

En cambio, en el adulto la disposición es más complicada. No guardan la disposición esquemática, por decirlo así, que tienen en el feto y el gran parecido que tienen con la del perro. Sin embargo, fundamentalmente es la misma, al igual que sus anastomosis y la función que desempeña.

a) *Distribución nerviosa en el hombre adulto.*

De la misma manera que en el feto y en el perro, encontramos dos clases de nervios, de procedencia simpática algunos de ellos y raquidiana los otros. Por otra parte, si no tan simplemente como en el feto, guardando una disposición más complicada, existen también anastomosis entre los sistemas de inervación de la vejiga y de inervación renal.

Desde el punto de vista fisiológico y según los trabajos de Guyon y Denis Courtade en el perro, los filetes medulares presiden a la contracción del globo vesical y provocan la expulsión de la orina; los filetes simpáticos aseguran la contracción del cuello vesical y determinan la retención de orina. Según nuestras investigaciones, las conexiones nerviosas que tiene la vejiga con el riñón intervienen en la correlación funcional nerviosa entre ambos órganos.

1.º *Nervios medulares.* — Nacen de las ramas anteriores del plexo sacro, bien del 2.º par, en el punto en que se une con el nervio lumbo-sacro, bien del 3.º y 4.º par. Los filetes nerviosos, después de haber cruzado los vasos hipogástricos, encuentran el uréter, en cuyo sitio se dividen en ramas supra e infra-ureterales, alcanzando después las partes laterales de la vejiga, desde cuyo sitio se dirigen hacia el cuello de la misma, para distribuirse por las caras anterior y posterior del mismo.

2.º *Nervios simpáticos.* — Arrancan éstos del plexo hipogástrico, por intermedio de tres ganglios, bien estudiados por Franckel.

El *ganglio superior* o *ganglio recto-vesical* se encuentra situado delante de la parte superior del recto y unido al primer ganglio simpático sacro por medio de una gruesa anastomosis. Numerosas ramas arrancan del mismo, dirigiéndose algunas de ellas, unas a derecha y otras a izquierda, deslizándose por debajo del fondo de saco recto-vesical hacia la cara superior de la vejiga. Se las conoce con el nombre de *ramas hipogástricas recto-vesicales* (Guinard y Duprat). Otras ramas del mismo ganglio se dirigen hacia los otros dos ganglios subyacentes.

El *ganglio medio* o *ganglio vesico-seminal mayor* se encuentra colocado al nivel de la 4.ª vértebra sacra y anastomosado con el plexo pudendo. Suministra filetes a la mayor parte de la vejiga, que se distribuyen por la cara superior, caras laterales y cara anterior. Se les conoce

con el nombre de *ramas sacro-vesicales superiores* (Guinard y Duprat).

El *tercer ganglio* o *ganglio véstico-seminal*, mucho más pequeño que el anterior y colocado más hacia la línea media, da ramas a la cara posterior de la vejiga y al uréter. Estas ramas cruzan las partes laterales del recto para distribuirse por las vesículas seminales y parte posterior de la vejiga. Se las conoce con el nombre de *ramas sacro-vesicales inferiores*.

En ocasiones se encuentra un cuarto ganglio conocido con el nombre de *gangliona seminalia*. Del mismo arrancan algunos filetes nerviosos que inervan la base de la vejiga y conducto deferente. Se les conoce con el nombre de *ramas véstico-diferenciales* (Guinard y Duprat).

3.º *Distribución vesical*.— Al llegar a la superficie de la vejiga, los diferentes filetes nerviosos se anastomosan entre sí, constituyendo un verdadero plexo. En el espesor de las paredes musculares constituyen una red intra-muscular y por debajo de la mucosa una red submucosa.

En la mucosa terminan por ramúsculos muy finos y varicosos que acaban por extremidades libres; otros filetes terminan en los vasos y otros en las fibras musculares. Algunas fibras nerviosas desprovistas de mielina penetran en la cara epitelial, llegando cerca de la superficie de la mucosa, en cuyo sitio siguen un trayecto tangencial y paralelo a la superficie, al mismo tiempo que emiten colaterales, más o menos ramificadas, para distribuirse por las capas profundas del epitelio. En el trayecto de los filetes vesicales se encuentran varias células ganglionares rodeadas por un plexo pericelular que envían su cilindro-eje a las fibras musculares.

4.º *Conexiones nerviosas*.— Nuestras investigaciones anatómicas han demostrado que los filetes nerviosos que van a distribuirse por la vejiga urinaria se encuentran en relación con los que van a distribuirse por el riñón, por medio de varias ramas nerviosas simpáticas alejadas del cordón del gran simpático, al que nosotros hemos conocido con el nombre de *sistema de correlación nerviosa véstico-renal*. Pueden demostrarse estas anastomosis nerviosas véstico-renales lo mismo en el perro que en el feto y niño humanos, y no tan claramente en el adulto; sirven para asociar funcionalmente ambos órganos. (Véase figura 37).

Este sistema de correlación nerviosa está formado por un ganglio, ramas descendentes o vesicales y ramas ascendentes o renales. Colocado en la línea media, alejado de ambas cadenas simpáticas, se encuentra, sin embargo, unido a las mismas por varias ramitas nerviosas.

El ganglio, conocido por nosotros con el nombre de véstico-renal, por

la función que desempeña en la asociación nerviosa vésico-renal, es el llamado mesentérico inferior, por sus relaciones con la arteria de este nombre. Descrito hace mucho tiempo en el perro por Langley, ha sido también comprobado, hace muchos años, por Waldeyer, en el hombre, dibujado por Rauber-Kosp, Spalteholz, etc., etc., que reproducen preparados de niño, y en la actualidad en casi todas las obras clásicas alemanas o italianas de hace ya algunos años.

En algunos trabajos recientes franceses, copiando los errores de un artículo (1), lo atribuyen a dos españoles, los cuales, por otra parte, pretendieron haber descrito, por primera vez, el ganglio mesentérico inferior en el hombre (2), cuando ya se encontraba dibujado en la obra italiana de Giarugi y en múltiples obras clásicas de anatomía alemanas.

Del ganglio vésico-renal arrancan dos ramas que van a distribuirse por la vejiga urinaria, próstata, genitales y porción inicial de la uretra membranosa. Nosotros las conocemos con el nombre de *ramas vesicales* o descendentes, por su dirección respecto al ganglio, y representan ellas las ramas de inervación simpática de la vejiga, cuya distribución y anastomosis hemos descrito anteriormente.

Del ganglio vésico-renal arrancan también algunas ramas que, formando parte de nuestro sistema de *correlación nerviosa vésico-renal*, se anastomosan con los nervios renales y se distribuyen, por lo tanto, por la glándula renal. Por lo mismo los llamamos *ramas renales* o *ascendentes* respecto al ganglio.

Estas ramas, no dibujadas ni descritas en las obras de Anatomía antes indicadas, por nadie han sido mencionadas antes de nosotros (3). Ellas completan nuestro sistema de correlación y conducen influjos nerviosos que, procedentes de la vejiga urinaria, van a parar a la glándula renal, modificando su funcionalismo, conforme han demostrado los experimentos fisiológicos que hemos realizado con Bellido (4).

(1) J. M. Bartrina: *Les reflexes de l'appareil genito-urinaire* (La Presse Medicale, abril, 1921).

(2) S. Gil Vernet y F. Gallart Monés: III Congreso de Médicos de Lengua Catalana, 1919.

(3) La Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona nos ha expedido un certificado en el que consta la prioridad de este descubrimiento.

(4) M. Serés y J. M. Bellido: *Correlaciones funcionales en el aparato urinario*, 1921 (Juan B. Aragonés, Muntaner, 121, Barcelona).

CAPÍTULO II

TÉCNICA OPERATORIA PARA ABORDAR LA VEJIGA URINARIA

Si bien la vejiga puede ser abordada por su cara posterior y base, por medio de las tallas transperitoneal, rectal y perineal, bien sea ésta a través de la uretra prostática, siguiendo la cara posterior de la próstata, bien a través de ésta, sin embargo, la única región que hoy día se aborda es la cara anterior.

La cara anterior de la vejiga es, ordinariamente, abordada por medio de la talla *supra-pubiana*. Sin embargo, puede serlo también por medio de la talla transpubiana, bien sea ésta por sinfisectomía o por resección ósea y, por fin, por medio de la talla sub-pubiana o infra-sinfisaria. En la mujer, puede practicarse además la talla vaginal. De todas estas operaciones, la única que se conserva es la talla supra-pubiana, conocida con el nombre de *talla hipogástrica*.

La *talla hipogástrica* puede realizarse por medio de una incisión vertical, *talla vertical*, o transversal, *talla transversal*. En ocasiones, la incisión de las paredes abdominales se realiza en sentido vertical y la de la vejiga en sentido transversal, *talla vértico-transversal*; a veces se realiza en forma inversa, *talla transverso-vertical*.

La *talla transversal*, si bien permite observar ampliamente y con más facilidad la superficie interna de la vejiga, sin embargo, tiene el serio inconveniente de seccionar transversalmente los músculos rectos del abdomen. Por lo mismo se encuentra también completamente abandonada. La talla vertical es el único procedimiento que modernamente se emplea para abordar la vejiga.

