

A PROPOSITO DE LA CISTOSTOMIA DEFINITIVA

Por el Dr. ANTONIO MONTENEGRO

La cistostomía definitiva es una operación de necesidad, a la cual recurrimos cuando así lo exigen entidades patológicas variadas, que se desarrollan generalmente en la próstata, en la vejiga o en la uretra y sobre las cuales no podemos actuar en procura de una curación radical.

Es una operación muy útil, sin duda alguna, pero a mí me parece que es también un mal necesario o, si se prefiere, un achaque de importancia, ya que exige una serie de cuidados que les dedican con regularidad los enfermos pudientes, mientras que los demás no lo hacen sino con mucha deficiencia, por ignorancia, porque no creen en nuestros consejos o porque les parece que lo que hay que hacer hoy puede hacerse lo mismo uno o dos meses más tarde.

Al dar de alta un cistostomizado que es o será seguramente un infectado vesical, le recomendamos que lave su vejiga con frecuencia, que cuide su fístula hipogástrica que casi siempre supura poco o mucho y que concurra al hospital frecuentemente para cambiarle sonda y poderle guiar y ayudar en su vía crucis.

Y es frecuente que el enfermo de hospital no haga ninguna de estas cosas o que las haga solamente al principio y que más adelante vaya a vernos sólo cuando a él le parece bien.

También es frecuente que en el consultorio hospitalario todo se reduzca a cambiarle la sonda que suele estar en muy malas condiciones, con el extremo vesical incrustado de sales, achatado, etc., y a lavarle la vejiga con cualquier solución antiséptica, y si los cuidados se limitan a esto, por lo general, es porque no se piensa que el enfermo puede ser portador de otra lesión que aquella que motivó la cistostomía y a ella o a la sonda se le atribuye cualquier cosa de que se queja el paciente.

Cambiar la sonda, decía, y lavar la vejiga, es todo lo que generalmente se hace con los cistostomizados definitivos y yo quiero decir que esto me

parece insuficiente y que es necesario explorar la vejiga de vez en cuando, sea con el explorador a bola o con el cistoscopio llevados a la vejiga por la uretra o por la fístula, sea por la radiografía, pues a pesar que no hay retención de orina —madre de tantos padecimientos urinarios— los cálculos secundarios, por ejemplo, pueden formarse gracias a la infección de la vejiga y de la orina, como lo prueban tres observaciones que paso a comentar brevemente.

La primera, de la clientela privada, se refiere al padre de un médico que fué tallado el año 1938 con vistas a una prostatectomía, cuyo segundo tiempo nunca quiso que se le practicara. Quedó, pues, con una cistostomía definitiva y el tiempo siguió andando, hasta que a los cuatro años (1942) de la operación, las orinas se hicieron muy purulentas, espesas, amoniacales, a veces algo sanguinolentas y aparecieron también algunos dolores vesicales, síntomas todos que al principio se atribuyeron a la sonda, pero que como no disminuyeran con los cambios de ésta ni con los lavajes vesicales, ni con los anti-sépticos urinarios, ni con los preparados sulfamidados, obligaron a un examen radiográfico que reveló la existencia de dos cálculos secundarios que pudieron ser diagnosticados mucho antes, si en vez de practicarle cuidados tan limitados se le hubiera examinado la vejiga como corresponde y como nosotros aconsejamos muy seriamente. He aquí los cálculos.

La segunda observación es un desastre quirúrgico.

Se trata de un hombre que estando en la edad en que se tiene derecho a ser prostático, ingresó a nuestra sala de hospital llevando una cistostomía definitiva y además una fístula perineal por la cual salían materias fecales y orina; ésta, purulenta y amoniacal salía también por el recto a pesar de la sonda de derivación hipogástrica.

Por esta fístula le habían sacado unos cálculos y un pabellón de sonda de Pezzer y por el hipogastrio le habían hecho una especie de litotricia; todo esto después de una prostatectomía perineal practicada en uno de los hospitales de Buenos Aires. A los cinco años de esta intervención concurrió a nuestro servicio hospitalario en muy precarias condiciones físicas y morales, para que se le cambiara la sonda y al explotar la vejiga por el trayecto vésico-cutáneo se obtuvo el roce denunciador de la existencia de, por lo menos, un cálculo vesical. Lo internamos y le hicimos una radiografía que confirmó la existencia del cálculo, que seguramente se hubiera diagnosticado antes si antes se hubiera explorado la vejiga. Helo aquí.

