

DRENAJE DE LA VEJIGA URINARIA CON CATÉTER SUPRAPUBICO.
BONANNO, P. J-, Landers. D. E. y Rock, D. E. Obst. & Gynec. 35:
807, mayo 1970.

En el pasado han aparecido informes sobre el uso de catéteres suprapúbicos en sustitución del tradicional cateterismo con sonda de Foley después de cirugía ginecológica. Es razonable asumir que comparativamente las posibilidades de infección son menores por la vía suprapúbica.

Los autores describen un nuevo catéter suprapúbico que puede ser colocado con traumatismo mínimo y con poca molestia para el paciente. El catéter de 11 pulgadas tiene un calibre de 1,4 mm, es de teflón y tiene su extremo distal incurvado (cola de cerdo), que se endereza por la introducción total de una aguja 18; esta aguja se ocluye con un estilete puntiagudo que sobresale de la aguja; el catéter, aguja y estilete tienen un empalme de engranaje. Sobre el catéter y cubriendo las 3 pulgadas proximales hay un tubo bifurcado de vinilo cuyas alas pueden ser dobladas después de efectuada la introducción del catéter y que pueden ser utilizadas para fijarlo a la piel con esparadrapo o con suturas. El objeto de la curva enrollada es evitar que sea expulsada por la uretra. Los orificios del catéter están situados en la cara interna de la curva.

Para colocar el catéter se distiende la vejiga con 500 ml. de solución salina estéril que se introducen por gravedad a través de una jeringa Asepto adaptada a una sonda uretral de buen calibre. La unidad se inserta a 2 traveses de dedo de la sínfisis púbica y en la línea media previa desinfección de la piel, cuidando que la cúpula del globo vesical esté arriba del sitio de elección de la puntura. La profundidad de la introducción es de cerca de 3 pulgadas, es decir, la mitad de la distancia entre el extremo y las alas del catéter. Se quita el estilete con lo que se verifica la presencia del catéter en la vejiga por salida espontánea o aspirada de la solución salina. Si es así se extrae la aguja progresivamente mientras el catéter es simultáneamente introducido hasta la bifurcación de las alas. Estas se anclan a la piel con suturas de seda 000.

El catéter drena continuamente hasta el siguiente día de la operación; luego se ocluye con el "clamp" del tubo colector y se permite que la paciente orine espontáneamente y, en caso que no lo pueda hacer, puede abrir el cierre del sistema de drenaje.

Como prueba clínica este catéter fue usado en 50 pacientes quirúrgicas ginecológicas que incluyeron reparaciones vaginales, histerectomías vaginales y suspensión uretral retropúbica. En ningún caso falló la introducción. Nunca se expulsó el extremo por la uretra, se extrajo sin premedicación y sin molestia significativa; ocasionalmente fue seguida de la pérdida de unos pocos ml. de orina. El curso postoperatorio de estas pacientes fue comparado con el de otras 50 en quienes se usó sonda de Foley en el postoperatorio de operaciones semejantes (usualmente por 5 días, después de los cuales las pacientes fueron cate-terizadas dos veces al día hasta que la micción fue satisfactoria).

Resultados. Lo más dramático fue la disminución marcada de incomodidad acusada por las pacientes. El segundo hecho importante fue el poco tiempo utilizado por las enfermedades en los cuidados (cerca de 200 cateterizaciones cuando se usó la vía uretral). El retorno de la evacuación espontánea ocurrió a los 6,7 días con el catéter de Foley y sólo 3,2 días en la vía suprapúbica. Las últimas permanecieron U/j días más en el hospital. El número promedio de días en que el catéter permaneció en su sitio fue de 7. En ambos grupos el 60% de las pacientes cuya orina fue cultivada tuvo bacterias en algún tiempo durante el

curso postoperatorio, a pesar de medicación profiláctica. La mitad de las pacientes con sondas de Foley tuvieron significativo número de células de pus y solo lo tuvo un cuarto de las que tuvieron drenaje suprapúblico. Sólo uno de los últimos casos tuvo aparente hematuria, que fue transitoria; el 46% tuvo hematuria microscópica.

Los autores comentan que este drenaje ha sido usado por el departamento urológico para descomprimir la retención aguda de orina de origen prostático, pudiéndose introducir el catéter en la cama del paciente utilizando anestesia local. Consideran el procedimiento muy benigno y sospechan que pronto reemplazará la cateterización con sonda de Foley (*)

Dr. Silvio R. Zúñiga

DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO DE LA APENDICITIS AGUDA.
GONZÁLEZ R., R. y CEBALLOS LABAT, J. Rev. Mex. Radiol.
25: 29, enero-febrero 1971.