Por medio de la talla hipogástrica vertical pueden realizarse, en el interior de la vejiga, operaciones diversas. Por lo mismo, siendo común a

varias operaciones vesicales la técnica para llegar a la vejiga, describiremos, en este capítulo preliminar, la técnica operatoria para abordar la vejiga, antes de detallar las operaciones particulares que por esta vía pueden realizarse.

Otro camino se sigue modernamente por los urólogos para realizar operaciones sobre la vejiga: es la vía uretral. Las operaciones realizadas por este camino, que describiremos en capítulo aparte, se las conoce con el nombre de *operaciones por las vías naturales*.

I.—Talla hipogástrica longitudinal

A. — INDICACIONES

La talla hipogástrica ordinaria o abertura de la vejiga es la operación que se practica con más frecuencia y se utiliza como operación preliminar para ejecutar las operaciones más diversas sobre la vejiga urinaria, próstata, uretra y aun sobre los uréteres.

a) *Operaciones vesicales.*

Los cálculos vesicales, cuando no puedan ser tratados por medio de la litotricia, serán extraídos por medio de la talla hipogástrica, al igual que los cuerpos extraños, cuando no pueden ser extraídos por las vías naturales. Los papilomas vesicales, cuando no son tributarios de la electrocoagulación por las vías naturales y los tumores malignos de la vejiga, serán extirpados por talla hipogástrica. La electrocoagulación de tumores y placas de leucoplasia se practica también, a veces, por talla hipogástrica, «a vejiga abierta».

Para la extirpación de divertículos vesicales debe utilizarse la talla hipogástrica y, por fin, algunas fistulas vésico-vaginales altas son corregidas por medio de la talla.

b) *Operaciones sobre la próstata y vesículas seminales.*

La talla es la operación preliminar en la prostatectomía transvesical en dos tiempos, cuyas indicaciones precisaremos más adelante.

Substituye con ventaja a la punción vesical cuando no es posible realizar el cateterismo, al igual que cuando nos encontramos ante un enfermo con múltiples falsas vías. Los cálculos de la próstata y uretra prostática son extraídos, a veces, por talla hipogástrica. Las barras cervicales que producen síntomas de prostatismo son seccionadas o destruidas por talla hipogástrica.

La vesiculotomía y la extirpación de las vesículas seminales pueden realizarse también por vía transvesical.

c) *En las operaciones uretrales.*

La *derivación de orina*, por medio de la talla hipogástrica, se emplea con éxito en las autoplastias uretrales, uretrorrafias circulares, tratamiento del hipospadias, etc., etc. En las roturas uretrales es el tratamiento inmediato antes de acudir al tratamiento de la lesión uretral, especialmente en las roturas completas. La talla hipogástrica nos sirve también para realizar el cateterismo uretral retrógrado.

d) *Operaciones ureterales.*

Para la extracción cruenta de los cálculos de la desembocadura uretral y de sus inmediaciones, podemos utilizar la talla hipogástrica (véase página 256). Para el cateterismo de los uréteres «a vejiga abierta» la talla nos presta un gran servicio cuando no es posible efectuarlo por medio del cistoscopio.

B. — INSTRUMENTAL

Para una operación de talla ordinaria hacen falta los siguientes instrumentos:

8 pinzas de ropa, 2 escalpelos, uno estrecho y puntiagudo; 12 pinzas de Pean, una tijera recta, una tijera curva, 2 separadores Farabeuf estrechos, 2 separadores Farabeuf largos, 6 pinzas Kocher largos, 2 pinzas disección ordinarias, de diente de ratón; una pinza de disección larga ordinaria, 2 agujas Doyen, una de gran curvatura; una aguja de Reverdin, un embudo de Ertzbischoff, jeringa de lavados vesicales, 2 sondas bequilles, un tubo Marion, una sonda Pezzer y un separador de tres ramas de Marion.

En casos especiales de operación más complicada hacen falta además los siguientes instrumentos:

Tenazas rectas y curvas para cálculo, agujas de sutura muy curvadas, porta-agujas de mango largo, separador de Legueu, pinza de Guyon para tumores vesicales, una pinza de disección larga de diente de ratón, una tijera larga curva, una pinza de disección de Duval, 2 pinzas de un garfio, 2 pinzas de bocado ancho de pared vesical, un beniqué ordinario, un beniqué para cateterismo retrógrado y cucharillas vesicales.

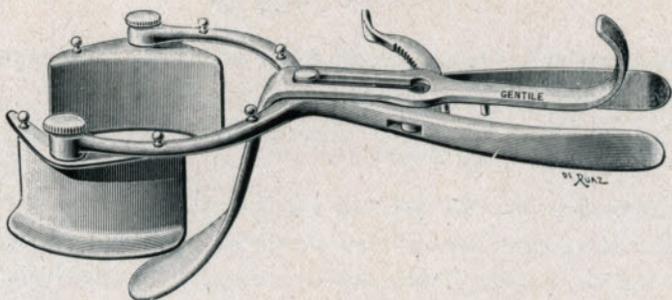


Figura 191
Separador vesical automático del profesor Leguen

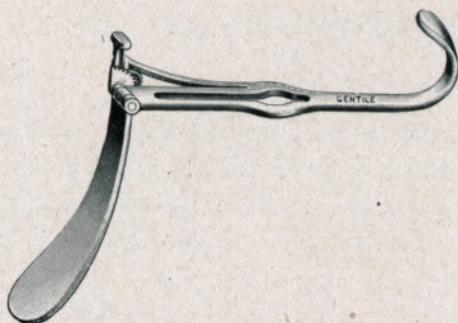


Figura 192
Depresor vesical de ángulo variable, del doctor Cathelin

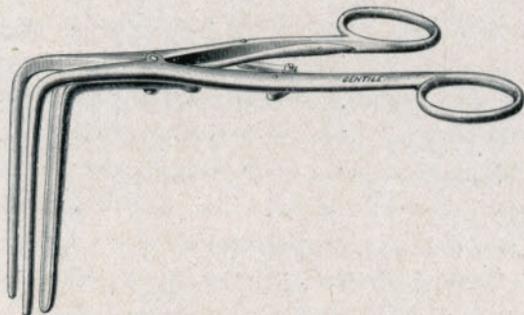


Figura 193
Dilatador trivalvo de Marion

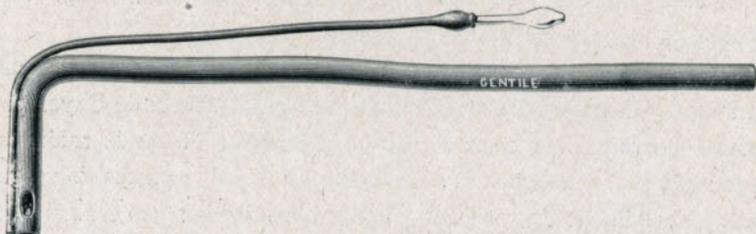


Figura 194
Tubo acodado de Marion para talla hipogástrica

C. — PREPARACIÓN Y POSICIÓN DEL ENFERMO

Antes de abordar la vejiga es conveniente corregir, en lo posible, la infección de la orina por medio de lavados y antisépticos internos, con el fin de que la operación se realice en un medio lo más aséptico posible. En ocasiones, sin embargo, tiene que realizarse una operación de urgencia, y en otros casos, por las condiciones en que se encuentra la vejiga, es imposible corregir la infección con el tratamiento preliminar. Entonces se procurará atenuarla en lo posible y, sobre todo, guardaremos precauciones especiales en el acto operatorio.

El enfermo se coloca en posición supina en la mesa operatoria. Durante las maniobras preparatorias permanece en posición horizontal; después es conveniente colocarlo ligeramente inclinado, especialmente si el vientre del enfermo es voluminoso y la operación es complicada. En ocasiones debe colocarse en posición completa de Trendelenburg, cuando necesitamos obtener un gran desplazamiento de las paredes vesicales.

D. — ANESTESIA

La anestesia clorofórmica es poco a propósito para las operaciones sobre la vejiga urinaria.

El *silencio abdominal*, es decir, la quietud en que se colocan los órganos abdominales y la abolición de las contracturas musculares, hace que la anestesia ideal para estas operaciones sea la *raqui-anestesia*. Nosotros la obtenemos por medio de 4 centigramos de estovaina con medio miligramo de sulfato de estricnina, inyectados entre las 12.^a vértebra dorsal y la 1.^a lumbar. Si la operación ha de ser larga, será necesario aumentar aquella dosis en 1, 2 o 3 centigramos de estovaina, inyectados en el mismo sitio. Nunca difundimos extraordinariamente el líquido anestésico en el líquido céfalo-raquídeo, pues así la acción anestésica es más concentrada sobre las raíces nerviosas correspondientes.

Por medio de una inyección subcutánea preliminar de escopolamina-morfina moderamos la impresionabilidad del enfermo, pudiendo disminuir las dosis de anestésico y trabajar con menor excitación del paciente.

En igualdad de duración operatoria, tenemos que disminuir la dosis de anestésico en los enfermos muy viejos, debilitados o con taras orgánicas. En cambio, debemos aumentarla ligeramente en los sujetos muy robustos. Nunca debe rebasarse la dosis indicada.

En ocasiones podrá utilizarse, solamente con el fin de llegar hasta la vejiga, la anestesia local en los sujetos muy caquécticos y extraordinariamente debilitados.

