

Peritonitis urinaria secundaria a punción vesical suprapúbica

(Algunas precisiones relativas a la técnica de la microtalla)

Dres. Francisco Di Leoni, Luis A. Cazabán y Luis García Guido *

Se presenta una observación clínica de peritonitis urinaria secundaria a punción vesical suprapúbica y atribuible a defectos técnicos en su realización. Se precisan los detalles de la técnica para evitar esta complicación.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Peritonitis / etiology. Bladder / injuries.

La indicación frecuente de la punción vesical suprapúbica en el tratamiento de la retención aguda de orina conduce a la aparición de complicaciones graves, dentro de las cuales, la peritonitis es una de las más temibles.

En el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas hemos observado dos tipos de peritonitis complicando este procedimiento: uno, de origen intestinal por perforación de asas delgadas y otra de origen vesical. Nos referiremos a esta última, basándonos en la siguiente observación clínica.

OBSERVACION CLINICA

O.C.F. Reg. 352.395. 70 años. Tranqueras (Rivera). Ingresó: 19/XI/73. Alta: 12/I/74.

Enviado al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas por cuadro agudo de abdomen.

E.A.—Prostatismo típico de un año y medio de evolución. No repercusión urinaria alta. Diez días antes retención aguda completa de orina por lo que se realiza cateterismo vesical por vía uretral que es infructuoso. Ante tal eventualidad se realiza punción vesical suprapúbica. Posteriormente: dolor abdominal difuso, a predominio en hemiventre inferior y desmejoramiento progresivo del estado general por lo que es enviado. Detención del tránsito para materias y gases. Orina por catéter suprapúbico: orinas claras.

A.P.—Hipertenso y cardiópata conocido desde hace dos años. Fumador, gonorrea en su juventud.

Examen.—Deshidratado. Mal estado general. Dolorido. Temperatura axilar 37°. Rectal 38°5. Fascies de intoxicado. Ojos hundidos. Palidez terrosa. Pliegue hipoplástico. Lengua seca. Taquicardia regular de 100

Departamento de Emergencia (Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

p.m. Pulso filiforme. P.A. 130/100. Polipnea de 30 por minuto. Hipersonoridad generalizada. Estertores bibasales.

Abdomen.—Se moviliza poco con la respiración. Uniformemente distendido. En hemiventre inferior, a la derecha de la línea media (3 cms.) y a la altura de su tercio medio orificio de punción vesical con catéter de polietileno por el que viene orina clara en moderada cantidad (Fig. 1). A la palpación, duele difusamente todo el abdomen predominando en hemiventre inferior donde existe franca reacción peritoneal. Tacto rectal: adenoma de próstata grado II. Douglas intensamente doloroso.

Diagnóstico primario.—Peritonitis difusa aguda.

Conducta.—Reposición con suero fisiológico i/v por descubierta de vena Basílica. Se calma con Demerol i/m. Se coloca sonda nasogástrica y se establecen controles estrictos de presión venosa central, diuresis horaria, pulso y presión arterial.

Mejorado de su estado hemodinámico se opera, a las seis horas.

Laparotomía exploradora (Dres. Di Leoni, Cazabán, Melogno): Incisión mediana infraumbilical. Moderada cantidad de líquido serohemático en peritoneo. Asas intestinales muy distendidas con algunas zonas de tinte cianótico pero con vitalidad conservada. Abundan-



FIG. 1

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 9 de julio de 1975.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto del Departamento de Emergencia y Asistente de Clínica Urológica.

Dirección: Francisco Llambí 1373. Montevideo (Dr. Di Leoni).

