hematuria o piuria, a la manera de un *urétero-cistoscopio*.

5°) Igualmente podremos mantener en forma indefinida la claridad del medio vesical, en la cromocistoscopia, en el caso de querer observar la eyaculación retardada del índigo carmín por uno de los uréteres.

Con este fin inyectamos 0,50 grs. de índigo carmín en el paciente N° 2, el que a pesar de haber aparecido a los 3 minutos por ambos, en forma intensa, nos permitió su perfecto reconocimiento durante 15 minutos, tiempo en que decidimos abandonar el examen.

6º) Permite establecer el diagnóstico diferencial, entre distintos tipos de tumoraciones (pediculadas o sesiles), coágulos, cálculos, incrustaciones, etc., por la movilidad producida en el medio vesical al inyectar el líquido con fuerza.

Para no citar más que un ejemplo, a este respecto, referiremos sucintamente el caso N° 18, en el que se mostrará el valor de esta maniobra.

Se trataba del enfermo internado en la cama 15 de nuestro Servicio del Hospital Ramos Mejía, por una intensa hematuria total, indolora y persistente desde hacía 15 días y cuyo primer examen cistoscópico, no permitió establecer un diagnóstico cierto debido a la gran hemorragia.

Examinado pocos días más tarde, en iguales condiciones y con la maniobra mencionada, hicimos rápidamente el diagnóstico de gran coágulo vesical, por el hecho de que *se desintegraba con la corriente a la vez que giraba en sentido ántero-posterior, lo que demostraba la ausencia de un pedículo.*

Sin embargo, la mayoría de los Colegas presentes, todos ellos de vasta experiencia urológica, que no se sirvieron de esta maniobra y sí del examen atento y cambio de posición del enfermo, negaron en forma absoluta el diagnóstico de coágulo, para sostener el de papiloma pediculado suprameático derecho.

El examen cistoscópico de verificación, realizado días más tarde, permitió observar la desaparición absoluta de la tumoración, *por desintegración, a la vez que confirmó nuestro primer diagnóstico: coágulo de gran tamaño.*

En el caso N° 10 pudimos establecer rápidamente el origen de una intensa hematuria, de 10 días de evolución, al diagnosticar un papiloma suprameático izquierdo, por su perfecta movilidad, la constatación de un corto pedículo y la visualización constante de un intenso chorro de sangre, que rápidamente enturbiaba el medio.

7ª) Diferenciar una celda de un divertículo aumentando o disminuyendo la distensión vesical, a la vez que mantener la claridad del medio de hallarnos en presencia de un divertículo.

A propósito del grado de distensión, dice Kneise, que cuando se llena la vejiga con gran cantidad de líquido, pueden verse pequeñas columnas, por la contracción del detrusor.

8ª) En caso de cistitis, bacilar, calculosa o neoplásica permite aclarar rápidamente el medio y reduce al mínimo indispensable el dolor que siempre produce cualquier movimiento del aparato al retirar la óptica para llenar o vaciar la vejiga.

Otro detalle importante, en estos casos, es que al llenar lentamente la vejiga y observarla a su vez, podemos distenderla hasta un grado suficiente como para poder examinarla, aun con una cantidad relativamente pequeña, sin llegar a los extremos de la distensión "a ciegas" común, en las que por creer que hemos inyectado poco líquido, innecesariamente forzamos la cantidad, viendo así a los pobres pacientes debatirse en un tenesmo intensamente doloroso, que imposibilita todo reconocimiento.

El caso del enfermo N° 13 es típico en este sentido. Se trataba de un paciente con un neoplasma infiltrado de vejiga, que falleció 20 días después del ingreso al Hospital Pedro Fiorito.

Lavando continuamente y en forma lenta, pudimos reducir al máximo posible el intenso dolor propio de la cistoscopia, y establecer el diagnóstico con tan sólo 80 c.c. de capacidad.

El caso N° 12, sospechoso de litiasis vesical, post-adenomec-tomía prostática, resultó ser una cistitis incrustada, con desintegración parcial, en virtud de la fijeza que mantenía su base cuando se inyectaba el líquido.

El caso N° 11 es inverso al anterior en el sentido de que a pesar de la intensa cistitis, fué posible establecer con la maniobra, el diagnóstico de litiasis vesical, curado por la litotricia, en contra de una presunta cistitis incrustada.

9ª) En el caso de tumores retrovescales (quiste hidático, neo del recto o sigmoidea) y desviaciones o tumoraciones genitales internas femeninas, especialmente, puede uno bajo la vista observar su desplazamiento, con la mayor o menor distensión, descartando así la participación vesical.