La anestesia epidural y los procedimientos anestésicos sobre las raíces nerviosas son mucho más complicados e inseguros.

E. — MANUAL OPERATORIO

El cirujano debe colocarse en el lado izquierdo y los ayudantes en frente.

1.º *Proyección de la vejiga sobre la pared abdominal.*—La vejiga debe lavarse con una solución de protargol al 2 por 1.000 o solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000, después de un abundante lavado con agua esterilizada, en caso de estar muy infectada la orina.

Dejaremos colocada la sonda bequille con la que hemos practicado el lavado para distender la vejiga; a su pabellón le adaptaremos un embudo de Ertsbischoff. Si el líquido vesical se escapa entre la sonda y la uretra, comprimiémosla encima de aquélla por medio de un tubo de goma.

El mejor medio para distender la vejiga, con el fin de que se proyecte contra la pared abdominal, es la inyección de líquido. La inyección de aire tiene el inconveniente de su difícil dosificación y, al mismo tiempo, el peligro de una embolia gaseosa (1). La inyección de aire esterilizado tiene, sin embargo, la ventaja de no arrastrar el líquido vesical o bien los productos purulentos que la vejiga pueda contener hacia la herida hipogástrica. Podremos corregir este inconveniente de la distensión líquida vaciando la vejiga antes de abrirla.

Cuando la uretra no es permeable, podremos distender la vejiga por medio del aire, inyectado lentamente y con presión por la uretra.

En la mujer, y cuando la vejiga no sea dilatada, podremos reconocer la pared anterior de la vejiga introduciendo en su interior un explorador metálico o beniqué ordinario, dirigiéndolos contra la pared anterior para formar prominencia hacia la herida hipogástrica. A veces, sin embargo, tendremos que buscar la vejiga sin distensión, por ejemplo, en los casos de estrecheces, fístulas perineales o roturas de la uretra, aunque en éstas a veces se encuentra distendida por la misma orina acumulada.

La cantidad de líquido introducido debe ser superior a 300 gramos, con cuya distensión se eleva el fondo de saco pre-vesical. Procuraremos que el globo vesical forme un relieve muy patente en el hipogastrio.

(1) Marion. Un cas de mort par embolie gazeuse au cours d'une prostatectomie (*Journal d'Urologie*, 1913).

Cuando es imposible obtener una dilatación de las paredes vesicales por medio de la inyección de líquido, por estar aquéllas muy retraídas detrás de la sínfisis pubiana, puede prestarnos buenos servicios la dilatación del recto, por medio del balón de Petersen, o bien la elevación de la vejiga con los dedos del ayudante, y, en la mujer, un taponamiento vaginal

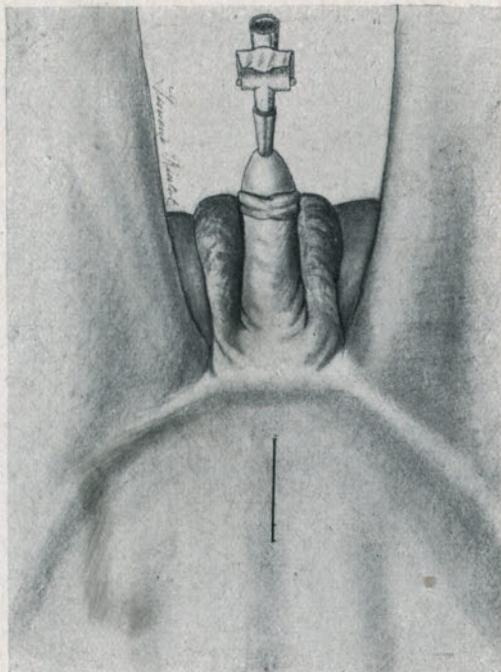


Figura 195

Talla hipogástrica. Incisión de la pared abdominal

apretado. Así conseguiremos que la vejiga en masa se dirija hacia la pared abdominal anterior.

2.º *Puntos de referencia.* — Para la talla longitudinal, el ombligo y el borde superior de la sínfisis pubiana, visible o palpable, nos sirven muy bien de puntos de referencia; en los sujetos delgados, además, pueden servirnos los relieves de los músculos rectos abdominales.

3.º *Incisión cutánea.* — La incisión será vertical, practicada en la línea media y de una extensión que varía extraordinariamente según la operación intra-vesical que tengamos que realizar. Para una simple cistostomía y en un sujeto delgado, basta con 2 ó 3 centímetros. Debe ser de 8 a 10 centímetros si tenemos que abrir extensamente las paredes vesica-

les. En igualdad de circunstancias, en los sujetos gruesos debe ser más extensa.

La incisión debe empezar a uno o dos centímetros por encima de la sínfisis pubiana, especialmente cuando la cistostomía es el primer tiempo de una prostatectomía (fig. 195). En el segundo tiempo podremos agrandar, sin peligro ninguno, hacia abajo, el orificio hipogástrico.

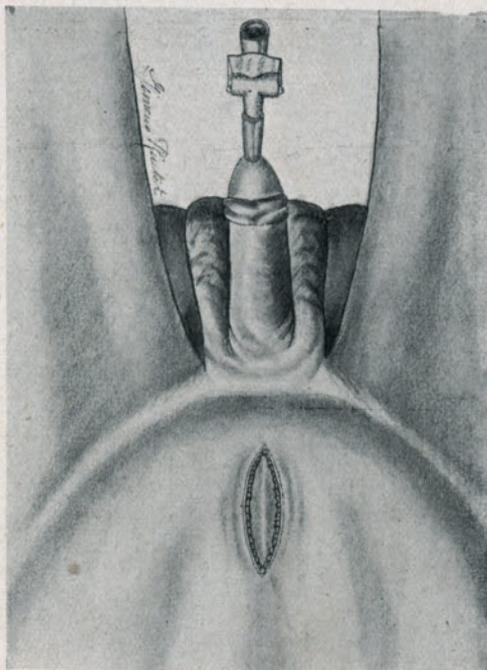


Figura 196

Incindida la piel y grasa subcutánea, aparece la aponeurosis de los rectos y línea blanca

La incisión se hará de abajo hacia arriba, seccionándose la piel y tejido célula-grasiento subcutáneo, a veces muy desarrollado en algunos sujetos, hasta descubrir la línea alba y aponeurosis de los músculos abdominales (fig. 196).

4.º *Sección de los planos músculo-aponeuróticos.* — En la línea media practicaremos una incisión longitudinal de la aponeurosis, que comprenda además los músculos piramidales, caso de habernos desviado ligeramente de la línea media. Los dos labios de la abertura aponeurótica se cogerán por medio de pinzas de Pean con el fin de agrandar su abertura y hacer visibles los músculos rectos del abdomen (fig. 197).

Así será más fácil reconocer el intersticio que separa el borde interno de los músculos rectos y el tejido fibroso interpuesto.

Mediante unas tijeras de punta roma, reseguiremos la línea de separación de dichos músculos, agrandando así el intersticio que los separa. Por dicho intersticio se introducirán dos separadores de Farabeuf, separando

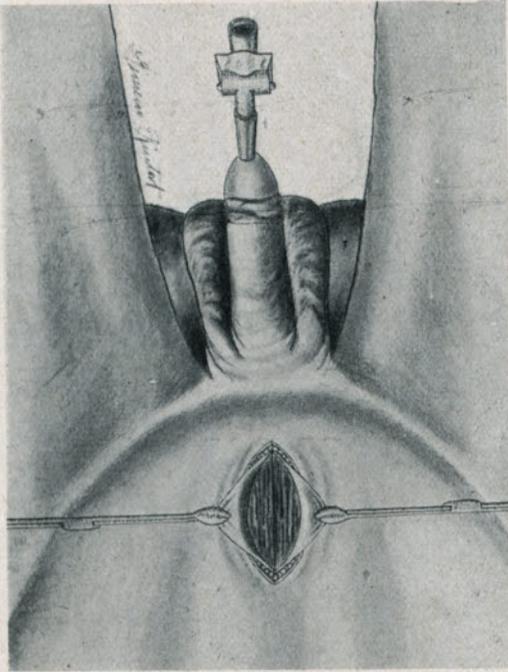


Figura 197

Seccionada la aponeurosis y desviada hacia cada lado, aparecen los rectos abdominales y el intersticio que los separa

hacia afuera dichos músculos con el fin de hacer visible el relieve vesical. Ningún despegamiento seguiremos contra la cara posterior de los mismos, a fin de prevenir la formación de pericistitis.

5.º *Descubrimiento de la cara anterior de la vejiga.* — Para eso debemos rechazar hacia arriba el fondo de saco de peritoneo pre-vesical y abrir las dos paredes que limitan la cavidad de Retzius, procurando limitar los despegamientos a la línea media.

