

## ENFISEMA PERIVESICAL EN EL ESTUDIO DE LAS AFECCIONES VESICALES

Por el Dr. JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE

Las exploraciones radiológicas con contrastes gaseosos periviscerales extra peritoneales en Urología las inicia el Dr. Carelli con la técnica del retro-neumoperitoneo en el año 1921.

Posteriormente nuevos autores hacen aportes a esta técnica, destacándose la efectuada por Ruiz Rivas quien introduce el gas por punción presacra y muy particularmente la de Darget quien practica la punción por vía hipogástrica permitiendo así la posibilidad del estudio radiológico perivesical.

Son múltiples los procedimientos que permiten el estudio de las alteraciones morfológicas de la vejiga, pero ninguno de ellos nos informa acerca de la configuración externa de ésta y del tejido perivesical.

Esta técnica es complementaria de los procedimientos endoscópicos y urográficos conocidos y es por ello que interesados en las posibilidades del contraste gaseoso e interiorizados de los resultados obtenidos en algunos centros urológicos europeos visitados por uno de nosotros, es que lo ensayamos en la sala VI del Hospital Fernández.

Dada la inocuidad y facilidad del procedimiento nos hemos interesado en aplicarlo con el objeto de comprobar las ventajas que aporta en el estudio de nuestros enfermos. La técnica consiste en la inyección gaseosa por vía hipogástrica en el espacio de Retzius con los aparatos conocidos de Carpentier o de Kiüss.

Por carecer de ellos, nosotros hemos confeccionado para este fin una tubuladura en T, uno de cuyos extremos lo adaptamos a la aguja de punción, otro a una jeringa de unos 100 cc. y el tercero nos permite cargar la jeringa con aire atmosférico y es ocluido en el momento de la inyección maniobra que se repite.

A nuestros enfermos les administramos previamente un sedante y procedemos a la punción colocándolos en decúbito dorsal con ligero Trendelenburg. Con asepsia cuidadosa, anestesia local infiltrativa, a un centímetro por arriba del pubis dirigimos la aguja perpendicularmente a la piel, luego la inclinamos en sentido caudal hasta sentir la sensación subjetiva de falta de resistencia. Se debe hacer periódicamente aspiraciones para eliminar la posibilidad de la punción vascular. La certeza de que la maniobra ha sido correcta la tenemos al inyectar el aire sin dificultad. A ese fin inyectamos de 500 a 1.000 cc. esperando unos 30 minutos para una correcta difusión antes de efectuar el estudio radiográfico. Darget inyectando hasta 2.500 cc. obtiene la difusión gaseosa necesaria para provocar un perineumorrhión ya que el Retzius comunica ampliamente con los espacios serosos interparietales del tronco.

Efectuamos simultáneamente la cistografía de contraste, la neumocistografía o la uretrocistografía en posición de frente y oblicuas y en algunas

oportunidades hemos considerado ventajoso la realización de la tomografía vesical.

Usamos del exoneumoperitoneo o enfisema perivesical en aquellos pacientes en que suponemos pueda existir un compromiso de la perivejiga, ya sea por infiltración neoplásica o inflamación crónica. Por el momento nos hemos limitado a enfermos del sexo masculino, adultos con hipogastrio libre de cicatrices. Las mejores imágenes las obtenemos siempre en el examen simultáneo del exoneumoperitoneo y neumocistograma de frente. En las oblicuas se superponen sombras óseas que dificultan la interpretación.

Apreciamos en general la falta de relleno endovesical acorde con la magnitud del proceso proliferativo. El resto de la pared vesical sana aparece más claro que en las radiografías comunes, como un círculo nítido de espesor variable de pocos milímetros delimitado por ambos contrastes gaseosos.

El gas perivesical no sólo demarca externamente el contorno del detrusor, sino que en los procesos que invaden el tejido celular pelviano aporta datos de interés.

Hemos notado:

*Primero:* radiografías en las cuales no hay solución de continuidad en la difusión del aire, quirúrgicamente confirmado por la indemnidad del celular pelviano.

*Segundo:* radiografías en las cuales hay ausencia de la difusión en un segmento, lo que permite suponer la invasión de ese lado y en una oportunidad aparece acumulado por debajo de la zona de probable infiltración como si su difusión se viera obstaculizada.

#### CONCLUSIONES

Es un procedimiento simple, sin riesgos, indicado como complemento en el estudio de los pacientes con patología vesical que permite apreciar las alteraciones morfológicas informándonos acerca de la configuración externa de ésta y del tejido perivesical. No reconoce más contradicciones que las derivadas del mal estado general o de las cicatrices hipogástricas.

#### RESUMEN

Presentamos un procedimiento de parietografía vesical por doble contraste gaseoso endo y exovesical que nos permite apreciar las alteraciones morfológicas externas del detrusor y tejidos adyacentes, todo ello como complemento de los métodos habituales de examen.

---