10ª) Sus posibilidades son grandes en el diagnóstico de ciertas fístulas (vésico-vaginales; vésico-rectales, etc.) a pesar de la turbiedad del medio y pérdida constante del líquido inyectado: en la diferenciación de un edema bulloso, de pequeños quistes vesicales; en el conocimiento del verdadero estado de la mucosa (congestivo o

inflamatorio). por el mayor o menor brillo, de acuerdo al grado de distensión.

11ª) Y, por último, esta modificación al evitarnos el habitual manipuleo propio de toda cistoscopia y tanto más frecuente y molesto, cuanto más rápido se enturbia el medio o mayor es la pérdida de líquido por desgaste de las piezas de ajuste y en el que hemos visto perder la paciencia a más de un urólogo, creemos justificado su empleo.

HISTORIAS CLINICAS

Nº 1. — R. D., mujer, 38 años. Cistitis difusa de origen genital.

El lavaje continuo permitió observar con toda nitidez el color rojizo de la mucosa al llegar a los 150 c.c. de distensión (cistitis) y su modificación en más o menos, según la mayor o menor distensión de la pared vesical, así como algunos detalles interesantes sobre la movilidad del detrusor.

Nº 2. — L. J., 39 años. Blenorragia, curado hace varios meses; próstata ligeramente aumentada de tamaño y consistencia; orina normales.

Lavaje continuo con un cistoscopio cateterizador simple y lavador (Loewenstein), por el que se inyectan 150 c.c.

Tiempos

Por el intermediario (P. I.)		Por la sonda (P. S.)
L. (llenar)	7"	7"
V. (vaciar)	20"	10"

En este mismo enfermo inyectamos 0.050 grs. de índigo-carmin que aparece a los 3 minutos intensamente por ambos meatos; el lavaje continuo nos permite observar la eliminación con toda claridad, hasta que abandonamos la prueba, a los 15 minutos, sin necesidad de apartar la vista del ocular un solo segundo.

Nº 3. — P. R. Blenorragia sin complicaciones, curada hace 20 días; orinas normales.

En este enfermo sacamos la óptica y el intermediario, inyectando y eliminando los 150 c.c. por la sonda para conocer los tiempos, continuando después, como en el caso anterior.

Veamos los resultados, utilizando siempre el *cistoscopio lavador y cateterizador simple, Loewenstein*.

Tiempos

Por la sonda sin óptica (P. S. S. O.)	P. I.	P. S.
L.	7"	8"
V.	14"	33"

La rapidez en la eliminación en la primera experiencia, por la sonda y sin la óptica ni el intermediario: (14'' contra 33'' y 23''), se debe, precisamente a que la corriente utiliza ambos canales internos en toda su amplitud, favorecida por el sifón que realizamos al bajar el pabellón de la sonda.

Nº 4. — F. G., 27 años. Blenorragia sin complicaciones, curada hace 2 meses; próstata normal; orinas claras.

Lavaje continuo con 150 c.c., utilizando el cistoscopio anterior.

Tiempos

	P. S. S. O.	P. I.	P. S.
L.	8''	8''	8''
V.	15''	40''	25''

Nº 5. — E. C., 21 años. Impotencia; niega venéreas; próstata normal; orinas ídem.

Lavaje continuo con 150 c.c.: igual aparato.

Tiempos

	P. S. S. O.	P. I.	P. S.
L.	7''	7''	7''
V.	14''	25''	18''

Nº 6. — J. C., 28 años. Polaquiuria discreta; próstata y orinas normales.

Lavaje continuo cistoscópico con 150 c.c. y utilizando en este caso un cistoscopio lavador y cateterizador simple. Gentile, con intermediario de mayor calibre que el del aparato anterior, lo que explica la mayor rapidez en la eliminación del líquido: 10'' por sonda sin óptica, contra 13'' y 23'' por las otras vías.

Tiempos

	P. S. S. O.	P. I.	P. S.
L.	6''	7''	8''
V.	10''	13''	23''

Nº 7. — L. F., 43 años. Blenorragico crónico; próstata ligeramente aumentada de tamaño y consistencia; orinas ligeramente turbias en el primer vaso, con algunos filamentos pesados.

Lavaje continuo cistoscópico con 150 c.c. (aparato Loewenstein).

Tiempos

	P. S. S. O.	P. I.	P. S.
L.	8''	8''	7''
V.	12''	25''	20''

Nº 8. — L. S., 38 años. Falso urinario.

Lavaje continuo cistoscópico con 150 c.c.

Tiempos

	P. I.	P. S.
L.	7''	8''
V.	20''	13''

Nº 9. — J. B., 43 años. Blenorragia curada hace varios meses; próstata ligeramente aumentada de tamaño y consistencia; orinas normales.