Mediante unas tijeras de punta roma y curvada, rasgaremos ligeramente las capas fibrosas antes indicadas, de abajo hacia arriba, al mismo tiempo que rechazamos hacia arriba el fondo de saco peritoneal (fig. 198). Las aponeurosis y grasa prevesical rasgados serán cogidos por medio de

los separadores que apartan los rectos del abdomen; así descubriremos la cara anterior de la vejiga en la línea media. Mediante una torunda de gasa acabaremos de rechazar hacia arriba el fondo de saco peritoneal, al mismo tiempo que limpiamos de grasa, en la zona media, la cara anterior de la vejiga, hasta hacerse visibles las fibras superficiales y venas longitudina-

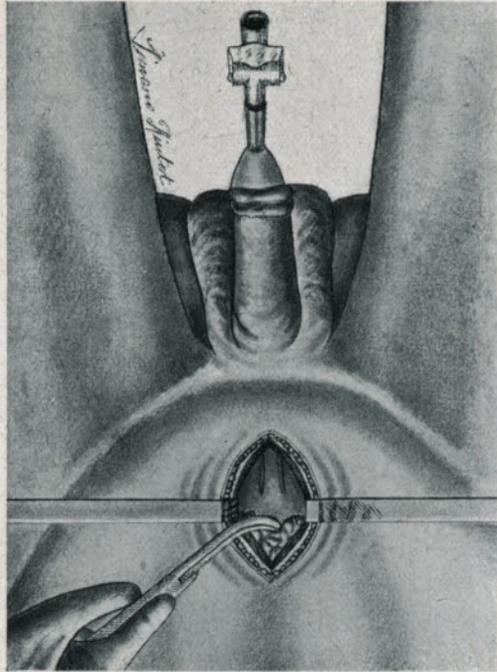


Figura 198

Descubrimiento de la cara anterior de la vejiga urinaria, arrastrando hacia arriba la grasa de la cavidad de Retzius

les de la misma (véase fig. 198), que debemos encontrar siempre antes de incidir la vejiga.

No debemos incidir la vejiga hasta que tengamos la seguridad que hemos dejado completamente liberada la cara anterior de la misma, y no fiarnos del relieve que forma el globo vesical, pues en ocasiones se encuentran delante del mismo algunas asas intestinales.

El aspecto brillante y liso que toma, en algunas ocasiones, la cara anterior de la vejiga recubierta por la aponeurosis umbílico-prevesical, puede inducir a confusión con la cavidad peritoneal.

Debemos buscar siempre el fondo de saco prevesical hacia el borde superior de la sínfisis pubiana; en ocasiones (véase página 354) tendremos

que buscarlo contra la cara posterior de la misma. Si la incisión es alta, tendremos que seguir hacia la cara posterior de los rectos, en la línea media, para llegar a la sínfisis pubiana.

El despegamiento del fondo pre-vesical será más o menos extenso según la operación que se tenga que realizar.

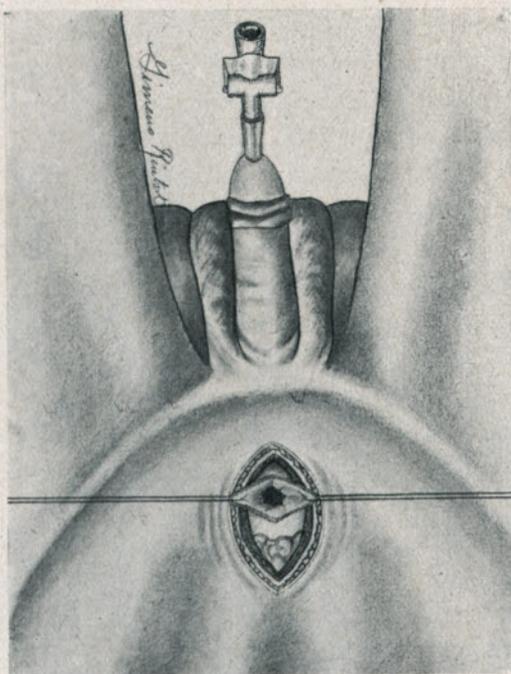


Figura 199

Fijación y abertura de la vejiga

Si no se ha podido distender la vejiga ni colocarse un beniqué o explorador metálico en su interior, tendremos que ir a buscarlo detrás de la sínfisis pubiana, hasta que se reconozcan algunas fibras musculares de la misma. Entonces cogeremos la vejiga con una o dos pinzas de Kocher con el fin de atraerla hacia arriba, al mismo tiempo que rechazamos el peritoneo, dejando al descubierto la cara anterior de la misma.

6.º *Fijación y abertura de la vejiga.* — El contenido vesical debe considerarse séptico en todos los enfermos y, por lo mismo, debe vaciarse la vejiga antes de abrirse.

Antes de vaciar la vejiga y a fin de evitar que ésta se retraiga en el interior de la pelvis, se fijarán sus paredes por medio de dos puntos de seda

colocados a cada lado de la línea media, o bien con dos pinzas de Kocher largas (fig. 199). Estos puntos deben coger bastante grosor de la pared vesical, pero no ser perforantes, a fin de evitar el derrame de líquido. Se procurará vaciarlo lo más completamente posible, haciendo un buen sifón con la sonda, presionando las paredes abdominales y, en caso de necesidad, colocando al enfermo, en aquel momento, en posición horizontal.

La abertura de la vejiga se realizará en sentido longitudinal, puncionando con el bisturí con el filo dirigido hacia el pubis; respetaremos, a ser posible, las venas longitudinales. En aquel momento la vejiga estará exteriorizada por medio de los hilos de fijación, con el fin de hacerla visible; así evitaremos la lesión del fondo de saco peritoneal, y en caso de salida de líquido del interior de la misma, que éste penetre en la cavidad de Retzius.

Después de haberse abierto la vejiga, colocaremos nuevos hilos de suspensión que comprendan todo el espesor de las paredes vesicales, a un centímetro de distancia de los labios de la abertura vesical, suprimiéndose los anteriores.

Según las necesidades de la operación agrandaremos más o menos la abertura vesical hacia arriba, respetando siempre el fondo de saco peritoneal.

7.º *Maniobras operatorias intra-vesicales.*—Serán diferentes según la operación vesical que deba realizarse. La talla hipogástrica no es más que un tiempo preliminar de la operación vesical correspondiente. Más adelante describiremos estas maniobras en cada caso particular.

8.º *Sutura de la pared vesical y drenaje.*— Pueden presentarse tres casos respecto al cierre de la vejiga: 1.º Que convenga cerrar totalmente la vejiga y la pared abdominal. 2.º Que tenga que dejarse drenaje hipogástrico, suturando parcialmente la abertura de la vejiga y la pared del abdomen. 3.º Que no tenga que suturarse la vejiga y tenga que dejarse drenaje hipogástrico. En todos los casos de operación vesical es imprescindible dejar drenaje, sea por el hipogastrio o por la uretra.

a) *Sutura total de la vejiga.*

En este caso dejaremos el drenaje por vía uretral. Consistirá, en el hombre, en una gruesa sonda bequille del número 20 o 22, de preferencia una sonda de ojos múltiples; colocaremos esta sonda en el acto operatorio en forma que drene bien la cavidad vesical, sin que el cuello de la vejiga obture ningún orificio de la sonda, ni ésta comprima por arriba la sutura de la misma. En la mujer, el mejor drenaje consiste en una sonda Pezzer

colocada desde la vejiga hacia la uretra, o bien por la uretra al terminar el acto operatorio.

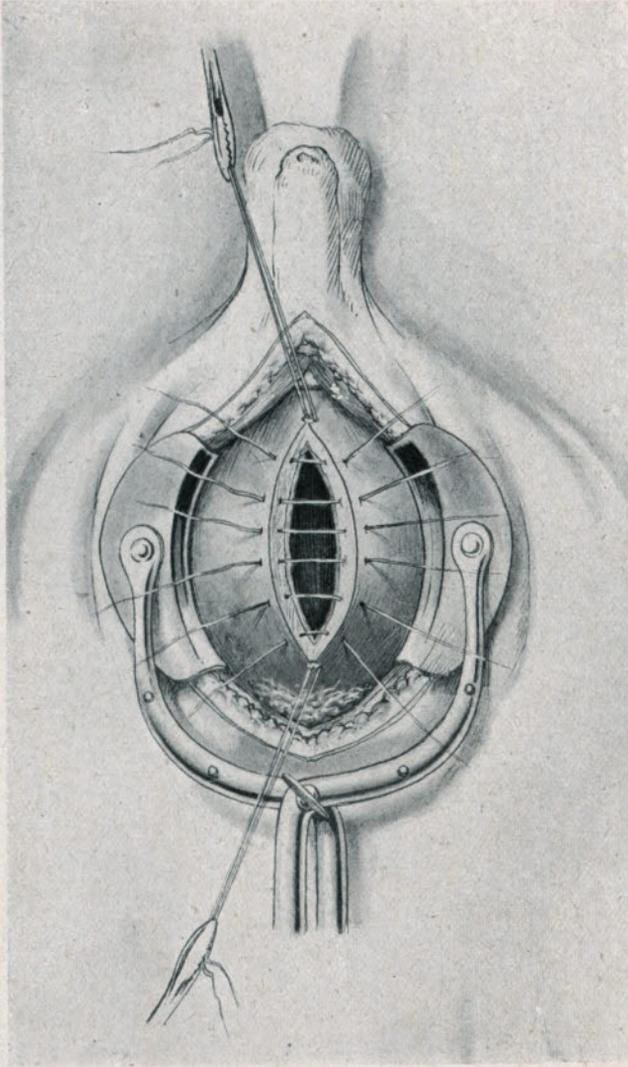


Figura 200

Sutura total de la pared vesical. Primer plano

La sutura de la vejiga será entrecortada, se realizará en dos planos superpuestos, con catgut, en la forma siguiente:

Un plano profundo, de sutura entrecortada, se realizará con catgut del número 1, afrontando completamente los dos labios de la incisión vesical.

