

Antes de hacer presa sobre el mismo exploraremos con el índice la superficie interna de la vejiga, con el fin de saber la situación y número de cálculos, posición del cuerpo extraño, adherencias, etc., etc.

a) *Extracción de cálculos de pequeño o mediano volumen.*

Haciendo presa con una tenaza apropiada, se extraerán con facilidad. Si se encuentran detrás de un lóbulo medio de la próstata muy desarrolla-

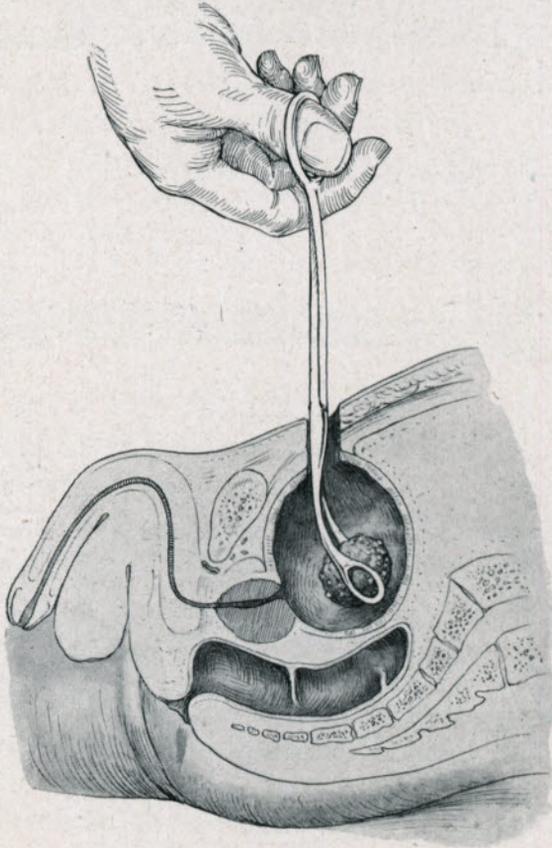


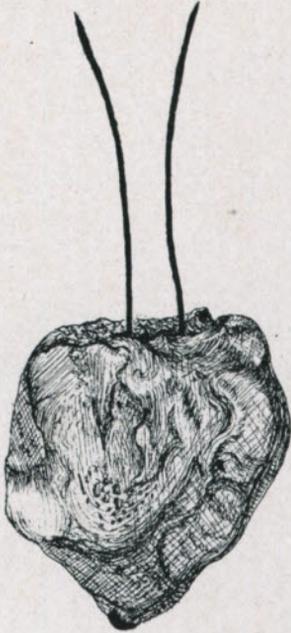
Figura 208

Extracción de cálculos vesicales

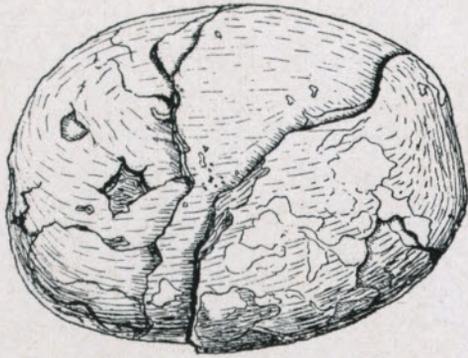
do, que deje tras de sí un bajo fondo vesical muy profundo, deberá utilizarse una pinza curva, tomando la precaución de ir a buscarlos en dicho sitio.

Si se encuentran engastados en la pared vesical, deben desprenderse previamente de la misma. En ocasiones, al extraer el cálculo se observa que la pared vesical sigue con el mismo, por estar adherida a la superficie

LÁMINA X

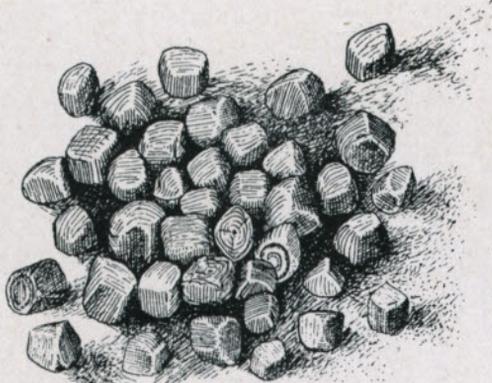


Cálculo vesical desarrollado al rededor de una horquilla



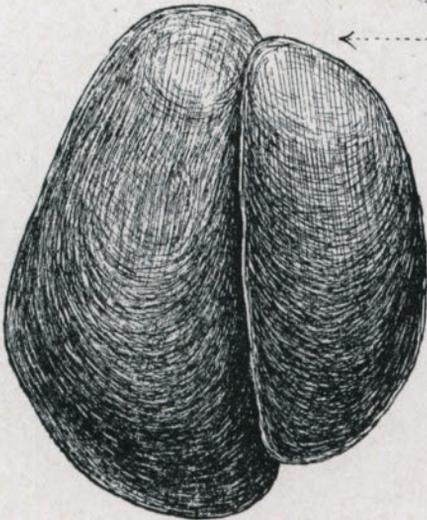
Cálculo vesical con estratificaciones

←-----6 cmts.-----→

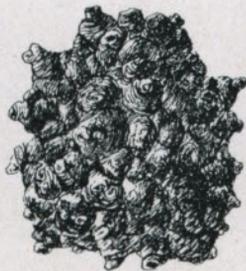


Cálculos múltiples afacetados

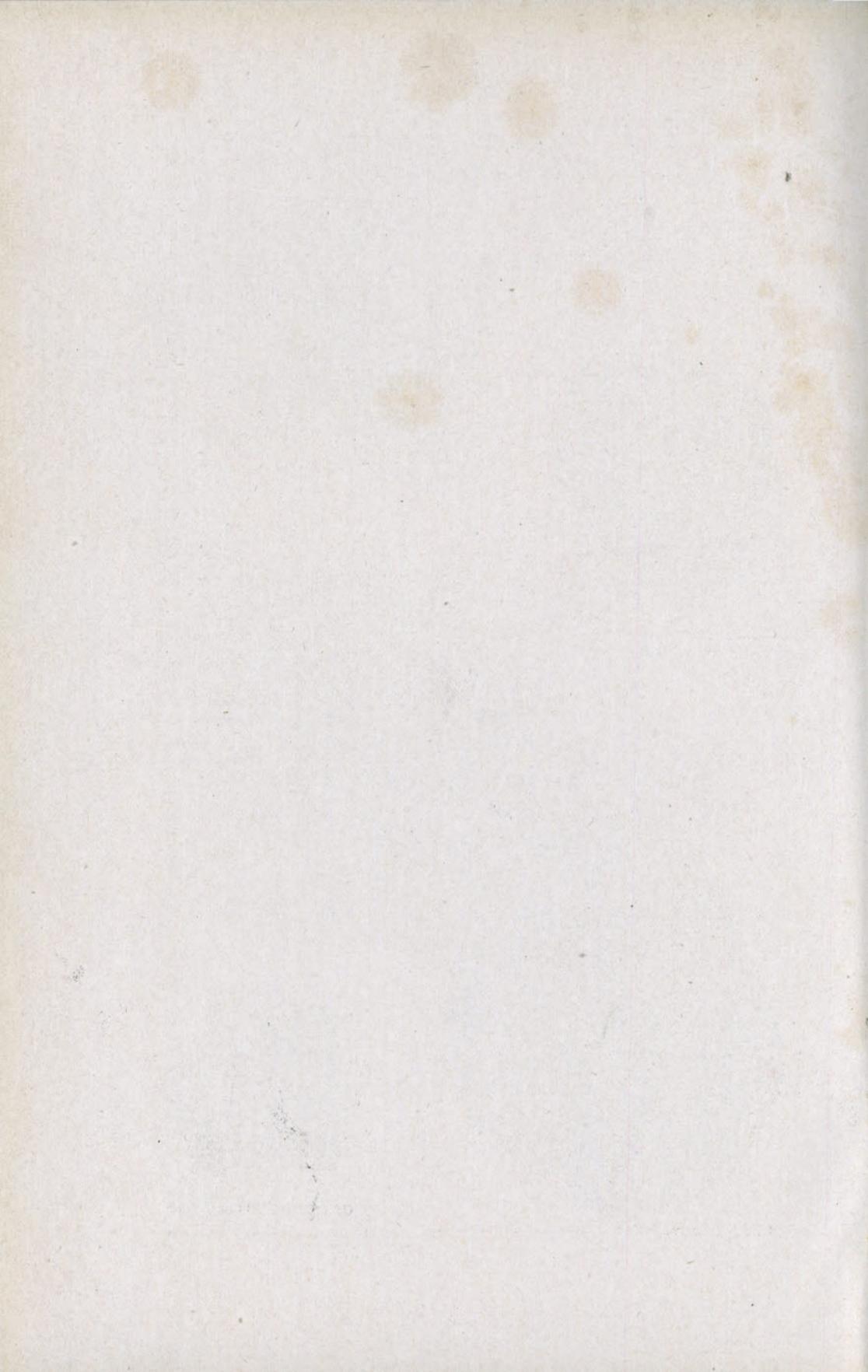
←-----0,4 cmts.-----→



Dos cálculos vesicales articulados en enartrosis



Cálculo vesical muriforme



del cálculo. En este caso, al tirar del cálculo con las tenazas, debemos desprender de la superficie del mismo, con el dedo índice, sonda de bocio de Kocher o bien con una cucharilla vesical, la pared de la vejiga.

Si el cálculo se encuentra en el interior de un divertículo, procuraremos colocarlo por entero en la cavidad vesical. Si esto no es posible, agrandaremos el orificio del divertículo, le liberaremos de las paredes del mismo y entonces podremos realizar la extracción.

Debemos procurar que el cálculo salga entero, si es posible, pues las pequeñas partículas que al hacer presa con la pinza de extracción se desprendan, pueden engendrar secundariamente un nuevo cálculo si no son arrastradas por medio de lavados.

b) Extracción de los cálculos gigantes.

Como éstos representan un verdadero molde de la cavidad vesical cuando son voluminosos, no pueden ser extraídos en la posición que ocupan, pues tendríamos que agrandar en sentido longitudinal o transverso la abertura de la vejiga, hasta alcanzar la longitud máxima del cálculo.

Previamente tiene que hacerse sufrir al cálculo una versión, exactamente igual que el feto en el interior del útero. En esta forma se colocará el cálculo con su extremo superior hacia la pared anterior de la vejiga, con el fin de que pueda salir por una punta. Colocado en esta posición debe desprenderse la mucosa vesical si está pegada a la superficie del cálculo, y entonces podrá salir con más facilidad y una abertura menor.

Para hacer presa sobre estos cálculos debe utilizarse una tenaza muy grande y, en el momento de extraerse, rechazar hacia adentro la mucosa vesical, cuya abertura va engatillando al cálculo.