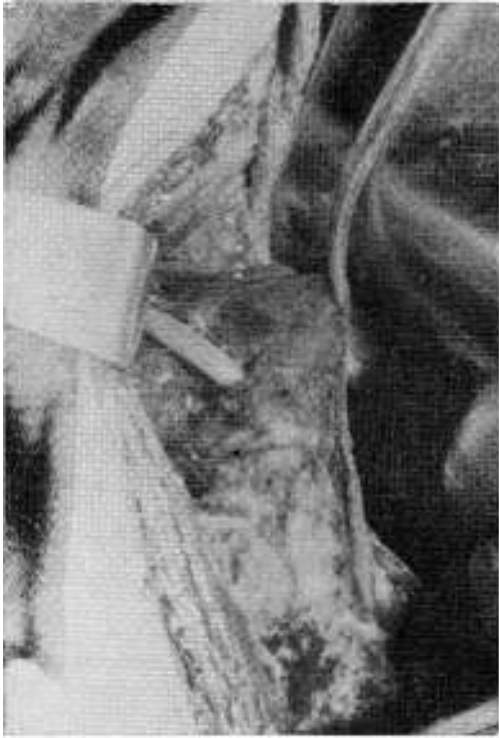


FIG. 2

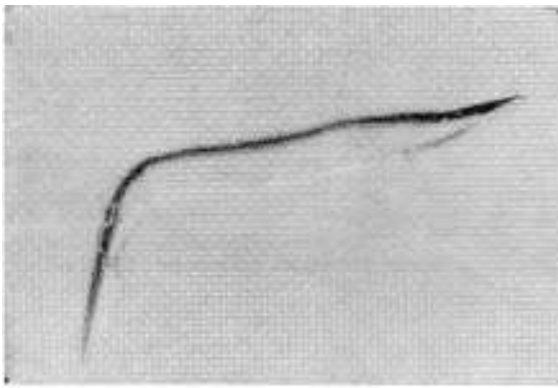


FIG. 3

tes pseudomembranas entre las asas: colon distendido sin lesiones. El catéter, previa su penetración con vejiga hace un trayecto intraperitoneal. (Probable vía de contaminación del peritoneo). (Fig. 2).

No hay otras perforaciones en vejiga. Se retira el catéter (Fig. 3). Cistotomía extraperitoneal: vejiga de lucha. Gran adenoma prostático. Cistostomía con sonda Pezzer. Cierre de vejiga, con puntos de catgut. La sonda de cistostomía se saca por la incisión. Drenaje del Douglas con tubo de goma que sale por contraabertura. Drenaje del espacio prevesical con tubo de goma que sale por la incisión. Cierre por planos. Cuatro puntos totales extraperitoneales de trenza. Piel abierta.

Buena evolución postoperatoria desde el punto de vista de su patología abdominal. Neumopatía aguda izquierda que retrocede rápidamente con el tratamiento instituido. Totalmente recuperado es intervenido sesenta días después en el Servicio de Urología con el diagnóstico de adenoma prostático. Se realiza adenomectomía transvesical. Excelente evolución postoperatoria. Alta en buenas condiciones a los 72 días del ingreso.

COMENTARIO

La punción vesical suprapúbica es un método eficaz y simple, que consiste en el abordaje de la cavidad vesical por punción percutánea suprapúbica con trócar en la zona de proyección extraperitoneal de aquélla.

Las complicaciones descritas son imputables a errores técnicos. Ellas derivan de defectos de su indicación y del desconocimiento de su técnica.

Las indicaciones del procedimiento tienen fines diagnósticos y terapéuticos. Las primeras rebasan los límites impuestos a este trabajo; en cuanto a las segundas son muy precisas y están destinadas a evacuar la vejiga en retención con imposibilidad de cateterismo uretral:

- estrecheces uretrales crónicas, en retención completa de orina por empuje de uretritis y/o periuretritis;
- proceso reiterado de cateterismos uretrales;
- existencia de una falsa ruta;
- rupturas de uretra imposibles de cateterizar, hasta que puedan ser solucionadas quirúrgicamente.

Hay otras indicaciones pero cuya responsabilidad compite exclusivamente al urólogo.

Existen contraindicaciones absolutas a esta técnica y son:

- dudas en el diagnóstico de globo vesical;
- antecedentes de laparotomías infraumbilicales que modifiquen las relaciones de peritoneo y vejiga;
- procesos infecciosos de cualquier plano de la región suprapúbica.

Dado que las complicaciones de este procedimiento surgen de errores en su técnica, creemos necesario puntualizar algunos puntos de la misma:

- 1) Paciente en decúbito dorsal, con las piernas algo separadas y rodillas en ligera flexión. Rasurado en la zona hipogástrica.
- 2) El operador se colocará preferentemente del lado izquierdo del paciente y *reperará el borde superior de la sínfisis púbica.*
- 3) *Se determinará un punto sobre la línea media infraumbilical inmediatamente por encima de la sínfisis púbica. La altura a puncionar oscilará entre escasos milímetros a 1 centímetro por encima de la sínfisis y nunca más allá de esta distancia.*
- 4) Reperado el punto a puncionar, se procede a la infiltración anestésica del trayecto a seguir. Se comienza por un habón intra-

dérmico. Una vez llegado a la vejiga, se calculará sobre la aguja, la distancia a recorrer posteriormente con el trocar.