El tercer caso se refiere también a un prostático al cual nosotros le habíamos practicado el primer tiempo de una prostatectomía pero sin conseguir que se repusiera y se pusiera en condiciones de tolerar el segundo tiempo.

Concurría con regularidad al consultorio, donde se le cambiaba la sonda y se le lavaba la vejiga, pero un día, más de cuatro años después de la cistos-

tomía, tuvo una hematuria bastante intensa que lo obligó a ingresar al hospital.

La radiografía mostró un cálculo vesical que era seguramente el causante de la hematuria, pues una vez extraído, aquella no se volvió a repetir.

Basados en estas tres observaciones y sumándose las muchas otras que ustedes habrán visto, creo que la cistostomía definitiva exige de vez en cuando el examen de la vejiga por los medios conocidos y muy especialmente por la radiografía.

Y queda probado una vez más que en la génesis de los cálculos secundarios de la vejiga, la infección es lo primero, mientras que la retención, que tanto favorece su formación, sería cuando mucho, una madre putativa de dichos cálculos.

DISCUSION

Dr. Rebaudi. — *Además de lo que acaba de decir el doctor Montenegro, hay otra cosa que suele suceder en las tallas vesicales verdaderas, y es la disminución de la capacidad vesical, cuando se lleva la sonda permanente abierta.*

En los casos graves de neos de próstata, trato de hacer lo siguiente: mantener la vejiga con cierta capacidad vesical para hacer que la sonda no se aplique sobre la vejiga. Cuando la piel se ha cerrado completamente sobre la sonda, cuando la cistostomía es un simple orificio, pongo en el extremo de la sonda un intermediario —hervido antes de introducirlo— que es grande en una parte de la sonda y más fino en la parte final. Ese intermediario se tapa con un trozo de goma muy elástico, de tal manera que la vejiga viene a hacer el mismo esfuerzo que si se evacuara por las vías naturales.

El enfermo, de vez en cuando, tiene deseos de orinar; hace un pequeño esfuerzo y evacúa la orina por ese orificio.

Este procedimiento obliga a limpiezas muy seguidas para evitar que el enfermo se infecte. En esta forma se consigue que el enfermo mantenga una pequeña capacidad vesical.

Dr. Mosquera. — *Como este problema de la intolerancia de la sonda suprapúbica se ve con cierta frecuencia en algunas vejigas, le pediría al doctor Rebaudi que en la próxima sesión nos traiga algún modelo de su aparato para ser más explicativo, puesto que yo no lo he comprendido muy bien.*

Dr. Rebaudi. — *Si me alcanzan un pizarrón lo mostraré en el acto. (Dibujando.) Esta sería la sonda acodada puesta en la vejiga. Cuando la sonda se deja abierta permanentemente, sobre todo en casos de neo en que se la deja mucho tiempo, hasta 5 o 6 años, la vejiga tiende a achicarse constantemente. La*

vejiga queda como un tubo y la sonda toca constantemente y a veces, hasta toca el cuello vesical, produciendo una sensación muy dolorosa.

Entonces, yo hice lo siguiente: Como la vejiga tiene que hacer un esfuerzo para pasar la orina desde la vejiga hasta el meato uretral, colocho un intermediario común de vidrio, hervido y esterilizado. Este intermediario es mucho más pequeño en un extremo y en el otro, se coloca una goma que cierra incompletamente quedando abierto, de tal manera que cuando hace un pequeño bombé, el agua sale por ese orificio. Yo pongo un manómetro y calculo la presión que habrá que efectuar para hacer que no fuera muy fuerte el pequeño bombé. Siempre que se trata de trozos de vejiga sana, estos trozos se dilatan y hacen una verdadera vejiga.

Dr. Mosqueira. — Muchas gracias.

Dr. Montenegro. — Con las cistostomías definitivas, hay que tomar algunas precauciones que generalmente, no se toman. Lo que dice el Dr. Rebaudi es muy aceptable, pero yo soy partidario de las cosas muy sencillas y simples y eso me parece un tanto complicado. Por lo general, en los servicios hospitalarios, cuando el enfermo cistostomizado, que ha sido dado de alta por cualquier motivo, concurre al consultorio, rara vez somos los médicos los que nos encargamos de cambiar la sonda, sino que eso lo dejamos a cargo del cabo; es éste el que lava la vejiga y le pone la sonda, sin saber si dentro de esa cavidad hay otra cosa. Eso es lo común; no quiero decir, que esto se haga en todas partes.