Extraído el cálculo, debe reconocerse si en la mucosa vesical se encuentra alguna costra del mismo que haya quedado pegada a la vejiga, con el fin de hacer un raspado, o bien hemos dejado una prolongación uretral o diverticular.

c) Extracción de los cálculos de la uretra prostática.

Si el cálculo tiene una forma de reloj de arena, dilataremos ligeramente el cuello de la vejiga a fin de que el cálculo pueda salir entero y no quede un fragmento en la uretra prostática.

Si el cálculo está libre, procuraremos rechazarlo hacia la vejiga por medio de una sonda, siendo luego extraído de la cavidad vesical.

Si el cálculo no puede forzar el cuello de la vejiga, debemos ir a buscarlo en la uretra prostática. Para esto emplearemos una tenaza curva de

bocados pequeños, como la que se utiliza para la extracción de cálculos del riñón. Fijo el cálculo en la uretra prostática, en forma que no pueda escurrirse hacia adelante, por medio del dedo índice de un ayudante introducido en el recto, dirigiremos la pinza cerrada hacia el cuello de la vejiga, hasta penetrar en la uretra prostática y encontrar el cálculo. Abriendo la pinza haremos buena presa sobre el cálculo para ser arrastrado hacia la vejiga y extraerlo por el hipogastrio.

d) Extracción de cuerpos extraños.

Si el cuerpo extraño es frágil, debemos procurar que no se fragmente.

Por otra parte, si el cuerpo extraño es alargado, se coloca ordinariamente siguiendo el diámetro transversal de la vejiga, no pudiendo ser extraído en esta orientación. Tiene que enderezarse previamente para ser extraído.

Si el cuerpo extraño se encuentra enclavado en la pared de la vejiga, procuraremos ocasionar los menos destrozos posibles a la misma.

3.º *Sutura y drenaje de la vejiga.* — Si la vejiga está infectada o hay gran inflamación de las paredes vesicales, dejaremos drenaje hipogástrico. Si no se encuentra infectada, practicaremos la sutura total de la vejiga. Estas circunstancias se reúnen muy especialmente en los niños, en los que, por otra parte, no es posible practicar la litotricia.

Si la abertura de la vejiga ha tenido que ser muy grande, procurará estrecharse por medio de una sutura al rededor del tubo, con el fin de que éste salga muy ajustado por la abertura vesical.

La sutura se practicará en la forma indicada en la página 382.

4.º *Sutura de la pared abdominal.* — Se practicará en la forma indicada en la página 387. Si la sutura es completa, debe dejarse un pequeño drenaje de gasa en la cavidad de Retzius que salga por el ángulo inferior de la herida.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Son los mismos que en la talla hipogástrica longitudinal (véase página 391).

II. — Cistostomía

La cistostomía es la operación que consiste en crear un meato hipogástrico por donde se pueda derivar la orina, temporal o definitivamente.

A. — INDICACIONES

La *cistostomía temporal* tiene su principal indicación en la prostatectomía hipogástrica en dos tiempos. Por medio del drenaje hipogástrico mejoramos el estado de la vejiga, el funcionalismo del riñón y, en consecuencia, el estado general, para que el enfermo pueda sufrir luego la prostatectomía. La derivación de orina nos sirve además para realizar operaciones autoplásticas uretrales y tiene su indicación en el tratamiento radifero del cáncer de la próstata y vejiga por vía hipogástrica, al igual que en el tratamiento de algunas cistitis rebeldes.

La *cistostomía definitiva*, es decir, la formación de un meato hipogástrico definitivo, tiene su indicación en la hipertrofia prostática, cuando las lesiones de los riñones, corazón, estado general o edad avanzada del enfermo no permiten la prostatectomía, al igual que en el cáncer de la próstata inoperable, en las lesiones de la uretra completamente irremediables o lesiones nerviosas que no permitan la micción normal al enfermo.

En la mujer nos puede servir como paliativo a ciertas fistulas vésicovaginales completamente irremediables; suturando la vagina, puede derivarse la orina por el hipogastrio.

B. — INSTRUMENTAL

El mismo que hace falta para la talla hipogástrica longitudinal (véase página 373).

C. — MANUAL OPERATORIO

La técnica es algo diferente según que se pretenda crear un meato temporal o definitivo, especialmente por lo que hace referencia a la sutura.

En el primer caso, debemos procurar establecer solamente la solidaridad de la vejiga a la piel, sin formar un túnel cutáneo-mucoso. Este dificultaría, secundariamente, el cierre espontáneo de la herida hipogástrica, motivando una operación especial para conseguir dicha oclusión.

En cambio, en la cistostomía definitiva, el objetivo operatorio que se busca es, precisamente, conseguir la formación de este túnel cutáneo-mucoso, con el fin de obtener una abertura permanente que no se cierre secundariamente.

a) *Cistostomía temporal.*

1.º *Incisión cutánea y abertura vesical.*—Se realizarán en la misma forma que en la operación de talla hipogástrica longitudinal (véase página 377).

2.º *Abocamiento vesico-cutáneo.*— Conseguiremos simplemente este abocamiento por medio de una *cistopexia*, es decir, solidarizando la vejiga a la pared abdominal, que realizaremos en la forma siguiente:

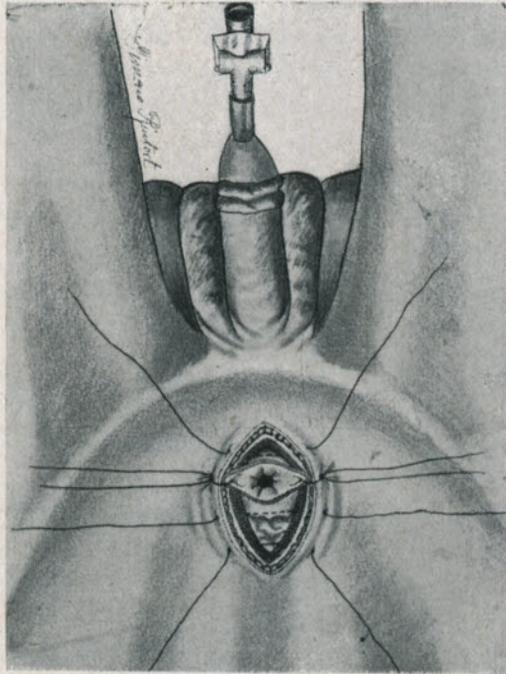


Figura 209

Técnica de la cistostomía temporal

1.º Los dos puntos laterales de suspensión de la vejiga serán suturados a la piel; en el asa de cada uno de ellos incluiremos el borde interno del músculo recto del abdomen (véanse figuras 209 y 210).

2.º Por encima y por debajo de la abertura vesical pasaremos otros dos puntos en forma que comprendan, además de la vejiga, todo el espesor de las paredes abdominales (véase figura 209).

No hay necesidad de suturar directamente la vejiga a la piel, pues se podría formar secundariamente una fistula. En cambio, cogiendo los rec-

tos abdominales, forman éstos por delante de la vejiga un plano muscular que asegura el cierre ulterior.

b) *Cistostomía definitiva.*

1.º *Incisión cutánea.*—Será ésta muy corta. En los sujetos muy delgados basta con dos centímetros. En los sujetos gruesos hay que acomodar en parte la longitud de la incisión cutánea al grosor de la pared abdominal.

Por otra parte, estará alejada del pubis con el fin de que el meato definitivo esté rodeado completamente de partes blandas, pudiéndose en esta forma adaptar mejor los aparatos colectores.

2.º *Abertura de la vejiga.*—Procurando hacer los menores despegamientos posibles, se realizará en la misma forma que en la talla hipogástrica longitudinal (véase página 381).

3.º *Abocamiento cutáneo-mucoso.*—Por medio del procedimiento de Wassilief, podemos conseguir la formación de un verdadero túnel mucoso que atraviese las paredes abdominales (Cistostomía ideal). Esta se realizará en la forma siguiente:

1.º A nivel de la abertura vesical desprenderemos la membrana mucosa de la túnica muscular.

2.º Las túnicas muscular y adventicia de la vejiga serán suturadas a los músculos rectos del abdomen mediante dos puntos de catgut en cada lado, que superficialmente se anuden encima de la aponeurosis de cubierta de los músculos rectos.

3.º La túnica mucosa será transportada hasta la piel, pasando por dentro de los músculos rectos y tejido celular subcutáneo, hasta llegar a nivel de la superficie cutánea. En este sitio será suturada a la piel mediante dos puntos de seda en cada lado (fig. 211)

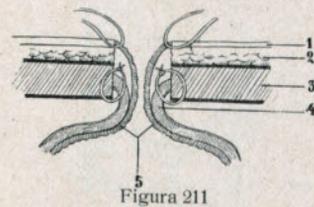


Figura 211

Cistostomía definitiva (corte transversal esquemático de la disposición del meato)

1. Anastomosis mucocutánea.—2. Grasa subcutánea.—3. Capa muscular.—4. Capa muscular de la vejiga.—5. Orificio mucoso.

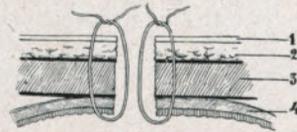


Figura 210

Solidarización de la vejiga con las capas musculares (en corte transversal)

1. Piel.—2. Grasa subcutánea.—3. Capa muscular.—4. Vejiga.

El resto de la abertura abdominal, por encima y por debajo de la abertura de la vejiga, será suturado en masa, comprendiendo además la pared de ésta, sin perforar su superficie inter-

na, con el fin de solidarizar también en dichos sitios la vejiga a las paredes abdominales.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Los cuidados inmediatos son los mismos que en la talla hipogástrica (véase pag. 391):

Para recoger la orina se necesita un aparato colector que la recoja íntegramente y moleste lo menos posible al enfermo, permitiéndole algunas ocupaciones. La sonda Pezzer ordinaria se aplasta a nivel del meato y no recoge toda la orina.

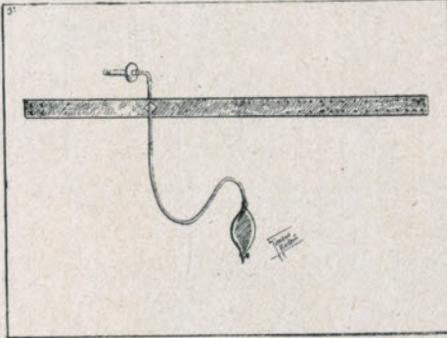


Figura 212

Nuestro aparato colector de orina para cistostomizados

El aparato que reúne las condiciones antes indicadas es el ideado por nosotros, después de algunos tanteos, y fabricado por la Casa Eynard (de París), bajo nuestras instrucciones. Las figuras 212 y

213 indican mejor que las descripciones su composición y modo de utilizarlo. Todas sus piezas componentes son cambiables, la orina se recoge dentro de la cavidad vesical mediante un tubo que no se aplasta por la presión y el depósito colector lo lleva el enfermo en el bolsillo; así puede vaciar su aparato con gran facilidad, no reclamando vendaje.

La limpieza del aparato y del drenaje intravesical debe ser diaria.