5) Se realiza una incisión puntiforme de la piel, con punta de bisturí, para facilitar la introducción del trocar.

6) Tomamos el trocar o aguja por su pa-bellón. En los trócares sin mandril o en las agujas, podemos colocar parcialmente el tubo de polietileno en su mitad distal, a fin de obviar el consiguiente chorro de orina. Incluso podemos disponer, totalmente conectado desde ya, el sistema tubular de drenaje a bocal estéril.

El trocar se introduce perpendicularmente a la pared abdominal, en forma suave, lenta y progresiva. Desde el momento en que aparece la orina, se profundizará unos dos o tres centímetros más.

7) Se procede de inmediato a la colocación del catéter de polietileno; la longitud mínima a introducir dentro de la vejiga oscilará por los 10 centímetros. Es preferible una introducción generosa para asegurar su permanencia intracavitaria.

8) Una vez colocado el catéter, se retira el trocar, para lo cual en sistemas ya montados, procedemos a desconectarlo fugazmente por el extremo distal del mismo.

9) Con la primera orina procedemos a recoger una muestra para urocultivo.

10) Se fija el catéter, mediante 2-4 puntos de lino o algodón, a la piel, de manera habitual. Se cubre con gasa fenestrada y se refuerza la fijación del tubo, con leucoplasto.

11) Desde el momento en que sale orina, se deberá graduar la velocidad del vaciado. En principio lento; sobre todo en aquellas vejigas en retención crónica se hará extremadamente lento: gota a gota.

12) La antibióticoterapia es de rigor, aún en pacientes con orinas estériles.

CONCLUSIONES

La punción vesical suprapúbica constituye un recurso terapéutico simple y eficaz en el tratamiento de la R. A. de O.

Como todo procedimiento terapéutico tiene su morbilidad, dependiente de defectos en la indicación y en la técnica. La peritonitis es la consecuencia de dichos errores y sólo se evita con una indicación precisa y una técnica minuciosa y correcta.

RESUME

Péritonite urinaire secondaire à ponction vessicale supra-pubique.

(Quelques précisions concernant la technique de la micro-taille).

Présentation d'une observation clinique de péritonite urinaire secondaire à ponction vésicale supra-pubique et attribuable à des défauts techniques de réalisation. On précise les détails de la technique destinée à éviter cette complication.

SUMMARY

Urinary peritonitis following suprapubic trocar cystostomy.

The case of a urinary peritonitis following a suprapubic trocar cystostomy is described. It was due to a defective technique in the performance of the procedure. Attention is called to the technical details of it, in order to avoid this complication.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEDOISEAN R, ROY-CAMILLE M, SAILLENT G. Examen clinique d'un traumatisé récent de la moelle. Conclusions pronostiques et thérapeutiques immédiates. *Rev Prat*, 21: 3707, 1971.
2. ERCOLE R. Urología práctica. Hughes FA. Schenone H. Buenos Aires, Inter-Médica, 1971, p. 4.
3. GRAYHADA JT. Tratado de patología quirúrgica de Davis-Cristopher. México. Interamericana, 1974, T. 2, p. 1457.
4. MICHON J. Conduite a tenir devant une retentive aiguë d'urines d'origine prostatique. *Rev Prat*, 21: 2977.

Síntesis Quirúrgica Nacional

Artículos de interés quirúrgico publicados por autores uruguayos en otras revistas

REVISTAS NACIONALES

Grandes tumoraciones abdominales en el niño.

Taibo, W.; Maquieira, G.; Chavarría, O.
Arch. Ped. Uruguay, 45(4): 251, 1974.

Los autores relatan 7 casos de tumores abdominales en niños, además de hacer algunas breves consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Uno de los casos correspondía a un megacolon en obstrucción, y otro a una hidronefrosis. En un caso existían 2 (dos) quistes hidáticos de hígado. Otro paciente tenía un quiste adherente al peritoneo parietal implantado en epiplón. De las tres niñas de la serie eran portadoras de teratomas de ovarios y una de quiste de mesenterio. La evolución fue buena en todos los casos excepto una niña que falleció a los 6 meses con metástasis pulmonares.

Biopsias por punción-aspiración de la 5ª vértebra lumbar.

Suero Castro, C. y Cagnoli, A.
Rev. Soc. Ortop. Traumatol. Uruguay, 1: 51, 1975.