Cada punto penetrará a medio centímetro del labio de la incisión, saliendo en esta forma por el otro labio después de haber comprendido todas las túnicas vesicales, incluso la mucosa, sin perforar, no obstante, la super-

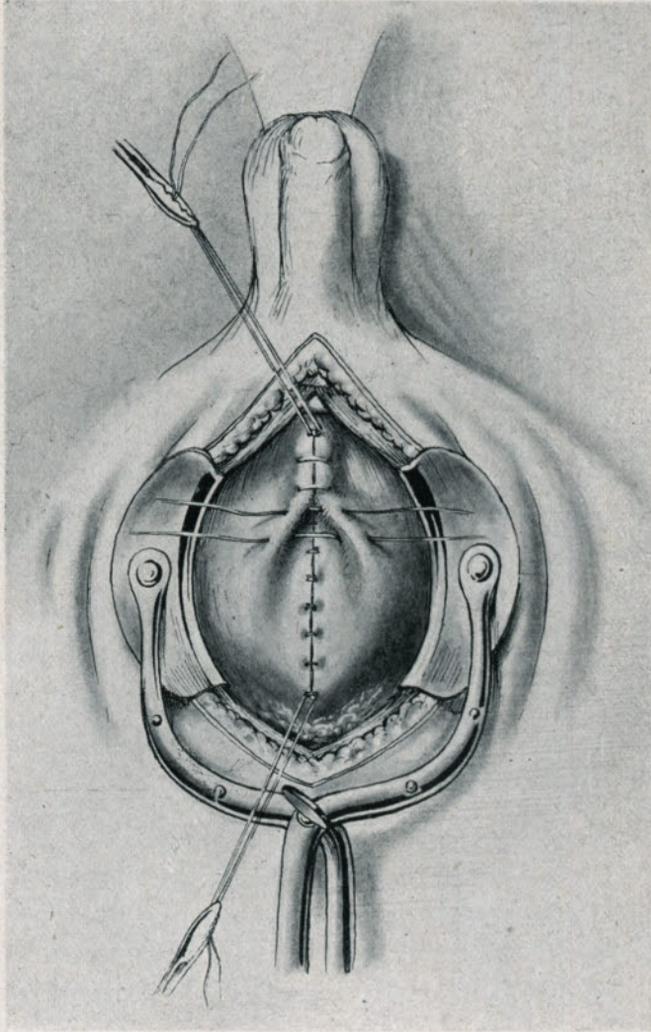


Figura 201
Sutura total de la vejiga. Segundo plano

ficie interna de ésta. Si la sutura comprende sólo la pared muscular, queda una superficie sangrante hacia la cavidad vesical (fig. 200).

Los puntos serán colocados regularmente, procurando que no queden demasiado apretados ni se mortifiquen con las pinzas los labios de la pa-

red vesical. Colocaremos primeramente un punto en cada extremo de la abertura vesical; tirando entonces de los mismos, exteriorizaremos la línea de sutura, al mismo tiempo que se facilita la colocación de los restantes puntos de sutura. Es conveniente, cuando se quiera hacer una sutura oclusiva, comprobar su coaptación perfecta por medio de una inyección de líquido. Si éste rezuma por algún sitio, colocaremos allí un punto complementario.

Un segundo plano de sutura, entrecortada también, con catgut del número 2 ó 3, a semejanza de la sutura de Lembert, hunde la anterior, al mismo tiempo que cierra más perfectamente la abertura vesical (fig. 201). Cada punto de este plano aproximará la grasa prevesical y las paredes de la vejiga, por fuera de la sutura anterior, en la forma que indica la figura 202.

b) *Sutura parcial de la vejiga con drenaje hipogástrico.*

El tubo de drenaje que reúne mejores condiciones es el de Marión (fig. 194). Pueden utilizarse también varios tubos de drenaje de diferentes calibres, a semejanza del tubo de Freyer en la prostatectomía transvesical. El codo de cristal sirve para vigilar el drenaje y los lavados, y no se aplasta, como la sonda Pezzer; es el mejor drenaje hipogástrico en los días sucesivos a la operación.

La rama corta del tubo de drenaje debe colocarse en la abertura vesical a un través de dedo por encima del extremo inferior de la incisión, con el fin de alejarlo de la sínfisis pubiana. Caerá en el interior de la vejiga en forma que no quede doblado, no contacte con el trigono y pueda recoger íntegramente la secreción urinaria. La rama larga del tubo debe dirigirse hacia abajo, con el fin de recoger la orina por medio de un orinal colocado entre las piernas del enfermo o bien a su lado. Si el tubo de drenaje se coloca hacia la parte superior de la abertura vesical, es posible que no funcione bien.

La sutura vesical se practicará por encima y por debajo del tubo de drenaje, en dos planos, en igual forma que en la «sutura completa de la vejiga». Debe procurarse que la sutura vesical estreche perfectamente la abertura de la vejiga encima del tubo, cual si fuera un esfínter, con el

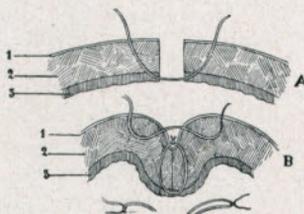


Figura 202

Sutura completa de la vejiga en el corte

A. Primer plano de sutura, comprendiendo las tres túnicas vesicales, sin perforar la mucosa.

B. Segundo plano de sutura, hundiendo al anterior, comprendiendo solamente las túnicas celular y muscular.

1. Túnica celular. — 2. Túnica muscular. — 3. Túnica mucosa.

fin de que no salga orina por fuera del mismo y se derrame en el espacio prevesical.

Antes de cerrar la pared abdominal debe comprobarse el perfecto funcionamiento del tubo de drenaje, con el fin de colocarlo en mejor posición, en caso de necesidad.

c) Drenaje hipogástrico sin sutura de la vejiga.

Siempre que sea posible se practicará una abertura vesical lo más estrecha que permita la operación que tengamos que realizar (extracción de

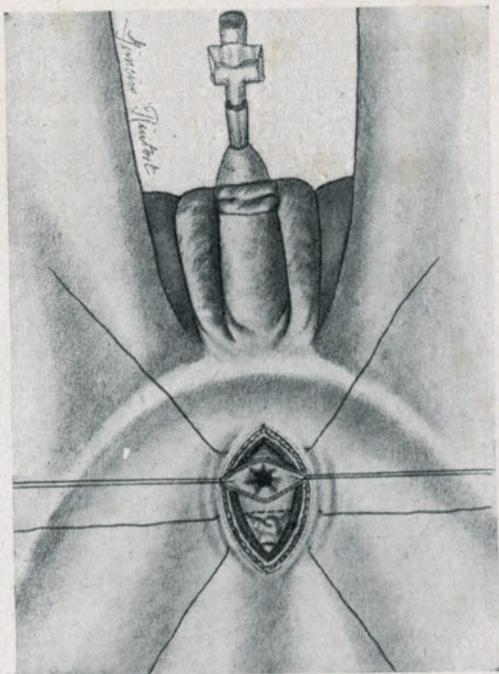


Figura 203

Sutura de la pared abdominal, colocando drenaje hipogástrico

cálculo, prostatectomía, etc., etc.). En este caso, la abertura vesical se amolda exactamente encima del tubo de drenaje y no hay necesidad de puntos de sutura vesicales. Se procurará, sin embargo, que la abertura de la vejiga quede muy bien aplicada encima del tubo y contra la pared abdominal, con el fin de evitar el escape de orina por fuera del mismo. Para esto buscaremos un tubo de drenaje de tamaño apropiado, al mismo tiempo que comprendemos la pared vesical con la sutura de la pared ab-

dominal, en la forma indicada en la figura 203. Es conveniente, sin embargo, dejar exteriorizados los dos hilos de suspensión de la vejiga, con el fin de que puedan servirnos para la introducción de un nuevo tubo de drenaje, en caso de necesidad, en el curso post-operatorio (fig. 204).

9.º *Sutura de la pared abdominal.*—Esta sutura será completa en caso de sutura total de la vejiga; cuando hemos dejado drenaje hipogástrico será incompleta, permitiendo solamente la salida del tubo de drenaje. Sin embargo, es conveniente dejar una estrecha tira de gasa en la cavidad de Retzius, haciéndola salir por el ángulo inferior de la herida. Esta podrá retirarse definitivamente al segundo o tercer día, si no hay infección.

En caso de sutura completa de la vejiga, debe fijarse la pared vesical a los músculos del abdomen. Lo mejor es comprender la pared de la vejiga con la sutura muscular; mediante varios puntos de sutura entrecortada, practicados con catgut del número 3 ó 4, uniremos los músculos rectos del abdomen. Cada punto comprenderá, además, la cubierta aponeurótica.

La sutura de la piel será también entrecortada y se practicará con seda o crin de Florencia.