III. — Cierre de las fistulas vésico-vaginales por vía transvesical

A. — INDICACIONES

Las fistulas vésico-vaginales situadas cerca del cuello del útero podrán

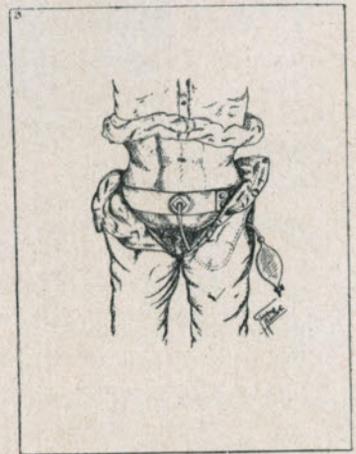


Figura 213

El aparato aplicado. Véase como puede vaciarse el depósito de goma que, sin estorbo, se lleva en un bolsillo

abordarse mejor por el interior de la vejiga que por vía vaginal. En cambio, las fistulas vesicales bajas, si bien es posible aplicar a ellas la sutura por vía transvesical, son más fácilmente abordables por vía vaginal.

B. — INSTRUMENTAL

Además del instrumental completo para una talla hipogástrica (véase página 373), hacen falta los siguientes:

Dos bisturís de mango largo acodados sobre el plano, cerca de su punta, uno acodado hacia la derecha y otro hacia la izquierda. Varias



Figura 214

Tijeras muy largas para trabajar en el fondo de la cavidad vesical

agujas de sutura muy finas y curvadas, enhebradas con lino. Un estilete con mango muy largo y fuerte, fácilmente acordable en su punta. Unas tijeras muy largas, finas y curvas en su punta (fig. 214).

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Talla hipogástrica.*—Colocada la enferma en posición de Trendelenburg muy acentuada, se practica una incisión longitudinal bastante extensa, con el fin de exteriorizar muy bien la vejiga.

Como la cavidad vesical no puede distenderse, en la mayor parte de casos, por la inyección de líquido, a causa de escurrirse éste hacia la vagina, se introducirá en la vejiga un beniqué o explorador metálico, con el fin de hacer prominente la pared anterior de la misma.

Llegaremos a la vejiga siguiendo la técnica indicada en la página 378.

2.º *Abertura y exposición de la cavidad vesical.*—La incisión de la vejiga será longitudinal. Para alargarla hacia arriba despegaremos ampliamente el peritoneo, en la forma indicada en la página 390. En esta forma llegaremos, si es preciso, a dividir en dos valvas laterales la mitad superior de la vejiga.

En cada uno de los labios de la incisión se colocarán tres o cuatro puntos de seda, a un centímetro del borde, dispuestos en forma de asa

muy larga; cada uno de ellos se sostendrá por medio de una pinza de Pean, con el fin de poder atraer hacia afuera las paredes de la vejiga.

Tirando de estos hilos de suspensión, colocaremos en el interior de la cavidad el separador de Legueu cerrado, abriendo luego las valvas laterales; añadiendo la tercera valva y deprimiendo la pared posterior de la vejiga, conseguiremos un gran desplazamiento de las paredes vesicales, haciendo muy visible la abertura de la fistula y trigono vesical.

3.º *Desdoblamiento del tabique vésico-vaginal.* — Una incisión circular será practicada siguiendo el contorno de la fistula, en el sitio en

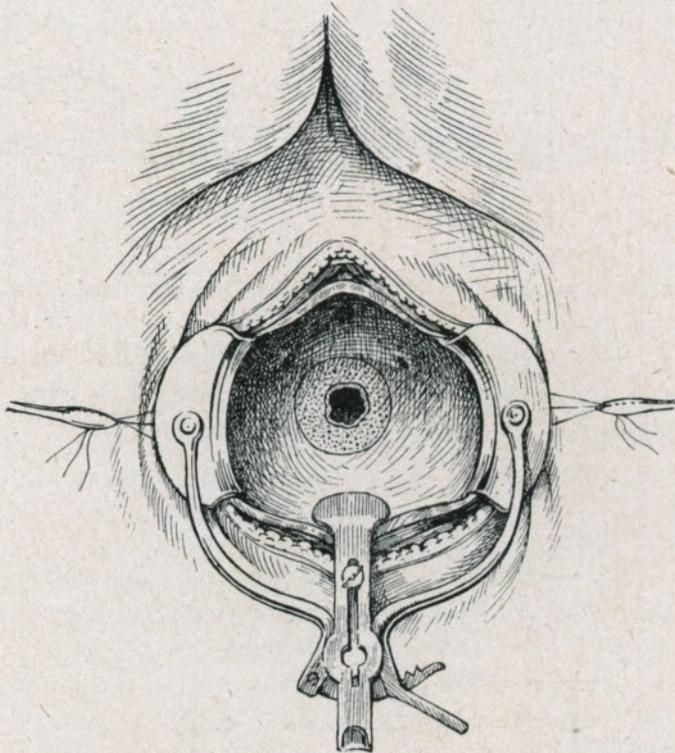


Figura 215

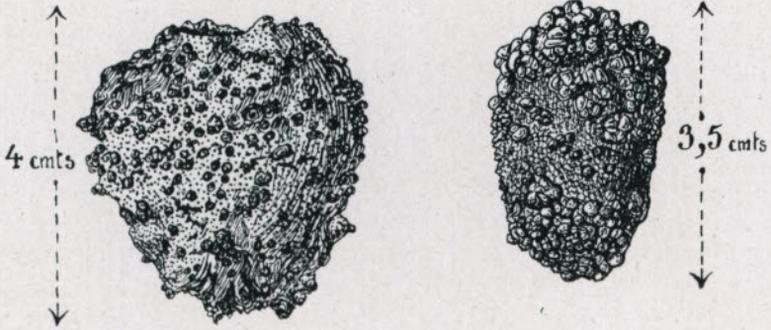
Cierre de las fistulas vésico-vaginales (técnica de Marion)

Exposición amplia de la cavidad vesical y aparición del orificio fistuloso. (En punteado la zona que deberá despegarse en la pared vésico-vaginal.)

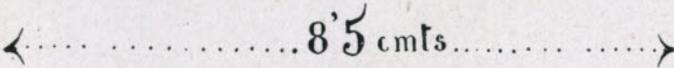
que se continúan las mucosas vesical y vaginal. Esta incisión profundizará ligeramente hasta caer en el intersticio celuloso que separa las paredes de ambas cavidades (fig. 215).

Entonces despegaremos la mucosa vesical de la vaginal en bastante extensión y en todo el contorno de la fistula, hasta conseguir una zona

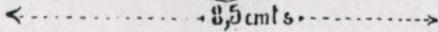
LÁMINA XI



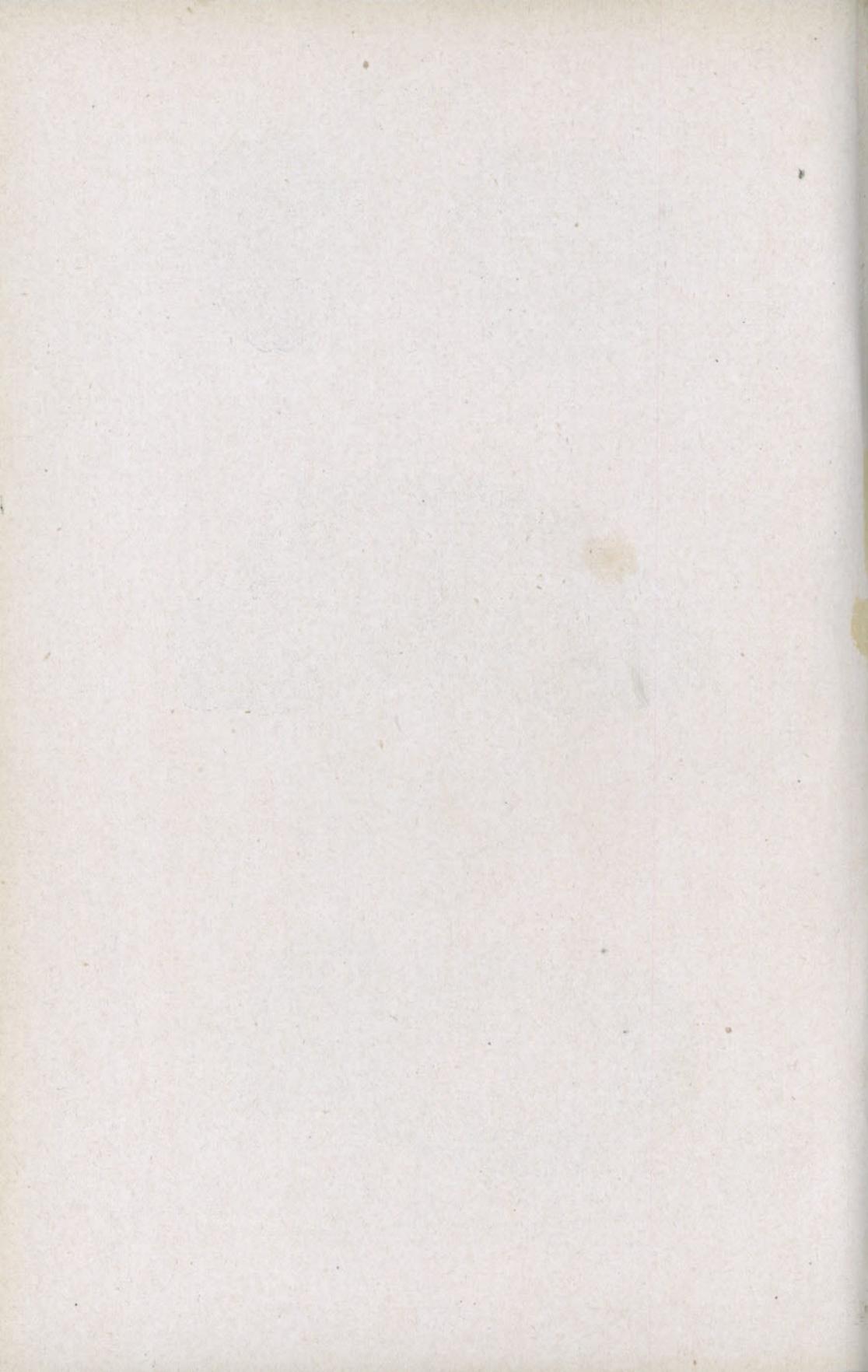
Cálculos vesicales muriformes



Cálculo vesical de grandes dimensiones y forma rara



Núcleo calcareoso en un cálculo de la vejiga



de desdoblamiento de más de un centímetro. Si la fistula se encuentra próxima al orificio ureteral, se aislará el uréter con el fin de abocarlo más tarde por fuera de la sutura o en uno de los extremos de la misma. La sutura no comprenderá al uréter.

4.º *Sutura de la pared vaginal.*—Se hará con hilo de lino.