Los autores presentan un procedimiento original de biopsia por punción aspiración del cuerpo de la 5ª vértebra lumbar. El obstáculo que significan las alas ilíacas, impide el uso de la vía pósterolateral, el uso corriente a otras alturas del raquis lumbar. Por ello proponen una vía lateral, lumboilíaca. Bajo anestesia general, con el paciente en decúbito lateral derecho con caderas y rodillas flexionadas, se punciona el flanco izquierdo a 3 cm por encima de la cresta ilíaca, en la vertical trazada desde la unión de sus tercios posterior y medio. Avanzando en un plano frontal y en trayecto descendente (45°), a los 10 cm aproximadamente, se contacta con la cara lateral del cuerpo vertebral. Previo control radiológico frontal y lateral, se realiza la biopsia de la manera habitual. En 8 casos en los que usaron el procedimiento, no han tenido complicaciones.

El tromboembolismo pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tarallo, N.; Ambrasoni, P.; Arbiza, D.; Beloso, A. y Failache, R.
Tórax, 24(1): 25, 1975.

Se destaca la frecuencia de la presencia del Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en la enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EBOC). Sobre 279 EBOC internados en la Clínica Médica I de 1970 a 1974, se efectúa el diagnóstico de TEP en 30 (10,75%). 60% eran EBOC de tipo mixto, 37% tipo BB y solamente un caso correspondió a enfisema puro.

Otros factores de riesgo en estos pacientes además de su EBOC son la insuficiencia cardíaca (70%), el reposo (50%), etc.

Los síntomas clínicos más significativos fueron la aparición de disnea o su aumento en el 97%, dolor pleural 37% y hemoptisis 23% y los síntomas más frecuentes fueron el síndrome de condensación en el 74%,

taquicardia en el 60%, hepatomegalia congestiva, 53%, arritmias, 47%, síndrome bronco-obstructivo seco, 40%, flebotrombosis 23%.

Radiológicamente existió cardiomegalia 63%, condensación parenquimatosa 57%, derrame pleural 33% y alteraciones de la circulación pulmonar en 30%.

El centellograma pulmonar confirmó el diagnóstico en 77% de los enfermos en que se efectuó y la LDH elevada en 72%. El tromboelastograma mostró aumento de la coagulabilidad en 9 de 11 enfermos (82%).

El tratamiento se efectuó con heparina en 13 y con dicumarínicos en 6. Fallecieron el 27% (8 pacientes).

En razón de no haber podido contar siempre en la práctica con todos los elementos diagnósticos, el número real de TEP en nuestra serie debe haber sido mucho mayor que el referido.

Indicación y técnica para la implantación de marcapasos cardíacos.

Fabius, A. y Goller, W.
Rev. Serv. San. FF.AA., 3(3): 97, 1975.

El uso cada vez más frecuente de marcapasos cardíacos justifica, especialmente para los médicos alejados de los grandes centros asistenciales esta revisión, donde los autores exponen las indicaciones y técnicas para su implantación.

Una breve descripción de los tipos y sistemas de marcapasos en uso, así como las complicaciones que pueden surgir de su colocación, completan la comunicación.

REVISTAS EXTRANJERAS

A 6 year clinical experience with arteriovenous fistulas and bypasses for hemodialysis.

Zerbino, V.; Tice, D.; Katz, L. y Nidus, B.
Surgery, 76(6): 1018, 1974.

Las fístulas arteriovenosas subcutáneas o by passes han eliminado la necesidad de shunts de Scribner y se recomiendan en todos los pacientes que deben ir a la hemodiálisis o el trasplante. Desde que la permeabilidad alejada es importante, ciertos aspectos técnicos y métodos alternativos para la construcción de la fístula se consideran esenciales en el manejo de estos pacientes. De un total de 163 pacientes que se sometieron a distintos tipos de procedimientos: fístula de arteria radial, fístula de arteria cubital, fístula de arteria humeral, autoinjerto de vena safena colocada en by-pass entre la arteria radial y la vena cefálica, etc.

Nuestra experiencia sugiere que una única fístula, bien construida, será suficiente en el 90% de los casos. El porcentaje de éxito en la fístula entre arteria radial y vena cefálica es del 91%. Todas las muertes de la serie se deben a enfermedades que complican la insuficiencia renal crónica. El porcentaje de complicación es de 9,8% y no hubo muertes debidas al procedimiento.

Noticiario Médico

Curso de Cirugía Vascular.