Si hemos dejado tubo de drenaje podremos realizar en masa la sutura de la pared abdominal, por encima y debajo del tubo de drenaje. Por debajo de la abertura de la vejiga se pasa un punto de seda, que comprendiendo la pared de la vejiga por debajo del ángulo inferior de la misma, le fija a la pared abdominal y cierra, por otra parte, la cavidad de Retzius. Por encima de la abertura vesical se coloca otro punto de sutura que comprenda también la pared de la vejiga en la misma forma que la anterior. Así fijamos la vejiga, al mismo tiempo que detenemos el descenso del fondo de saco de peritoneo y cerramos la parte superior de la cavidad de Retzius (fig. 203). El resto de la pared abdominal será suturado por medio de puntos de sutura entrecortada, sin comprender la vejiga.

El tubo de drenaje será fijado a la pared abdominal mediante un crin de Florencia. Por los lados del mismo saldrán al exterior los hilos suspensorios de la vejiga, que dejaremos en una longitud de 8 o 10 centímetros.

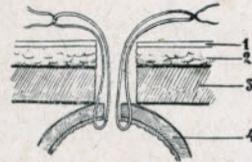


Figura 204

Suspensión de la vejiga cuando se deja drenaje hipogástrico (corte transversal)

1. Piel.—2. Grasa subcutánea.—3. Capa muscular.—4. Pared vesical.

F. — FALTAS OPERATORIAS MÁS FRECUENTES

1.º *Incisión demasiado baja.*—Es una mala técnica descubrir la cara anterior del pubis, pues si uno de los labios del meato está formado

por el hueso, queda el enfermo predispuesto a la formación de una fístula hipogástrica.

2.º *Incisión demasiado larga.* — Si la incisión se prolonga demasiado hacia arriba y sobreviene en el curso post-operatorio la desunión de la sutura, pueden aparecer eventraciones. Estas se evitarán practicando una sutura muy perfecta y, sobre todo, haciendo una incisión lo más corta posible, con arreglo a las necesidades de la operación endo-vesical que tengamos que realizar.

3.º *Despegamiento de las paredes de la cavidad de Retzius.* — Si despegamos las paredes de esta cavidad hacia la cara posterior del pubis, dejaremos allí un espacio abierto; por el derrame de líquido infectado, en el acto operatorio, o bien por la caída de orina en dicho sitio en el curso post-operatorio, es casi segura la formación de un flemón del tejido celular de esta cavidad, complicando extraordinariamente el curso post-operatorio.

El mismo inconveniente tiene el despegamiento del tejido celular de la cara profunda de los músculos rectos del abdomen o bien de la parte alta de la cavidad prevesical. La celulitis ocasiona supuración abundante y desunión de la herida, alargándose extraordinariamente el curso post-operatorio y favoreciéndose la aparición tardía de eventraciones.

La infección de este tejido celular puede obrar también sobre la cara externa del peritoneo parietal de esta región, ocasionando fenómenos de peritonismo.

4.º *Abertura del peritoneo.* — Puede ésta tener lugar en el momento de despegar el fondo de saco prevesical por encontrarse aquél muy bajo o bien íntimamente fusionado con las paredes de la vejiga, especialmente cuando sobre la región ha tenido lugar una operación anterior. Por lo mismo, en estos casos, debemos proceder con mucho cuidado, despegando en sentido transversal la vejiga de la cara posterior del pubis, hasta que se reconozca el peritoneo. Si ocurre la rotura del peritoneo, será suturada inmediatamente, antes de abrir la vejiga.

Puede abrirse también el peritoneo si no reconocemos perfectamente las paredes vesicales al punccionar la vejiga, guiándonos solamente por la palpación del globo vesical. Debemos insistir nuevamente aquí en el error de algunas obras clásicas que consideran que el fondo de saco peritoneal se eleva paralelamente a la dilatación de la vejiga, y debemos recordar también que esta elevación es muy escasa.

Puede cometerse también esta falta operatoria al incidir las paredes abdominales, si al llegar a la cara posterior de los músculos rectos del ab-

domén no continuamos la incisión de las capas prevesicales por medio de la disección obtusa. Muy fácilmente, si lo hacemos con el bisturí, incendiaremos el peritoneo.

Por fin, la abertura del peritoneo puede tener lugar también, aun siendo perfectamente visibles las paredes de la vejiga, si hacemos la abertura muy alta o bien prolongamos la incisión vesical hacia arriba, en forma que se seccione el peritoneo en el sitio en donde se refleja en la vejiga.

En cambio, podemos confundir el aspecto reluciente de la aponeurosis umbilico-prevesical, especialmente en los niños, con la superficie del peritoneo abierto.

5.º *Abertura vesical mal emplazada.*—Si la abertura de la vejiga se hace muy baja, en frente de la cara posterior del pubis o bien a poca distancia del cuello de la vejiga, encontraremos dificultades para la buena colocación del tubo de drenaje y para su buen funcionamiento en el curso post-operatorio. La orina saldrá seguramente por fuera del mismo y se infectará el tejido celular de la región.

Debemos recordar que, por la distensión de la vejiga, la cara anterior de la misma se eleva, y que al vaciarse se acorta y retrae hacia la cara posterior del pubis. Por lo mismo, es más conveniente practicar la abertura alta que baja; aquélla tiene, sin embargo, el inconveniente de dejar al tubo de drenaje en malas condiciones para el desagüe de la vejiga.

6.º *Hemorragia de las paredes vesicales.*—Puede ésta venir por la sección de las venas longitudinales de la vejiga. Sin embargo, al vaciarse la vejiga, disminuye el calibre de las mismas y la hemorragia se cohibe. Más importante es la hemorragia ocasionada por haberse labrado un trayecto intra-parietal en el momento de abrir la vejiga.

7.º *Retracción de la vejiga hacia el fondo de la pelvis.*—Esto ocurre cuando no fijamos previamente la vejiga antes de abrirla. En este caso se vacía rápidamente y se retrae hacia el fondo de la pelvis, al mismo tiempo que el orificio de la misma se esconde y se cierra en parte, especialmente si las paredes de la vejiga conservan su contractibilidad.

En el momento de buscar la vejiga o el orificio de la misma, debemos evitar los despegamientos de la cavidad de Retzius; para encontrarlo más rápidamente inyectaremos agua bórica por la sonda uretral; así podremos reconocer los labios de la abertura y pinzarlos, con el fin de colocar en ellos los hilos suspensorios.

Puede ocurrir también que los hilos suspensorios, cogiendo poco grosor, rasguen las paredes vesicales en el momento de hacer alguna trac-

ción o bien al contraerse la vejiga hacia la profundidad, si utilizamos la anestesia clorofórmica.

8.º *Sutura mal practicada.* — Si con la sutura no amoldamos muy bien la abertura vesical encima del tubo de drenaje, habrá escape de orina. Lo mismo ocurrirá si no hacemos una sutura perfecta de las paredes de la vejiga entre los puntos de sutura. La consecuencia será la infección del tejido celular prevesical.

G. — OBTENCIÓN DE MAYOR CAMPO OPERATORIO

Según las condiciones en que se encuentran las paredes de la vejiga y los tejidos peri-vesicales, o bien por haberse practicado una operación de talla anterior, al igual que cuando necesitamos una gran exposición de la superficie interna de la vejiga, puede haber necesidad de agrandar el campo operatorio *hacia abajo, hacia arriba* o bien *hacia los lados*.

1.º *Obtención de mayor campo operatorio hacia abajo.* — La prolongación de la incisión hacia el pubis, tanto de las paredes abdominales como de la vejiga, no pueden dar lugar a ningún contratiempo.

No consideramos necesario practicar la sinfisiotomía o resección del pubis para obtener un buen campo sobre la cavidad vesical.

2.º *Obtención de mayor campo operatorio hacia arriba.* — Prolongada la separación de los rectos del abdomen hacia el ombligo, continuaremos el despegamiento del peritoneo y agrandaremos la abertura vesical en la forma siguiente:

Por la abertura de la vejiga introduciremos el dedo índice de la mano izquierda, dirigiéndolo hacia el vértice de la misma, con el fin de hacer prominencia en la superficie exterior. Con una gasa despegaremos cuidadosamente el peritoneo de la cara anterior del vértice y parte alta de la cara posterior. Entonces podrá continuarse sin peligro alguno la abertura de la vejiga hacia dicho sitio, pudiendo llegar a seccionar completamente, en dos mitades laterales, la parte superior de la misma. En cada uno de los labios de la abertura vesical aplicaremos varios hilos suspensores.

En caso de necesidad, podremos abrir la serosa y suturar el peritoneo en la cara posterior de la vejiga, excluyendo, por lo tanto, fuera de la cavidad peritoneal, gran parte de las paredes vesicales. Sin embargo, en todas las operaciones vesicales es preferible no abrir la serosa peritoneal por los peligros de infección.

3.º *Obtención de mayor campo operatorio hacia los lados.* — Lateralmente podremos obtener mayor campo seccionando los rectos del

abdomen en una extensión de medio centímetro o más, según los casos. Esta sección se practica algunos milímetros por encima del pubis.

Debemos evitar la sección total de los músculos rectos o bien la desinserción sub-perióstica (Desnos), por los trastornos que sobrevienen a la pared abdominal. Sin embargo, en caso de necesidad podemos practicar la *talla medio-transversal*, seccionando transversalmente el músculo recto de un lado, con el fin de poder encontrar mejor el fondo de saco peritoneal hacia la cara posterior del pubis. El extremo superior del músculo seccionado, terminada la operación, se suturará con el extremo inferior mediante dos puntos en U.