Por fuera del orificio vaginal y en todo el contorno de la mucosa se pasará un hilo, con el fin de hacer una sutura en bolsa. Anudados los extremos, quedará ya cerrado el orificio vaginal (fig. 216).

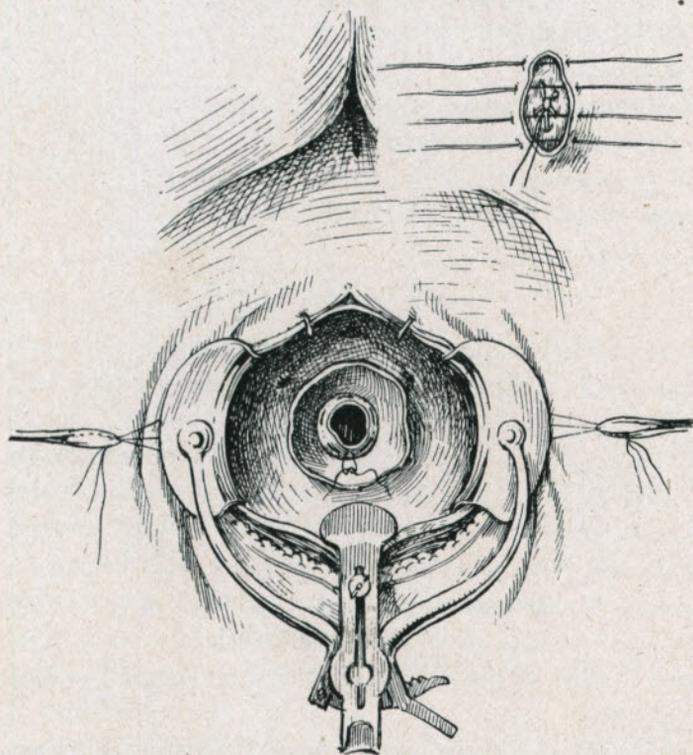


Figura 216

Despegada la mucosa vesical de la vaginal, una sutura en bolsa, aplicada sobre la mucosa vaginal, cerrará el orificio fistuloso

En el ángulo superior: Cerrada la mucosa vaginal, algunos puntos de sutura entrecortada cierran la mucosa vesical.

Por fuera de esta primera corona se colocará una segunda, que aproximando las paredes vaginales hunda y oculte la anterior. Todavía puede colocarse un tercer plano de sutura vaginal si la extensión de las paredes vaginales lo permite. Estos puntos no serán perforantes hacia la vagina.

5.º *Sutura de la mucosa vesical.*— Se hará con catgut del n.º 1.

La mucosa vesical despegada se aproximará, constituyendo dos labios,

encima de la mucosa vaginal suturada. Esta aproximación será fácil gracias al despegamiento anteriormente realizado.

Aproximados los dos labios de la mucosa vesical, se suturarán por medio de varios puntos de sutura entrecortada. Debe procurarse que la coaptación sea perfecta, en forma que no haya rezumamiento sanguíneo.

6.º *Sutura de la abertura vesical.* — La sutura de la vejiga será completa; se hará en dos planos en la forma indicada en la página 382.

7.º *Sutura de la pared abdominal.* — Se hará en la forma indicada en la página 387, dejando solamente un pequeño drenaje de gasa en la cavidad de Retzius.

8.º *Drenaje vesical.* — Terminada la operación, colocaremos una sonda de Pezzer, no haciendo por la misma lavados que distiendan las paredes de la vejiga, con el fin de evitar la desunión de las suturas. Se procurará solamente que la sonda funcione bien.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Se coloca la enferma en decúbito prono, con el fin de evitar el contacto de orina sobre la sutura. Ningún lavado se practicará durante los primeros días si la sonda funciona perfectamente. En caso de necesidad se practicarán pequeños lavados, con el fin de arrastrar los coágulos que puedan obstruir la sonda y si así no funciona bien, la cambiaremos por otra sonda de Pezzer.

Continuará en posición ventral durante varios días, permitiéndose solamente alguna inclinación lateral. Será conveniente evitar las evacuaciones durante 5 o 6 días, con el fin de que los esfuerzos no influyan sobre la sutura. Después de 6 días podrá la enferma ser purgada y colocarse en posición supina.

Si la fistula permanece cerrada, podrá retirarse definitivamente la sonda de Pezzer a los 15 días.

IV.—Cateterismo ureteral por medio de la talla hipogástrica

A. — INDICACIONES

El cateterismo ureteral a vejiga abierta tiene su indicación en aquellos enfermos en que, por la intolerancia de los mismos o por las lesiones vesicales, se hace el cateterismo ordinario completamente imposible. Desde este punto de vista, las lesiones ulcerosas o edematosas que no permitan ver los orificios ureterales o bien suprimen casi por completo la capacidad

vesical, son las que indican el cateterismo ureteral a vejiga abierta, a fin de hacer el examen de orina separada.

Cuando las lesiones vesicales son tan intensas que no permiten el cateterismo ureteral cistoscópico, podemos también practicar la operación renal correspondiente, utilizando la constante de Ambard. Si la cifra de ésta es favorable y la lesión se encuentra perfectamente localizada por medio de la radiografía u otros medios exploratorios, podremos realizar la operación renal sin necesidad de practicar la talla hipogástrica. Si la lesión renal unilateral no se encuentra claramente localizada, podremos realizar también, con el auxilio de la constante de Ambard y en caso de ser favorable, una doble lumbotomía, dirigiéndonos primeramente al lado supuesto sano, y si el riñón de este lado es perfectamente normal, podremos extirpar el riñón del otro lado si se encuentra enfermo,

Por todas estas razones el cateterismo ureteral ha perdido terreno en estos últimos años. Pero no cabe duda que es un procedimiento muy exacto para el examen del funcionalismo renal.

B. — INSTRUMENTAL

Además del instrumental que hemos indicado en la página 373, hace falta un estilete largo y acodado cerca de su punta, dos sondas ureterales bastante gruesas y una sonda de pico cortado.

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Talla hipogástrica.* — Se practica ésta en la forma indicada en la página 376.

Como muchas veces no es posible distender la vejiga por medio de la inyección de líquido, aun encontrándose el enfermo anestesiado, introduciremos previamente un explorador metálico, con el fin de que, antes de abrir la vejiga, se pueda reconocer la pared anterior de la misma.

2.º *Exposición de la cavidad vesical.* — Es imprescindible que las paredes de la vejiga se encuentren muy desplazadas, con el fin de reconocer claramente los orificios ureterales.

A fin de evitar el despegamiento de la vejiga de la cara profunda de los rectos del abdomen, es conveniente colocar [el] separador de Legueu en el interior de la misma. El desplazamiento de las paredes vesicales es por otra parte más extenso. La abertura y exposición de la vejiga se realizará en la forma descrita en la página 407.

3.º *Reconocimiento de los orificios ureterales.* — Antes de introducir la sonda ureteral, es conveniente tener fijados los orificios, o uno cuando menos, con el fin de no proceder por tanteos en la introducción de la misma.

Mediante un largo estilete, acodado en ángulo recto en su punta en una extensión de uno y medio o dos centímetros, buscaremos en los sitios de situación normal uno de los orificios ureterales. Hay que tener en

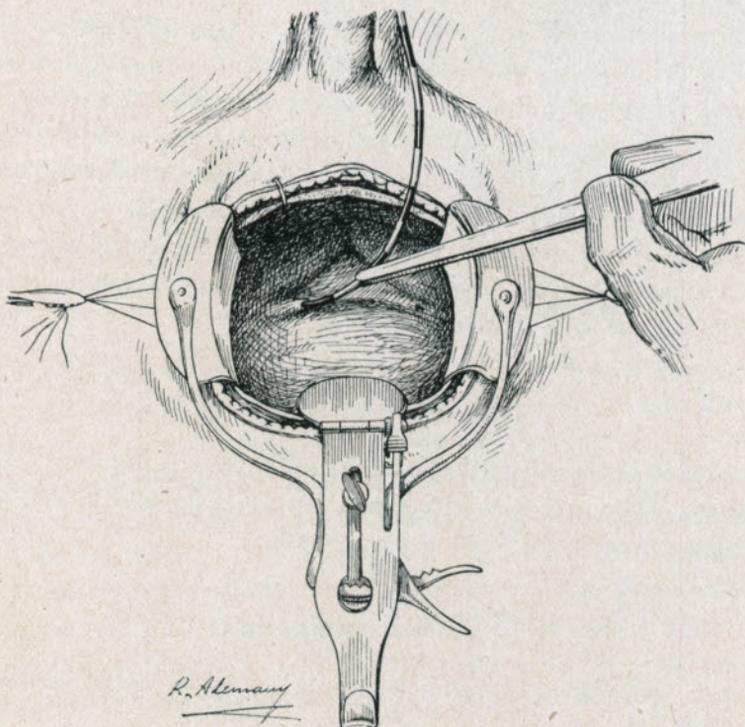


Figura 217

Cateterismo de los uréteres a vejiga abierta. Introducción de la sonda en el uréter izquierdo

cuenta que, por la distensión de las paredes de la vejiga, quedan los meatos ureterales bastante desplazados hacia afuera.

Reconocido uno de los orificios, se introducirá la parte acodada del estilete en su interior, con el fin de que se dilate el segmento intra-parietal del uréter y preparar así la introducción de una gruesa sonda.

4.º *Introducción de las sondas ureterales.* — Retirado el estilete, introduciremos en seguida una sonda ureteral gruesa, dirigiéndola hacia atrás y hacia afuera, es decir, en la misma dirección del uréter, sirvién-

donos para ello de una sonda de disección larga. La sonda penetrará hasta la pelvis del riñón (fig. 217).

Colocada una sonda ureteral, procederemos a la introducción de la otra, colocando previamente el estilete acodado, en la misma forma que lo hemos hecho con el otro uréter. Nos servirá de guía para su hallazgo la situación del meato ureteral cateterizado.

5.º *Introducción del pabellón de la sonda hasta el exterior.* Previamente señalados los pabellones de las sondas, con el fin de reconocer claramente el lado del cual procede la orina, serán introducidas por el interior de la vejiga hacia la uretra, hasta que asomen al exterior. Se dejarán en forma que marchen directamente desde el meato ureteral al cuello de la vejiga, sin que tracen corvaduras en el interior de la cavidad vesical.

6.º *Sutura de la pared vesical y pared abdominal.*—Raras veces habrá que dejar drenaje hipogástrico, por la infección de la vejiga. Al contrario, en caso de tuberculosis vesical, es más conveniente el cierre total de la vejiga.

La sutura de la vejiga y de la pared abdominal se realizará en la forma indicada en la página 382.

V. — Cistectomía parcial

Consiste en la resección de un segmento de las paredes vesicales o de las tunicas de la misma. La extirpación de los papilomas de la vejiga, en los que se extirpa el tumor juntamente con el trozo de mucosa en que se encuentra implantado, es también una resección parcial.