Recuerdan que en la mayor parte de los casos, los síntomas y signos clínicos y los hallazgos laboratoriales permiten hacer, con toda certeza, el diagnóstico de este padecimiento. Sin embargo, aceptan que en un importante número de casos los mencionados pueden ser atípicos o el proceso estar ya avanzado por lo cual la radiología puede ser de utilidad.

Los signos radiológicos encontrados por varios autores son:

- 1) *Nivel hidroaéreo en el ciego.*
- 2) *Cambios en el ciego.* Moderadamente distendido con haustras prominentes por el edema local.
- 3) *Cambios en el ileon terminal.* Una o dos asas con nivel hidroaéreo.
- 4) *Opacidad en ciego e ileon terminal.* Por estar ocupados por líquido o por la formación de un absceso.
- 5) *Cambios en el músculo psoas derecho.* Espasmo del mismo si es precoz o desaparición de la línea en su tercio distal si el apéndice está en posición retrocecal.
- 6) *Escoliosis lumbar.* Con convexidad izquierda.
- 7) *Coprolitos en apéndice.*
- 8) *Línea grasa peritoneal del flanco derecho.* Aumento de anchura o borramiento de la misma.
- 9) *Irritación peritoneal.* íleo en asas ileales o yeyunales.
- 10) *Neumoperitoneo.* Es raro como gas libre pero si se puede observar en un absceso.

Los autores revisaron retrospectivamente las radiografías de 50 casos comprobados de apendicitis aguda y los compararon con 50 casos normales.

(*) La Casa Becton-Dickinson ha puesto a la disposición médica la "Aguja Catéter Bonanno".

En los casos normales nunca mostraron signos radiológicos que pudieran confundirse con los patológicos. En estos los cambios radiológicos más frecuentes fueron los cambios en el íleo terminal, seguido por alteraciones en el psoas (relacionado con la posición retrocecal ascendente que predominó en sus casos 36%), nivel hídrico en ciego y, finalmente opacidad en el ciego e íleon terminal (la articulación sacroilíaca derecha es menos aparente que la izquierda).

Los autores hacen una clasificación basada en existencia y cuantía del pus: apendicitis aguda sin pus, hasta con 10 ce. del mismo, hasta con 100 ce, hasta con 500 ce. y mera peritonitis plástica periapendicular y hacen un análisis de los signos más frecuentes en cada uno de ellos.

En la apendicitis aguda sin pus lo más frecuente fueron los números 1, 2 y 3 de la lista.

En el absceso hasta con 10 ce. los números 2, 4 y 5.

En el absceso hasta con 100 ce. de pus los números 5, 2 y 3.

En las peritonitis generalizadas los números 9 y 2.

En la P. P. P. predominaron los cinco primeros números.

Dan 5 referencias bibliográficas.

Dr. Silvio R. Zúñiga

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE CUSHING

ORTH, D. y LIDDLE, G. W. The New Engl. Journ. of Med. 285: 243, julio 1971

Desde su descripción en 1932, el síndrome de Cushing en lo que se refiere a su tratamiento ha sido únicamente revisado hace 19 años, cuando Knowlton y Ragan en la era pre-esteroide, concluyeron que el 50% de éstos pacientes habían fallecido en un período menor de cinco años.

La presente revisión es de 108 casos de Síndrome de Cushing en el Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt, Tennessee, los cuales se acumularon durante un período de 17 años consecutivos. 17 casos eran adenomas adrenales, 10 carcinomas, 17 debido a producción ectópica de ACTH y 64 pacientes tenían enfermedad de Cushing.

Cirugía fue exitosa en todos los casos de adenoma suprarrenal, 3 carcinomas fueron extirpados con éxito y 2 casos recurrieron rápidamente, uno de los cuales fue tratado exitosamente con O, P'DDD, lo mismo que otro caso considerado inoperable, los restantes cuatro casos fueron de carcinoma fueron considerados intratables.

Ninguno de los casos de secreción ectópica de ACTH respondió al tratamiento, aunque algunos respondieron parcialmente a metirapona.

En enfermedad de Cushing, la irradiación pituitaria curó 10 de 51 casos y mejoró otros 13 sin complicaciones, adrenalectomía unilateral fue insatisfactoria y los 19 casos con adrenalectomía bilateral respondieron satisfactoriamente.

Se concluye que el tratamiento benefició todos los pacientes, excepto aquellos con producción ectópica.

Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga h.