Podemos también obtener mayor campo lateralmente despegando en sentido transversal la vejiga urinaria de la cara posterior de los rectos del abdomen y sínfisis pubiana. Esta maniobra técnica será muy útil cuando se ha practicado anteriormente una operación de talla, pues en este caso no existe el peligro del despegamiento del tejido celular de la cavidad de Retzius.

Podemos conseguir también más campo según la técnica indicada por Legueu, Kelly y Giordano, seccionando, en sentido transversal, la aponeurosis anterior de los músculos rectos del abdomen, respetando, sin embargo, las fibras musculares de los mismos. La incisión aponeurótica puede hacerse conjuntamente con la incisión transversal de la piel, encima del borde superior del pubis y en el extremo inferior de la incisión longitudinal, o bien sin incisión cutánea transversal. Los músculos rectos abdominales pueden separarse entonces en una gran extensión, dejando al descubierto casi toda la cara anterior de la vejiga.

H. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

En caso de *sutura total de la vejiga*, debe vigilarse muy bien el funcionamiento de la sonda permanente, con el fin de que no se obstruya y dilate la vejiga, ocasionándose la desunión de la sutura vesical. Varias veces al día se harán pequeños lavados con 15 o 20 gramos de agua bórica para asegurar su funcionamiento. Se harán también dos lavados diarios con solución de protargol o nitrato de plata al 1 por 1.000. El vendaje de la herida operatoria será muy compresivo, con el fin de aplastar los espacios muertos.

La sonda permanente será cambiada al 4.º o 5.º día si funciona bien, o antes si, por las incrustaciones o coágulos, el funcionamiento no es perfecto.

El drenaje prevesical será retirado al 2.º día y los puntos de sutura al 8.º

Debe continuarse la sonda permanente hasta que la cicatriz hipogástrica sea perfecta.

En caso de *sutura parcial de la vejiga*, practicaremos también varios lavados diarios por el tubo hipogástrico, con el fin de asegurar el

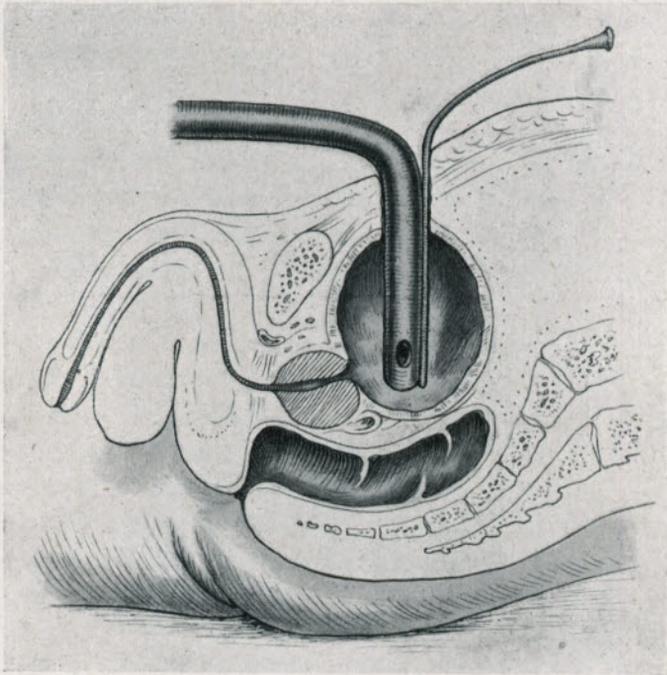


Figura 205

Drenaje vesical hipogástrico por medio del tubo de Marión

funcionamiento del mismo, y un lavado diario con solución de nitrato de plata.

Si el funcionamiento del tubo hipogástrico es perfecto y no hay infección al rededor del mismo, puede conservarse 6 u 8 días. En caso de necesidad, se sacarán los puntos de sutura de su al rededor practicándose drenajes con gasa y fomentos con agua oxigenada. Las curaciones deben hacerse entonces diariamente, retirándose en cada una de ellas el tubo de drenaje, con el fin de hervirlo y colocarlo en buena posición.

El drenaje hipogástrico se prolongará hasta que el orificio cutáneo sea muy estrecho y se haya obtenido el efecto que se desea conseguir res-

pecto a la desinfección de la cavidad vesical; variará también según la operación endo-vesical efectuada.

Al retirar el tubo de drenaje hipogástrico, podremos colocar una sonda uretral a permanencia, con el fin de evitar que el enfermo se moje y conseguir una rápida cicatrización.

I. — COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Las complicaciones más frecuentes que pueden observarse después de la talla hipogástrica son las siguientes:

1.º *Flemón de la cavidad de Retzius*. — Se presenta por haberse despegado extraordinariamente sus paredes en el acto operatorio y haberse derramado en ella el líquido vesical, o bien por funcionar mal el tubo hipogástrico, derramándose orina por fuera del tubo, en el tejido celular prevesical.

Cuando se presenta la infección de la porción pelviana de la cavidad de Retzius, aparece o persiste la fiebre, sobreviniendo en ocasiones el despegamiento total de las paredes de dicha cavidad. Comprimiendo las paredes del abdomen, rezuma una gran cantidad de líquido purulento; en ocasiones aparecen fenómenos de peritonismo, complicaciones pulmonares o insuficiencia renal y, sobre todo, el estado general del enfermo empeora rápidamente y la cicatrización de la herida tarda muchísimo en acabarse.

A veces, se forma un foco purulento en la parte superior de la cavidad de Retzius, por encima de la abertura vesical. Y en otros casos, la infección se localiza hacia la cara profunda de los músculos rectos del abdomen.

El tratamiento, en estos casos, debe ser la abertura amplia de la herida, cortando todos los puntos de sutura, haciendo lavados o fomentos antisépticos, colocando tubos de drenaje en los sitios convenientes y suprimiendo el esfacelo; continuaremos con este tratamiento hasta que no se encuentre ningún foco purulento ni recodo, y el aspecto y marcha de la herida sean normales. Un tratamiento general tónico del enfermo será conveniente.

En caso de infección de la porción pelviana de la cavidad de Retzius, deben hacerse dos curaciones diarias, con grandes lavados, acompañados de presiones sobre las paredes del abdomen y seguidos de colocación de drenajes en los sitios convenientes. El drenaje indicado por nosotros por vía perineal (véase más adelante «Drenaje de la cavidad de Retzius»),

presta excelentes servicios en estos casos, pues constituye un drenaje declive.

2.º *Hemorragias post-operatorias*.—Aparte de las circunstancias que pueden concurrir en cada operación particular, pueden aparecer hemorragias post-operatorias por una sutura de la vejiga mal practicada, en forma que deje superficies cruentas sin coaptar, o bien por mal funcionamiento de la sonda permanente, que provoca la desunión de la sutura. En este caso debemos cambiar la sonda permanente, aspirando los coágulos, y en caso de necesidad, abrir la vejiga por el hipogastrio, extraer los coágulos de mayor tamaño, dejando un drenaje en buenas condiciones.

3.º *Eventraciones*.—Se presentan como complicaciones tardías de una sutura mal efectuada, en los casos en que hemos prolongado la incisión hacia arriba o bien aquélla se ha desunido por la infección. Ordinariamente son poco pronunciadas y no debemos preocuparnos de las mismas.

4.º *Fistulas hipogástricas*.—Pueden ser urinarias o purulentas; en algunos casos la fistula es uro-purulenta.

Las *fistulas purulentas* obedecen ordinariamente a algún foco del tejido celular del espacio prevesical que ha quedado infectado y constituye una cavidad situada por delante de la vejiga, que es la que da lugar a la salida de pus. Frecuentemente obedece al despegamiento e infección de la cavidad de Retzius, por detrás de la sínfisis pubiana. Otras veces, sin embargo, se ha formado un foco purulento detrás de los rectos abdominales, por encima de la vejiga, y en algún caso en el mismo espesor de un músculo recto del abdomen. La rotura de algunas fibras de este músculo puede formar una hematoma que, al supurar, formará un foco purulento intra-muscular, origen de una fistula hipogástrica.

La orina procedente de la vejiga puede mezclarse con estas fistulas y dar origen a una fistula uro-purulenta.

Las *fistulas urinarias* pueden obedecer a las siguientes causas:

1.ª Obstáculos para la fácil salida de la orina por la uretra. En esta forma obran la hipertrofia de la próstata, estrecheces, alteraciones del cuello de la vejiga, cálculos ureterales, etc., etc.

2.ª La infección de la vejiga, especialmente si es de naturaleza tuberculosa y se asocian otras causas dependientes del estado de la pared abdominal (orificio hipogástrico, etc., etc.).