La técnica operatoria seguida para extirpar los tumores pediculados es diferente de la que debe seguirse para extirpar un tumor infiltrado, pues en este caso se reseca un segmento de la pared completa de la vejiga y en los primeros sólo una parte de la mucosa.

1. — CISTECTOMÍA PARCIAL EN CASOS DE TUMOR PEDICULADO

A. — INDICACIONES

Si bien la electro-coagulación es el tratamiento de elección en los papilomas de la vejiga, pudiendo decirse que los tratamientos cruentos viven solamente de las contraindicaciones de la electro-coagulación, sin embargo, la extirpación de los papilomas por talla hipogástrica tiene su indicación en los siguientes casos:

1.º En los grandes papilomas vesicales, de los cuales puede decirse que son cánceres en miniatura.

2.º En los papilomas inaccesibles al cistoscopio operador, especialmente los que se encuentran al rededor del cuello de la vejiga y sangran al paso de los instrumentos. Si estos papilomas no sangran y están constituidos solamente por algunas franjas, podremos, sin embargo, utilizar



Figura 218

Pinza curva de Guyon para tumores vesicales

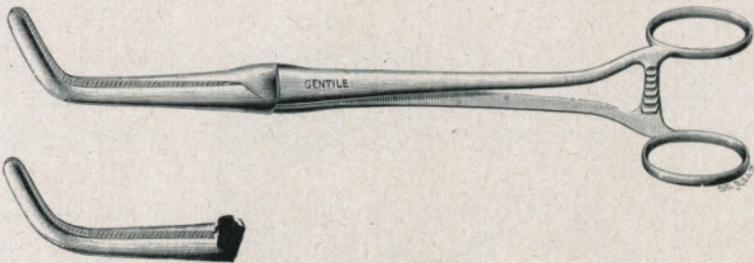


Figura 219

Pinza clamp de curvatura brusca para tumores vesicales



Figura 220

Pinza con bocados fenestrados, de forma triangular, para coger las paredes vesicales



Figura 221

Pinza de bocados ovales fenestrados

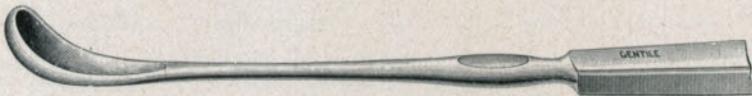


Figura 222

Cucharilla vesical

hoy día para destruirlos por medio de la electro-coagulación, el cisto-uretroscopio de Mac Carthy.

3.º En aquellos casos en que se duda de la naturaleza del tumor, así como cuando este, aun siendo pediculado, está formado por un gran núcleo o masa central y nódulos o lobulaciones periféricas, tumores que resultan con frecuencia malignos al examen histológico.

4.º En los enfermos con conducto impermeable o vejiga intolerante a la exploración cistoscópica.

5.º Cuando se encuentran varios papilomas localizados en una región determinada, especialmente si asientan al rededor del cuello. En este caso ofrece más ventajas la resección de toda la mucosa vesical donde asientan.

6.º Cuando la hemorragia producida por el papiloma es muy grave por su intensidad, prolongación o repeticiones y no puede calmarse o bien se agrava por medio de la electro-coagulación.

B. — INSTRUMENTAL

El mismo que hemos indicado en la página 373 y además dos pinzas clamps acodadas (fig. 219).

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Abertura de la vejiga.* — Llegaremos a la vejiga, después de haber atravesado las paredes abdominales, en la forma descrita en la «Técnica operatoria de la talla hipogástrica longitudinal» (véase página 376). Por otra parte, debemos abrir ampliamente la vejiga, prolongando la incisión hacia arriba, en la forma descrita en la página 390, e incidir, si es preciso, toda la pared anterior de la vejiga y el vértice de la misma.

2.º *Gran exposición de la cavidad vesical.*—Con el fin de trabajar muy holgadamente en la superficie interna de la vejiga, tenemos que desplegar ampliamente sus paredes y mantenerlas abiertas. El instrumento ideal para este objeto es el separador del profesor Legueu.

Este separador debe colocarse en la superficie interna de la vejiga, con el fin de conseguir una abertura mayor de la cavidad vesical y no despegar la cara profunda de los rectos abdominales.

El separador cerrado se introduce en la abertura de la vejiga, estirando los labios de la misma mediante los hilos de suspensión; las valvas laterales se separan luego una de otra, con lo cual conseguimos un gran desplazamiento en sentido lateral de las paredes de la vejiga (fig. 223); los hilos de suspensión en cada lado se fijan con una pinza de Pean. La tercera valva deprime la pared posterior hacia atrás. En este sentido podremos conseguir un mayor desplazamiento mediante la tercera valva graduable de Cathelin.

3.º *Exploración de la superficie interna de la vejiga.* — Es conveniente hacer esta exploración tan pronto la vejiga se encuentre abierta

y desplegadas sus paredes, con el fin de ver si, además del tumor principal que queremos extirpar, se encuentran otros más pequeños, que difícilmente podrían reconocerse al final de la operación, por quedar ocultos entre los pliegues de la mucosa vesical. Es mejor, sin embargo, practicar esta exploración, siempre que sea posible, por medio de la cistoscopia, con la cual se observan mejor los pequeños papilomas que no con la vejiga abierta.

Por otra parte, reconoceremos el sitio de implantación del tumor pediculado, sus relaciones con el cuello de la vejiga o meatos ureterales y la

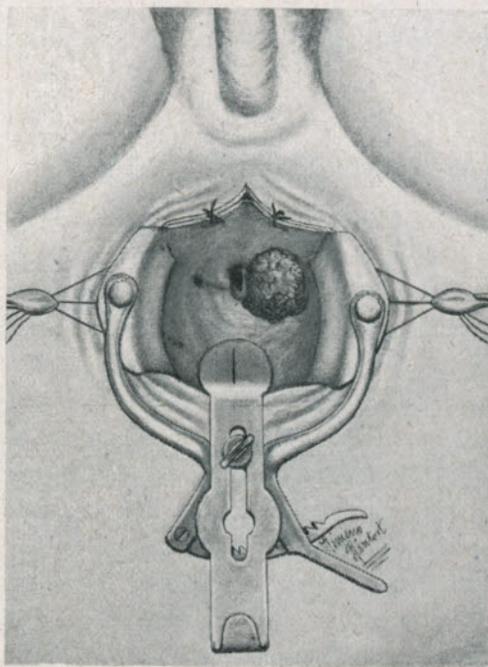


Figura 223

Extirpación de un tumor pediculado

La cavidad vesical, ampliamente abierta por el separador de Legueu colocado en su interior, permite ver el cuello de la vejiga y la implantación del tumor. La vejiga está sostenida por medio de tres hilos suspensorios en cada lado, sujetados con una pinza de Pean.

da, procurando que la implantación se realice en la base del mismo o en la mucosa vesical. Atrayendo entonces con la pinza hacia afuera el tumor, veremos que se desplaza la mucosa vesical de las inmediaciones, deslizándose encima de la túnica muscular y formando un verdadero cono de mucosa sana.

movilidad de la zona de implantación en la vejiga. La técnica de extirpación será algo diferente, según las circunstancias de implantación, según que el pedículo sea fácilmente abordable o no y según el estado de la mucosa que rodea a la zona de implantación.

4.º Extirpación del papiloma.

a) Extirpación de los tumores pediculados con zona de implantación normal.

Levantando el tumor con los dedos o pinza de disección larga, hasta hacer visible el pedículo, implantaremos en éste la pinza de Guyon o bien una pinza clamp acoda-

La extirpación debe realizarse en zona de vejiga sana. Con el fin de hacerla metódicamente y al mismo tiempo preparar la sutura de los bordes de la abertura mucosa, que sería más difícil encontrarlos después de seccionado el pedículo y cohibir la hemorragia que pueda presentarse, la realizaremos en la forma siguiente:

1.º En uno de los extremos del pedículo introduciremos una aguja enhebrada con catgut del n.º 1. Este hilo, una vez atravesado el pedículo, formará una asa larga, cuyos extremos externos son prendidos mediante una pinza de Pean por fuera de la vejiga (figura 224).

2.º Entre la pinza y el asa de catgut colocada, seccionaremos el pedículo por medio de unas tijeras largas. La sección quedará limitada a la parte de pedículo que atraviesa el hilo de catgut (fig. 225).

3.º Por dentro del trozo seccionado colocaremos una segunda asa de catgut, dejando exteriorizados sus extremos (fig. 226). Continuaremos luego la sección del pedículo entre esta asa y la pinza.

Y así sucesivamente hasta que el pedículo esté completamente seccionado.

Terminada la extirpación del tumor, tendremos ya colocados los hilos para la sutura entrecortada.

b) Tumores con zona de implantación rígida o sospechosa.

Colocada la pinza en el pedículo, observaremos que no puede tener lugar la formación de un cono con la mucosa vesical sana, por despla-

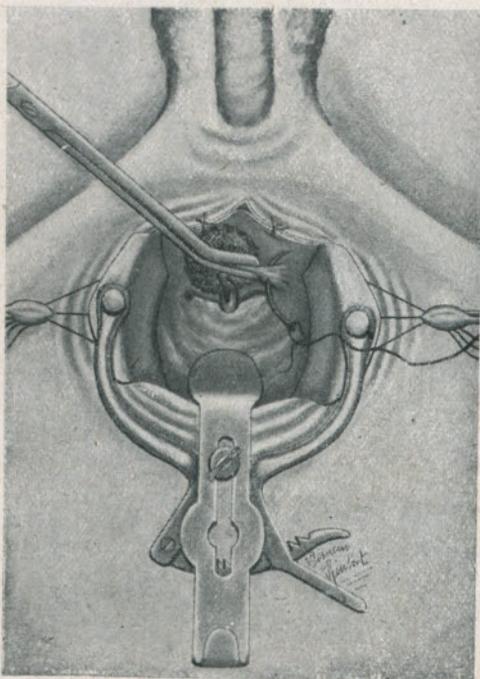


Figura 224

Colocado el clamp acodado en el pedículo del tumor, se atraviesa la zona de implantación mucosa por medio de una aguja enhebrada con catgut delgado

miento encima de la túnica muscular. En este caso extirparemos el tumor por medio del gálvano o termo-cauterio, en la forma siguiente:

1.º Si la formación del pedículo y la colocación de la pinza se realiza en plena mucosa sana, extirparemos el tumor pasando por la convexidad de la pinza una asa del gálvano-cauterio, con la cual extirparemos el tumor al mismo tiempo que realizamos la hemostasia. Si sangra algún vasito más voluminoso, debe ligarse aisladamente.

2.º Si el pedículo es sospechoso, circunscribiremos con el termo-cauterio un óvalo en la superficie interna de la mucosa vesical. Con el mismo

termo-cauterio será extirpado el tumor y la zona de implantación mucosa. Así quedará una zona cruenta, que cauterizaremos todavía en caso de necesidad.

En ambos casos puede dejarse la superficie cruenta sin suturar.

c) Extirpación de los papilomas cervicales.