Valores similares a los anteriores.

Nº 10. — M. C., 44 años. Epididimectomía izquierda por bacilosis hace 3 años; orinas normales; discreta polaquiuria nocturna.

Inyectamos, como en un caso anterior, 0.50 grs. de índigo-carmín que aparece a los 6 minutos por ambos meatos en forma intensa; 6 minutos más tarde resulta completamente imposible continuar observando su eliminación por la turbiedad del medio; con el lavaje cistoscópico continuo, lo aclaramos rápidamente y podemos mantenerlo en esas condiciones durante el tiempo que deseamos.

Nº 11. — P. R., 58 años. Hematuria indolora, total, abundante, con pequeños coágulos desde hace 10 días, producida por un papiloma vesical, suprameático izquierdo. Con el lavaje cistoscópico continuo, se consigue eliminar los pequeños coágulos, aclarar y mantener en estas condiciones el medio durante 15 minutos, sin necesidad de realizar otro tipo de lavado a pesar de la intensa hemorragia existente que partía de su extremo superior e interno.

Nº 12. — C. C., 68 años. Adenomectomía prostática hace 3 años; cistitis intensa hace 1 mes, probablemente litiásica, por el suave frote apreciable al examen con el explorador a bola de Guyon.

En el primer examen cistoscópico, realizado en la forma corriente, no pudimos certificar nuestro diagnóstico por los dolores que le producía la distensión permanente de la vejiga y, solamente, pudimos observar un cuerpo extraño, blanquecino, irregular, en medio de una zona de gran edema, que no permitía ver su base y establecer así su relación con la pared. El diagnóstico quedó entre una litiasis, cistitis incrustada o neo infiltrado y ulcerado.

48 horas más tarde, el lavaje cistoscópico continuo con tan simple aparato permitió establecer su diagnóstico de litiasis vesical, con el mínimo de dolor posible, al observar la perfecta movilidad del cálculo con la corriente producida al inyectar y extraer pequeñas cantidades de líquido, en un medio aclarado previamente con este mismo procedimiento.

Dos días más tarde se le practicó, con todo éxito, la litotricia.

Nº 13. — J. S., 67 años. Adenomectomía prostática hace 1 año.

Cistitis intensa de 2 meses de evolución, con eliminación de pequeñas concreciones; orinas muy turbias.

Con este aparato limpiamos rápidamente el medio a pesar de la fácil desintegración del extremo de las incrustaciones pudiendo establecer con exactitud el diagnóstico, por la fijeza de su base.

La electrocoagulación, realizada hace unos días, lo ha mejorado de sus molestias.

Nº 14. — M. A., 54 años. Neo infiltrado y ulcerado de vejiga, que le produce una intensa cistitis y hematuria; fallece 20 días después de nuestro examen (24 de octubre del corriente año) en caquexia, a pesar de la talla derivativa.

Con el empleo de este aparato, redujimos al mínimo el dolor, al obtener un rápido aclaramiento del medio, con una escasa distensión vesical, (80 c.c.) y la abolición de las maniobras propias de toda cistoscopia (extracción de la óptica, introducción del intermediario, inyección del líquido, extracción del intermediario, etc.), estableciendo así el diagnóstico de epitelioma infiltrado y ulcerado que ocupaba parte del trigono y pared lateral derecha.

Nº 15. — P. A., 46 años. Cólico renal derecho sin expulsión de cálculos; orinas normales.

Inyección de 150 c.c. de líquido y 0,025 grs. de índigo-carmin; aparece a los 5 minutos por ambos lados, siendo imposible su visualización 7 minutos más tarde por la intensa turbiedad del medio; con la maniobra mediante este aparato se aclara rápidamente pudiendo observarse su eliminación en forma indefinida.

Nº 16. — P. P., 76 años. Papiloma de vejiga que ocupa el trigono y labio inferior del cuello; orinas normales; próstata atrófica.

El lavaje continuo con este aparato permite observar la uretra posterior hasta el veru, cuando se inyecta el líquido debido a la atonía del esfínter interno, examen que no es factible en ausencia de la corriente. Este hecho no lo hemos podido observar, sin embargo, en algunos de los otros enfermos.

Nº 17. — J. T., 70 años. Hematuria total, abundante, continua e indolora, con pequeños coágulos desde hace 15 días.

El lavaje con este aparato, permitió establecer el diagnóstico de gran coágulo vesical, por su movilidad a la inyección del líquido, a pesar de las opiniones en contra, según manifestamos.

La uretro-pielografía ascendente del lado derecho, realizada por el doctor Alfredo Grimaldi, mostró una tumoración renal, causante de la hematuria.