Clínica Quirúrgica "B" Prof. Roberto Rubio.
Montevideo. 29 y 30 de abril de 1976.
Secretaría: Clínica Quirúrgica "B" Hospital de Clínicas. Montevideo.

2as. Jornadas de Actualización Quirúrgica.

Departamento de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.
Montevideo. 13 al 16 de julio de 1976.
Secretaría: Departamento de Cirugía. Fac. Medicina. Montevideo.

Primer Congreso de Oncología Bonaerense.

La Plata. 5 al 7 de agosto de 1976.
Secretaría: Escuela de Oncología de la Provincia de Buenos Aires. Calle 8 Nº 706. La Plata 1900. Argentina.

5as. Jornadas de Cirugía de la Provincia de Buenos Aires.

Bahía Blanca. 14 al 16 de agosto de 1976.
Secretaría Permanente Jornadas: calle 50 Nº 374. La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

5as. Jornadas Rioplatenses de Patología Clínica

Buenos Aires. 26 al 28 de agosto de 1976.
Secretaría: Bulnes 2196 4º piso. 1425. Buenos Aires. Argentina.

14º Congreso Brasileño de Cirugía.

Río Janeiro. 29 de agosto a 4 de setiembre de 1976.
Secretaría: Av. Rui Barbosa 170 Bloco C. Grupo 103. Río Janeiro 2C-01.

4º Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva.

Davos. 7 a 10 de setiembre de 1976.
Secretaría: R. M. Allgöwer. Kantonsspital, Basel, Suiza.

6º Congreso Mundial de Colon y Recto.

Salzburgo. 14 al 17 de setiembre de 1976.
Secretaría en Argentina: R. Diego Zabaleta. Marcelo T. de Alvear 1632. Buenos Aires, Argentina.

9ª Convención de la Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva.

Buenos Aires. 2 al 4 de setiembre de 1976.
Secretaría: Dr. E. Etala. Montevideo 604, 2º piso. Bs. Aires. Argentina.

10º Curso Internacional de Perfeccionamiento Intensivo para Graduados sobre Cirugía Gastroenterológica.

Buenos Aires. Setiembre de 1976.
Secretaría: Prof. E. Etala. Hospital Alvear, Bs. Aires.

78º Congreso Francés de Cirugía.

Paris. 20 al 23 de setiembre de 1976.
Secret.: Association Française de Chirurgie. 26 Bd. Raspail 75007 Paris, Francia.

6º Congreso Argentino e Internacional de Proctología.

Buenos Aires. 26 de setiembre al 1º de octubre de 1976.
Secretaría: Ceni. Av. Roque Sáenz Peña 1110, 2º piso. 1035. Buenos Aires. Argentina.

4º Congreso Internacional sobre Enfermedades del Hígado.

Basilea. 8 al 10 de octubre de 1976.
Secretaría: Dr. W. Gerok. Dept. Medizin. Freiburg. Univ. Br. Hugstetter Str. 55. D-7800 Freiburg I. Br. West. Germany.

62º Congreso Clínico del American College of Surgeons.

Chicago. 11 al 15 de octubre de 1976.
Secretaría: 55 East Erie Street. Chicago, Illinois. 60611 U.S.A.

47º Congreso Argentino de Cirugía.

Buenos Aires. 25 al 30 de octubre de 1976.
Secretaría: Santa Fe 1171. Buenos Aires, Argentina.

2º Congreso Nacional de la Federación Argentina de Gastroenterología.

Mendoza. 21 al 26 de noviembre de 1976.
Secretaría: Hosp. Español. San Martín 365. Godoy - Cruz/Mendoza. Argentina.

27º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Relato:
—Infección en cirugía.
Mesas Redondas de Cirugía General:
—Amputaciones y resecciones del recto por cáncer.
—Cirugía de la esofagitis por reflujo.
Mesas Redondas de Seccionales:
—Traumatismos raquí medulares cervicales.
—Afecciones del confluente ileo-ceco-apendicular en el niño.
—Cirugía de la mano.

Curso:
—Cirugía oncológica.
Diálogos coordinados:
—Conducta frente a litiasis biliar residual.
—Manejo del neumotórax.
—Conducta frente a las trombosis venosas agudas superficiales.
—Conducta frente a la oclusión intestinal postoperatoria.

Forum
Temas libres
Secretarías Generales: Agraciada 1464 p. 13 (Agrupación Universitaria). Montevideo.
Hospital Escuela del Litoral. Dr. Jorge Burjel. Paysandú.