En el cuello y trigono vesical la mucosa no puede desplazarse sobre la túnica muscular. Por otra parte, esta región es difícilmente asequible, no puede colocarse fácilmente la pinza de pedículo ni realizar las maniobras regladas, que antes hemos descrito, para la

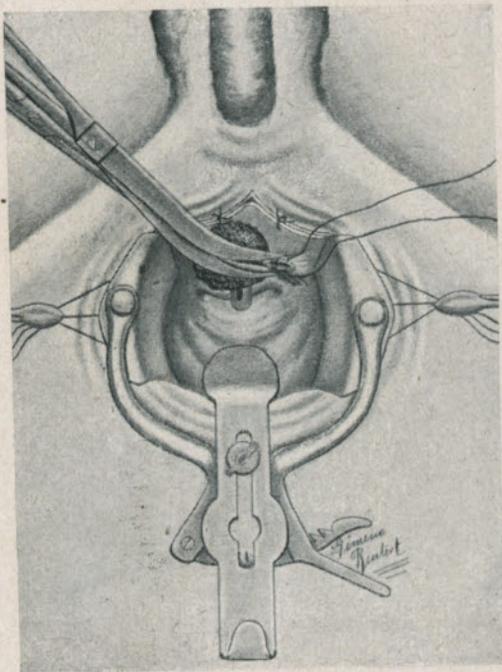


Figura 225

Sección con las tijeras de un extremo del pedículo, entre el clamp y el primer punto colocado

extirpación del tumor. En este caso circunscribiremos también la zona de implantación con un óvalo trazado con el bisturí. El tumor será extirpado con la zona de implantación, en la cual profundizaremos si es preciso, con el fin de llegar hasta el tejido sano.

La colocación de los puntos de sutura, bastante difícil en este caso, debe realizarse después de la extirpación del tumor.

d) *Extirpación de los tumores pediculados de implantación peri-ureteral.*

La extirpación se llevará a cabo, si es posible, en la misma forma que para los tumores pediculados con zona de implantación normal, prescindiendo de si la sección del pedículo extirpa uno de los bordes del uréter. La extirpación debe ser amplia y no hay inconveniente en agrandar el meato ureteral. Debemos preocuparnos solamente, al practicar la sutura, de no cerrar el conducto ureteral.

e) *Extirpación de los tumores pediculados voluminosos.*

En este caso resulta, a veces, bastante difícil observar el pedículo sin extirpar gran parte del tumor. Por otra parte, las dificultades aumentan por el hecho de sangrar, a veces extraordinariamente.

Por esta razón debemos extirpar rápidamente gran parte del tumor, hasta que podamos reconocer fácilmente el pedículo y colocar en él una pinza como en circunstancias ordinarias. La extirpación de la zona de implantación se llevará a cabo, entonces, en la forma que hemos indicado en la página 417.

Como esta extirpación da lugar a veces a bastante hemorragia, es un gran recurso para extirpar rápidamente grandes porciones de tumor, sin hemorragia, la electro-coagulación a vejiga abierta (véase página 437).

5.º *Sutura de la zona de implantación.* — Esta sutura, además de coaptar los labios de la mucosa vesical extirpada, debe ser muy hemostática. Para eso los puntos de sutura entrecortada atravesarán los labios del orificio a cierta distancia del borde libre.

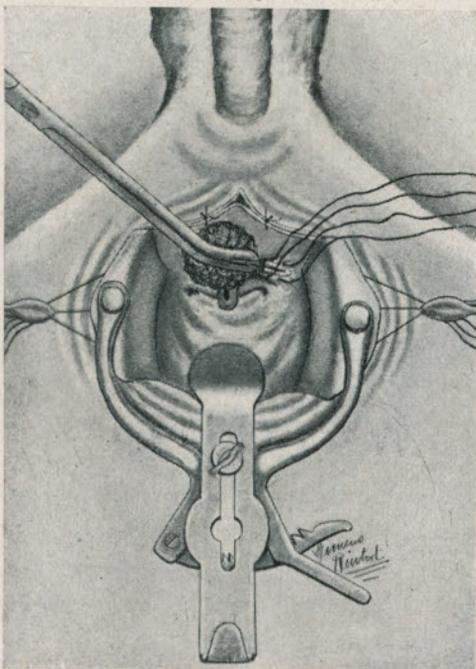


Figura 226

Colocación de un nuevo punto de sutura y prolongación de la sección del pedículo

Si no hemos colocado los hilos en el momento de seccionar el pedículo, serán entonces colocados en esta forma, procurando no cerrar el uréter o cuello de la vejiga.

Anudado cada uno de ellos (véase figura 227), se verá si la sutura es perfectamente hemostática. En caso contrario, colocaremos profundamente

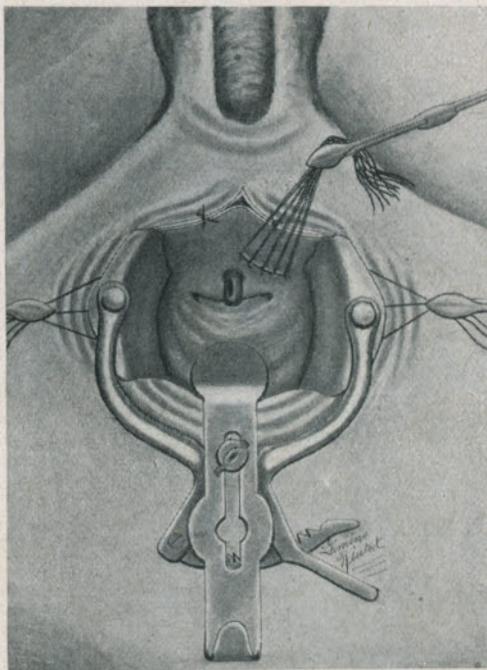


Figura 227

Terminada la sección del pedículo se anudan todos los puntos colocados en la mucosa y queda cerrada la superficie cruenta

en este caso, será conveniente llenarla con alcohol absoluto durante algunos minutos.

7.º Sutura y drenaje de la vejiga.—Si la orina es aséptica y la sutura de la zona de implantación no da lugar a hemorragia, podrá suturarse completamente la vejiga, dejando sonda vesical a permanencia. La sutura en este caso se realizará en la forma descrita en la página 382.

Si la vejiga está infectada o bien no ha podido suturarse la zona de implantación del tumor, al igual que en los casos en que es difícil obtener una hemostasia perfecta por medio de la sutura, será conveniente dejar un tubo de drenaje por el hipogastrio, suturando el resto de la pared vesical.

dos o tres puntos en sentido diagonal que, al anudarse, compriman los anteriores.

6.º Tratamiento de los papilomas accesorios.— Los pequeños papilomas o zonas sospechosas serán cauterizadas profundamente con la punta del termo-cauterio antes de cerrar la vejiga. Así evitaremos algunas recidivas.

En los casos en que se ha fraccionado el papiloma, contactando con la mucosa vesical sana es posible que se realicen algunos injertos de células papilomatosas y engendren secundariamente nuevos papilomas. Antes de cerrar la vejiga,

8.º *Sutura de la pared abdominal.* — Esta será cerrada en forma diferente, según se haya dejado o no drenaje hipogástrico, y se realizará en la forma indicada en la página 387.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Si hemos dejado drenaje ureteral, practicaremos lavados varias veces al día con pequeñas cantidades de líquido, solamente con el fin de asegurar el funcionamiento de la misma y evitar que se obstruya por los coágulos. En caso de necesidad, será cambiada. Por el tubo de drenaje hipogástrico practicaremos también varios lavados con agua esterilizada y solución de nitrato al 1 por 1.000.

El resto de cuidados operatorios son los mismos que hemos indicado para la talla hipogástrica longitudinal (véase página 391).

Son también importantes los cuidados lejanos, con el fin de evitar recidivas o el desarrollo de nuevos tumores.

Deben hacerse revisiones cistoscópicas y, en caso de necesidad, electro-coagularemos la zona en que se encontraba el tumor o bien los pequeños papilomas que puedan aparecer en otros sitios de la mucosa vesical.

Si las recidivas son más extensas y toman el aspecto de tumores infiltrados, emplearemos el tratamiento por medio del radium o bien la resección completa y extensa de la zona alterada.

2. — CISTECTOMÍA PARCIAL EN CASOS DE TUMOR INFILTRADO

A. — INDICACIONES

La cistectomía parcial, es decir, la resección de la pared de la vejiga en un segmento limitado, encuentra indicación en los casos siguientes:

1.º En los tumores infiltrados y sesiles circunscritos.

2.º En los papilomas que se han hecho sesiles y se encuentra, en el acto operatorio, que el pedículo se ha infiltrado también, dando un aspecto de menor benignidad, por el hecho de no poderse desplazar la mucosa vesical para pediculizar artificialmente el tumor.

Si bien la simple resección del tumor, profundizando de dentro hacia afuera en la pared de la vejiga, hasta que se encuentra la pared vesical sana, es un procedimiento operatorio de mayor benignidad, sin embargo, la resección de toda la pared de la vejiga en el sitio de implantación ofrece mayores garantías desde el punto de vista de las recidivas. En este

caso, al igual que en otros parecidos, la edad del enfermo, resistencia del mismo y lesiones de otros órganos, guiarán sobre el particular.

Es preferible no emplear la resección vesical completa más que en los casos de tumores bien limitados, cuando recaen en individuos resistentes, en los cuales los uréteres y riñones no han sido todavía afectados por las lesiones ascendentes.

3.º En los tumores carcinomatosos sesiles o prominentes. En estos tumores se obtienen mejores resultados cuando se encuentran localizados en el vértice o paredes laterales de la vejiga, en cuyo sitio se puede hacer la resección parcial de la vejiga de fuera hacia adentro. Si el tumor asienta en zona vesical cubierta por peritoneo, hay que hacer la resección por dentro de la cavidad peritoneal y la operación ofrece mayor gravedad.

De la misma manera, si el cáncer es duro y se encuentra localizado en el bajo fondo o trigono, la operación no da tanta seguridad de éxito, pues se tiene que practicar una resección de dentro hacia afuera que no ofrece tantas garantías. En este caso, al igual que cuando las lesiones están extendidas por el trigono, bajo fondo o cuerpo de la vejiga, la cistectomía parcial debe ceder el terreno a la extirpación total de la vejiga.

4.º En los sarcomas, si la implantación del tumor se encuentra en una zona limitada.

5.º Se encuentra también indicada en los cánceres papilares, los cuales son tumores malignos, al igual que en la úlcera simple y perforante de la vejiga si no obedece a los tratamientos ordinarios.

B. — INSTRUMENTAL

El mismo que hemos indicado en la pág. 373.