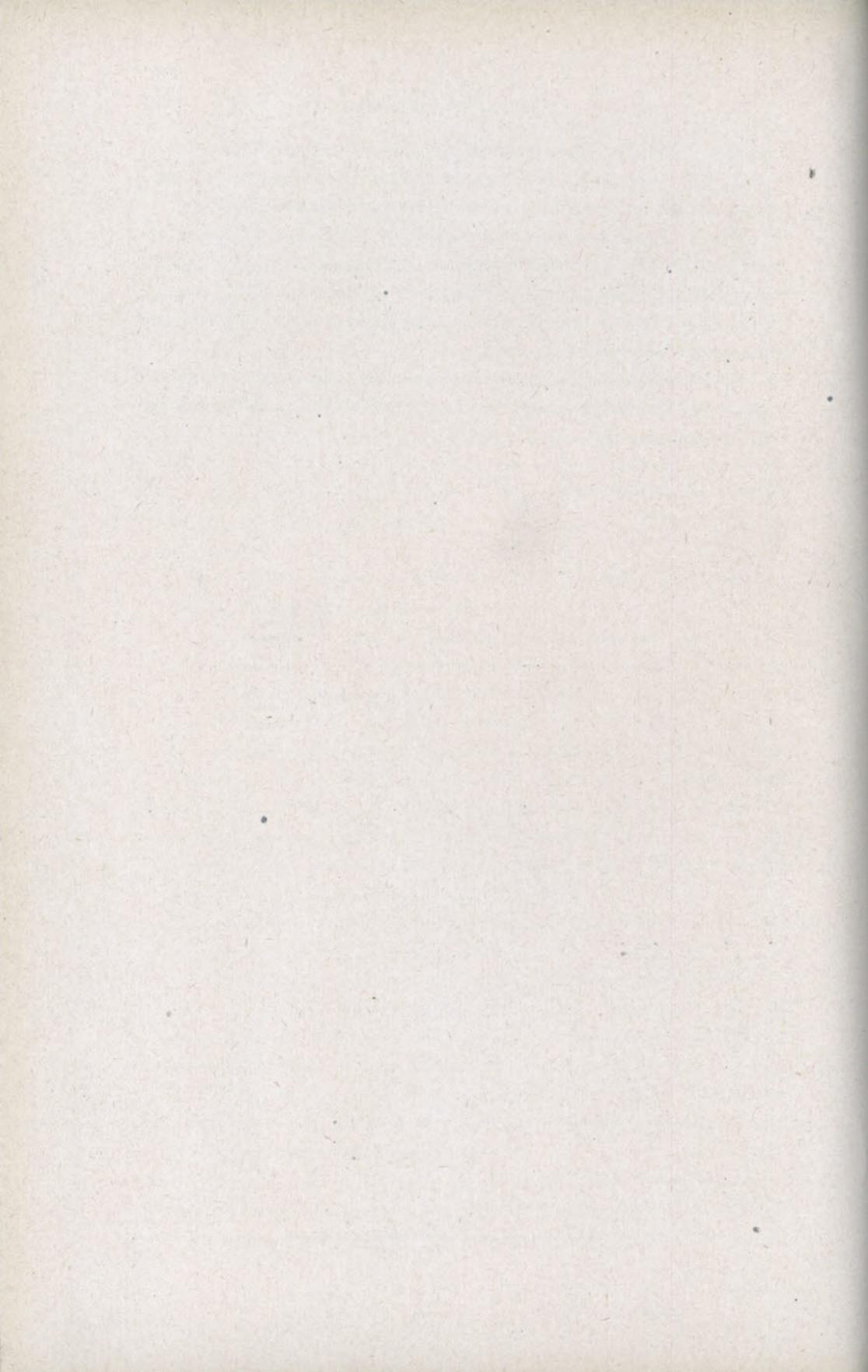
3.ª La incisión defectuosa, especialmente por ser baja y quedar el orificio hipogástrico detrás o en contacto del borde superior del pubis.

4.ª La solidaridad de la mucosa vesical a la piel. Esta fistula es, pre-

cisamente, la que se busca en la operación de cistostomía. Por esta razón, para curar estas fistulas, lo primero que hay que hacer es separar la vejiga de la piel, con el fin de que no forme un túnel cutáneo-mucoso.

5.^a El estado de la pared abdominal, por la existencia de una eventración, sección de los músculos rectos abdominales o bien la obesidad que forma en algunos sujetos un vientre en alforja, muy caído, y se constituye un surco transversal por encima del pubis. El estado general contribuye también a la fistulización, y

6.^a Las irregularidades de la herida hipogástrica, tal como anfractuosidades de los bordes, algún colgajo de la mucosa vesical intercalado entre los labios musculares, etc., etc.



CAPÍTULO III

OPERACIONES VESICALES

I. — Talla hipogástrica por cálculos y cuerpos extraños

A. — INDICACIONES

Los cálculos vesicales deben ser extraídos por talla hipogástrica cuando no pueda aplicarse a los mismos la litotricia ni puedan ser extraídos por las vías naturales. De la misma manera los cuerpos extraños deben ser extraídos por talla hipogástrica cuando la extracción por las vías naturales ofrezca peligros para el enfermo.

a) *Indicaciones en casos de cálculo.*

Resumidamente, las indicaciones son las siguientes:

- 1.^a Cálculos voluminosos. Al pasar de 5 centímetros de diámetro no puede sufrir la litotricia.
- 2.^a Cálculos diverticulares, aunque una parte de los mismos esté contenida en la vejiga, formando un cálculo de aspecto de reloj de arena.
- 3.^a Cálculos engastados en la pared de la vejiga.
- 4.^a Cálculos demasiado duros.
- 5.^a Cálculos desarrollados al rededor de un cuerpo extraño, especialmente si éste es de naturaleza metálica.
- 6.^a Cálculos uretro-vesicales, formando reloj de arena con una estre-

chez que corresponde al cuello de la vejiga. Si la parte más voluminosa del cálculo corresponde a la cavidad vesical, serán extraídos por talla hipogástrica. Si corresponde a la próstata y una prolongación de poco volumen penetra en la vejiga, serán extraídos por prostatotomía.

7.^a Los cálculos situados en la uretra prostática pueden ser también extraídos por talla hipogástrica. Especialmente deberán ser extraídos por talla si ésta la hemos practicado para extraer otros cálculos de la vejiga.

8.^a Cálculos acompañados de gran infección de la orina.

9.^a Cálculos situados en una vejiga urinaria de poca capacidad, con gran inflamación de las paredes vesicales, especialmente si el estado de las paredes no se mejora por un tratamiento apropiado.

10.^a Cálculos que se encuentran en un enfermo con hipertrofia de la próstata. En este caso la talla hipogástrica constituye el primer tiempo de la prostatectomía transvesical.

11.^a Aparte de las indicaciones anteriores, el estado de la próstata o bien de la uretra, no permitiendo el paso de un litotritor, contradicen la litotricia e indican, en cambio, la talla hipogástrica.

b) Indicaciones en casos de cuerpo extraño.

El ingenio de los fabricantes y urólogos, ideando nuevos instrumentos, va aumentando el campo de acción para extraer cuerpos extraños de la vejiga por las vías naturales. Sin embargo, deberemos extraer por la talla hipogástrica, en términos generales, la siguientes categorías de cuerpos extraños:

1.^a Los cuerpos extraños incrustados, especialmente si son voluminosos, es decir, si la incrustación ha formado un verdadero cálculo a su alrededor.

2.^a Cuerpos extraños acompañados de cistitis. Como ésta se desarrolla rápidamente, debemos extraer el cuerpo extraño lo antes posible por las vías naturales, caso que lo permita la constitución especial del mismo.

3.^a Cuerpos extraños fijados en la pared de la vejiga, especialmente si no pueden ser movilizados por el cistoscopio operador u otro instrumento especial.

4.^a Cuerpos extraños rígidos, especialmente si son de alguna longitud y se encuentran en el hombre.

5.^a Cuerpos extraños traumatizantes. Desde este punto de vista los termómetros o agujas de punta aguda son peligrosos para la uretra. Los ganchos de la cabeza en la mujer pueden ser extraídos por las vías naturales.

B. — INSTRUMENTAL

Necesitamos el mismo instrumental que hemos indicado para la talla hipogástrica longitudinal (véase página 373). Aparte de esto hacen falta



Figura 206

Tenaza recta para cálculos vesicales

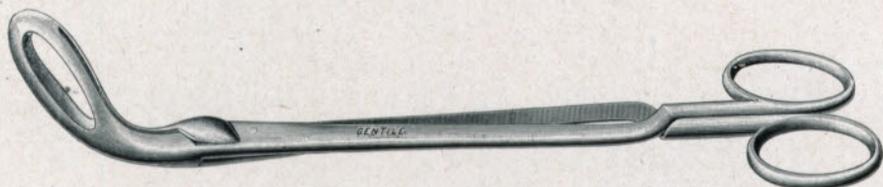


Figura 207

Tenaza curva para cálculos de la vejiga

varias tenazas apropiadas, de diferente tamaño, según el volumen del cálculo y cucharillas vesicales.

C. — MANUAL OPERATORIO

En términos generales es el mismo de la talla hipogástrica longitudinal. Sin embargo, algunas condiciones especiales requieren los tiempos operatorios.

1.º *Abertura de la vejiga*. — La incisión de la pared abdominal, de igual manera que la de la vejiga urinaria, será lo más pequeña posible. Con una incisión de 3 o 4 centímetros pueden extraerse cálculos bastante voluminosos. En algunos casos de cálculo gigante hace falta, sin embargo, prolongar la incisión de la pared y agrandar la abertura de la vejiga, especialmente si las paredes de ésta son rígidas, por trastornos de cistitis antigua. Las paredes normales de la vejiga permiten, por su elasticidad, la extracción de cálculos bastante voluminosos.

2.º *Extracción del cálculo o cuerpo extraño*. — Varian ligeramente las maniobras técnicas según la situación del cálculo.