C. — MANUAL OPERATORIO

La resección parcial de la vejiga se realizará, en unos casos, aislando su superficie exterior y practicando la resección desde la superficie externa a la interna; en otros debe verificarse por la superficie interna de la vejiga. No se puede someter a regla general la técnica operatoria que debe seguirse en cada caso particular; por lo mismo, describiremos aquí la técnica operatoria que conviene a la mayoría de los casos. Cuando el tumor asienta en la zona ureteral, debemos prestar atención preferente a dicho conducto.

a) *Tiempos preliminares.*

1.º *Abertura de la vejiga.* — Mediante la talla longitudinal llegaremos a la cavidad de la vejiga (véase página 376). Con el fin de abordar ciertos tumores que infiltran la pared lateral de la vejiga, la región ureteral o bien el cuello, quizás sea conveniente, en algunos casos, agrandar lateralmente el campo operatorio hacia el lado correspondiente a la lesión.

2.º *Reconocimiento de la zona vesical infiltrada.* — Agrandada la abertura vesical, reconoceremos el interior de la cavidad con el fin de ver el sitio donde asienta el tumor y las relaciones que pueda tener con el cuello y meatos ureterales. Solamente entonces decidiremos el procedimiento técnico a seguir para verificar la resección parcial.

b) *Resección de fuera a dentro.*

Este procedimiento técnico debe aplicarse con preferencia siempre que sea posible, pues la resección es más perfecta y amplia. Se encuentra especialmente indicado en los tumores que asientan en la mitad superior de la vejiga. En las caras laterales podremos aplicar este procedimiento técnico aunque el tumor se encuentre muy bajo y, por lo tanto, alejado de la abertura de la cara anterior de la vejiga.

1.º *Aislamiento de la pared vesical sobre que asienta el tumor.* — Desde el labio de la abertura vesical iremos decorticando la cara externa de la vejiga, hasta que se encuentre completamente aislada la zona en que se halla el tumor.

Este despegamiento será fácil en las regiones laterales y pared anterior de la vejiga, merced al tejido célulo-grasiento de la cavidad de Retzius. En el vértice de la vejiga y cara posterior es mucho más difícil por la adherencia del peritoneo con la pared vesical; aquél se encuentra, por otra parte, a veces, invadido por la infiltración neoplásica. En este caso, si ofrece grandes dificultades la decorticación, será conveniente incidir transversalmente la serosa peritoneal y suturar el peritoneo a la cara posterior de la vejiga por debajo de la zona que debemos resecar; así quedará la zona infiltrada completamente por fuera de la cavidad peritoneal.

Si el tumor está implantado en la pared lateral, colocaremos dicha pared, ya decorticada, entre las dos valvas del separador de Legueu; la valva de dicho lado estará situada por fuera de la vejiga, separando el recto del abdomen, y la otra contra la cara interna de la otra pared vesical (véase figura 228).

Si el tumor invade gran parte del vértice y regiones inmediatas de la

vejiga, no hay inconveniente en reseca gran parte de la vejiga hasta cerca del trigono. La porción que queda de la vejiga será suturada en la forma que se pueda, aproximando los tejidos inmediatos encima de la mis-

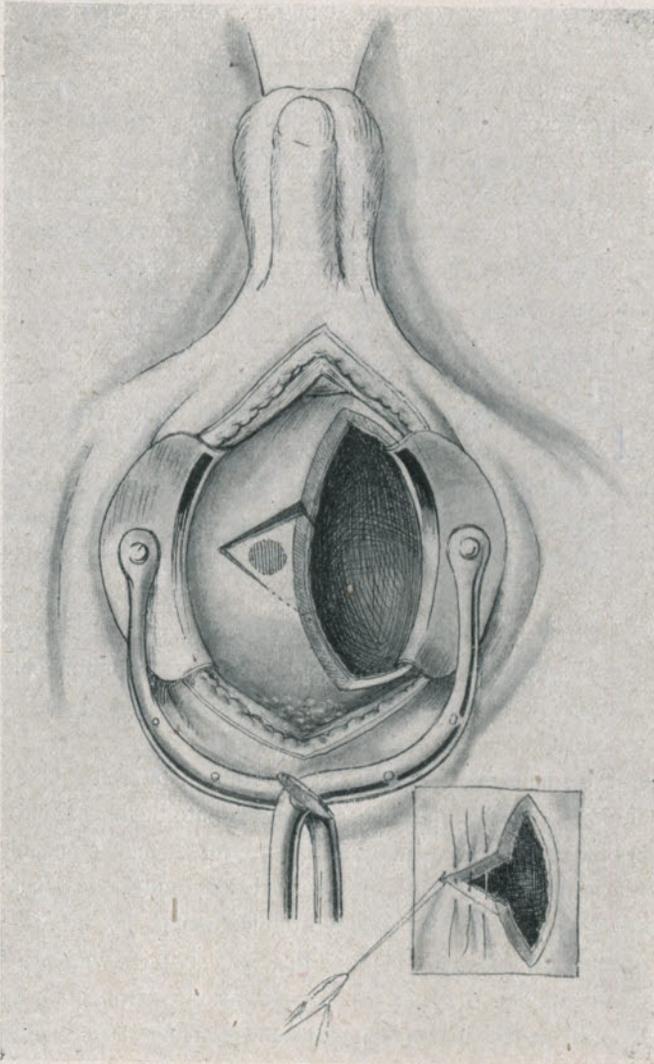


Figura 228

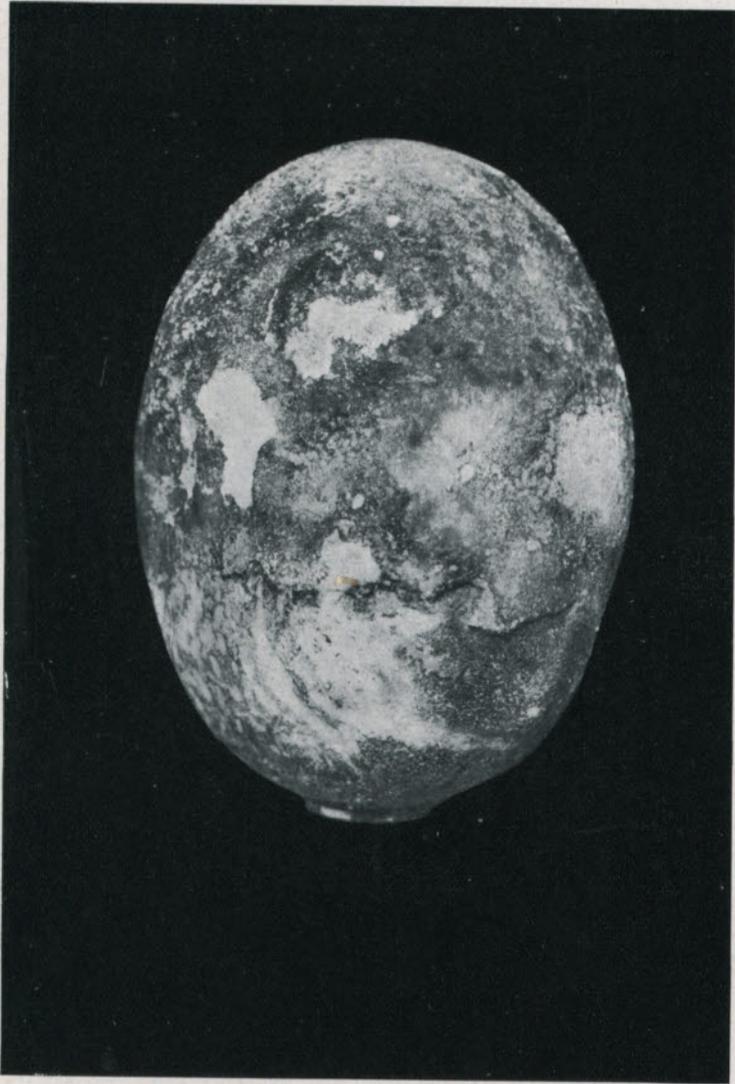
Extirpación de un tumor infiltrado que asienta en el vértice de la vejiga

Colocado el separador de Legueu en la forma que demuestra la figura, se circunscribe el tumor por medio de dos incisiones que se reúnen en forma de V.

En el ángulo, modo de practicar la sutura de la brecha que resulta de la extirpación de un trozo de pared vesical.

ma. Aunque la cavidad de la vejiga sea pequeña, después llega a dilatarse y se contrae bien para expulsar la orina.

LÁMINA XII



Enorme cálculo de la vejiga (Colección personal)

2.º *Resección de la zona infiltrada.*—Si el tumor asienta cerca de la abertura vesical, le aislaremos por medio de dos incisiones en forma de ángulo que se reúnan por debajo de la zona infiltrada; con la incisión longitudinal de la vejiga formarán un triángulo (fig. 228).

Si se encuentra la zona infiltrada en sitio muy bajo de la pared lateral, llegaremos a dicho sitio mediante una incisión perpendicular al labio correspondiente de la abertura de la vejiga. En dicho sitio se circunscribirá la zona infiltrada mediante una incisión en forma de óvalo (fig. 229).

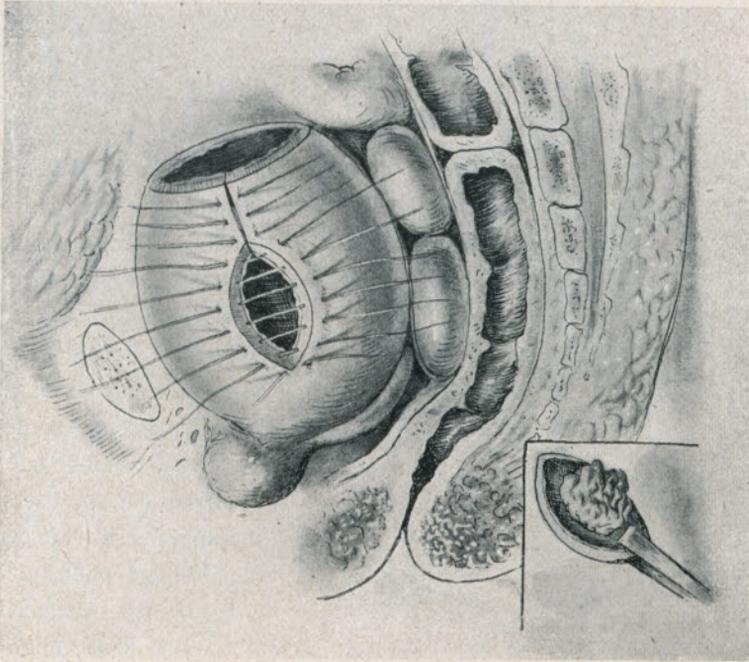


Figura 229

Técnica de la cistectomía parcial, cuando el tumor asienta en la pared lateral de la vejiga

La zona de implantación se circunscribe por medio de una incisión en forma de óvalo que atraviesa, de fuera adentro, las paredes vesicales. (En el ángulo, el tumor extirpado, con la zona de implantación.)

El orificio abierto se cierra por medio de puntos de sutura entrecortada, que se continúan hasta la abertura superior de la vejiga.

Las incisiones que limitan la zona tumoral deben pasar a distancia de la zona infiltrada, a 1 ó 2 centímetros de la misma, es decir, en zona de vejiga sana, con el fin de hacer una extirpación completa.

Si por la superficie externa de la vejiga encontramos invadido el uréter, será reseca la porción invadida juntamente con la zona vesical afectada.

ta. El uréter será después implantado en la vejiga en la forma que describiremos en la página 428.

Las incisiones limitantes del tumor atravesarán todo el espesor de la vejiga hasta la superficie interna. Resecada la zona vesical afecta, quedará en dicho sitio un boquete que tendremos que cerrar por medio de las suturas correspondientes.

3.º *Reconstitución de la pared vesical.*—Los bordes de la incisión ovalar con la que hemos resecado la zona enferma, serán suturados entre

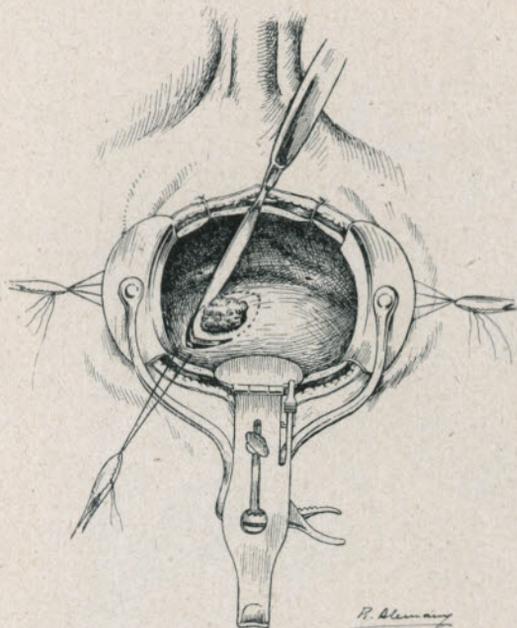


Figura 230

Resección vesical de dentro hacia afuera

Con el bisturí se circunscribe en la superficie interna de la vejiga un óvalo a cierta distancia de la zona de implantación del tumor.

si, mediante una sutura entrecortada practicada con catgut grueso, por fuera de la vejiga. Como los bordes de ésta se retraen, será conveniente que, al practicar la resección, se fijen ya los ángulos de la misma mediante dos puntos de catgut. Tirando de éstos conseguiremos aproximar más fácilmente el resto de los bordes. Cada uno de los puntos llegará hasta la mucosa vesical sin perforarla; los nudos deben quedar en la superficie externa de la vejiga (figura 228).

Si la zona resecada se encontraba lejos de la abertura vesical, se continuará la sutura de la misma con la de la incisión de la pared lateral, hasta llegar a la abertura de la vejiga (fig. 229).

c) Resección por dentro de la vejiga.

Conviene este procedimiento técnico cuando el tumor asienta en el trigono o bajo fondo vesical.

Si invade además la próstata, se puede realizar la extirpación de estos órganos por vía perineal.

1.º *Exposición de la zona afecta.*—Ampliamente abierta la vejiga

se colocará el separador de Legueu en la forma descrita en la página 407. Cuando el tumor es difícilmente asequible, especialmente si radica en el cuello, se podrá practicar *la talla medio-transversal*. La zona afecta debe colocarse en las mejores condiciones para ser resecada ampliamente.

2.º *Aislamiento y resección de la zona infiltrada*. — Será limitada mediante una incisión en forma de óvalo trazada en la superficie interna de la vejiga, a unos dos centímetros de los bordes de la zona neoplástica (figura 230).

En una de las mitades de la incisión se irán seccionando de dentro hacia fuera todas las túnicas vesicales, hasta llegar a la capa grasienta perivesical. Entonces, por medio del dedo índice introducido por dicha abertura, podremos decorticar la cara externa de la pared vesical en la zona afecta. Completamente aislada esta parte, se acabará su extirpación seccionando todas las túnicas vesicales en la otra mitad de la incisión ovalada trazada primeramente.

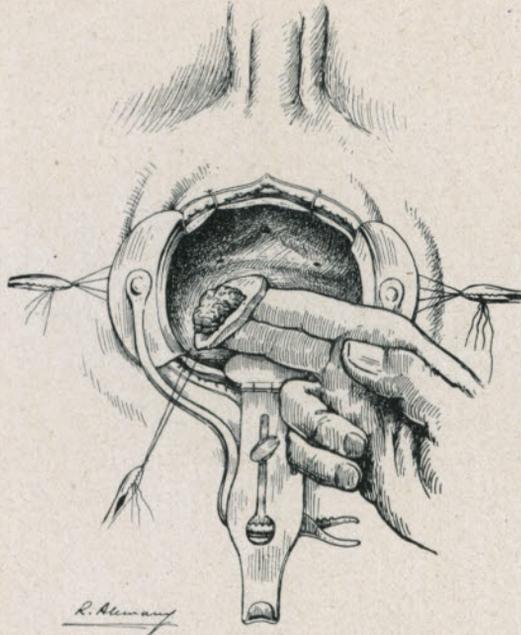


Figura 231

Aislamiento, por la superficie externa de la vejiga, de la zona de implantación tumoral

3.º *Reconstitución de la pared reseçada*. — Dos puntos de catgut grueso, que comprendan todo el espesor de las paredes vesicales, serán colocados primeramente por la superficie interna de la vejiga, a nivel de los ángulos de la incisión. Tirando de los mismos podremos aproximar los bordes de aquélla y unirlos mediante varios puntos de sutura colocados en la misma forma que los anteriores.

Si por la extensión de la zona reseçada no es posible cerrar completamente la brecha vesical, la dejaremos abierta hacia la superficie interna de la vejiga, taponando la región en la misma forma que la celda prostática en la prostatectomía transvesical (véase más adelante).

d) *Resección cuando el tumor asienta en el meato ureteral.*

1.º *Aislamiento del conducto ureteral.*—Ampliamente desplazadas las paredes vesicales mediante el separador de Legueu y la tercera valva de Cathelin, practicaremos, si es posible, el cateterismo ureteral por el interior de la vejiga en la forma que hemos descrito en la página 412, con

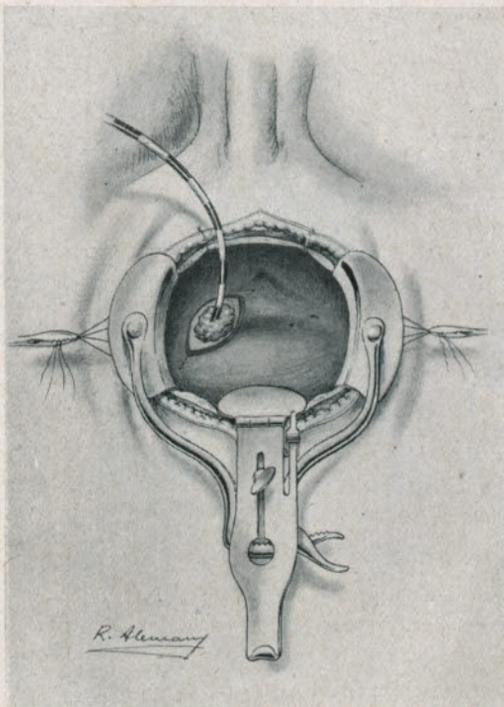


Figura 232

Extirpación de un tumor cuando asienta en el meato ureteral

Cateterizado el uréter, se circunscribe la zona de implantación por medio de una incisión en forma de óvalo.

el fin de aislar más fácilmente dicho conducto. Si esto no es posible, no debemos preocuparnos.

La zona afecta será circunscrita por medio de una incisión en forma de óvalo con el eje mayor oblicuo de arriba abajo y de fuera a dentro. En los extremos del óvalo se practicarán dos pequeñas incisiones complementarias (fig. 232).

Profundizando estas incisiones, de dentro hacia fuera, aislarán un verdadero collarete de pared vesical rodeando al uréter. Por la superficie externa de la vejiga buscaremos el conducto ureteral, atrayén-

dolo hacia adentro, juntamente con la pared vesical reseca. Seccionado transversalmente el uréter, quedará extirpada la zona afecta del mismo, juntamente con el collarete vesical.

2.º *Anastomosis urétero-vesical.*—Antes de seccionar el uréter se colocarán dos puntos de catgut en la pared del mismo, con el fin de atraerlo hacia la abertura vesical después de extirpado el extremo del mismo. La sección del uréter debe practicarse delante de los mismos.

El uréter, aislado en alguna extensión, será atraído hacia el extremo

superior de la abertura vesical. Los dos puntos que le fijan serán suturados a los labios de la misma. Otros puntos, también de catgut delgado, unirán los labios del uréter a la abertura vesical. En caso de necesidad, será dividido el extremo del uréter en dos medias cañas por medio de dos incisiones, siendo ranversados cada uno de los colgajos ureterales hacia la superficie interna de la vejiga y fijados en dicho sitio.

El resto de la abertura vesical será suturada también mediante varios puntos de sutura entrecortada.

e) Cierre de la vejiga y pared abdominal.

La abertura de la vejiga será cerrada parcialmente por medio de varios puntos de sutura entrecortada practicados con catgut grueso. En dicha abertura se colocará un tubo de Marion en la forma descrita en la página 385.

La pared abdominal será cerrada en la forma indicada en la página 387, procurando fijar bien la vejiga a los

músculos rectos del abdomen, con el fin de que no queden espacios muertos. En caso de grandes despegamientos en la cavidad de Retzius, se dejarán uno o varios tubos de drenaje en los sitios convenientes.

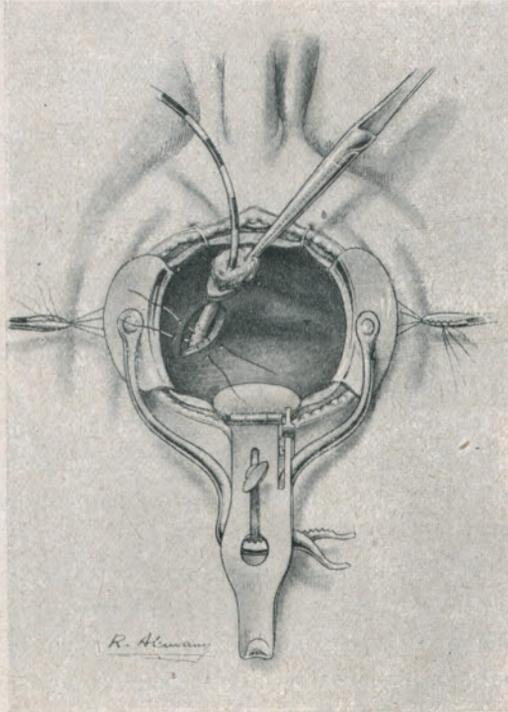


Figura 233

Seccionadas las paredes de la vejiga de dentro hacia afuera, se busca el uréter detrás de la vejiga y se atrae hacia el interior de la cavidad vesical. Antes de seccionar el uréter se fija su pared mediante dos puntos de catgut a los labios de la incisión vesical.