

Urología

Cistotomía	145
Dilatación uretral	149
Circuncisión	152

Únicamente se han descrito la cistotomía para litiasis, la cistotomía mínima, para la retención aguda de orina, la circuncisión y la dilatación uretral con la sonda de Beniqué.

N.B. : en Africa, el hidrocele tiene una incidencia muy elevada. Sin embargo, en función de la infestación parasitaria y de infecciones múltiples, la vaginal suele ser gruesa e inflamatoria, lo cual aumenta el riesgo de hematomas tras la intervención o de sobre infección prolongada. Evitar operarlas si no se dispone del lugar y de la experiencia apropiados.

Cistotomía

Definición

Incisión quirúrgica de la vejiga.

Indicación

Litiasis vesical, frecuente en las regiones desérticas y sahelianas, diagnosticada por trastornos en la micción, un contacto duro en el sondaje transuretral y los tactos pelvianos, e incluso la radiografía.

Preoperatorio

- Colocación de una buena vía de acceso venoso.
- Sondaje urinario y dilatación vesical mediante inyección de 200 ml de agua esterilizada.
- Preparación de un sistema de aspiración.
- Rasurado de la región pubiana.
- Medicación previa : diazepam y atropina.

Anestesia

Local o raquianestesia.

Material

Caja de cirugía menor, sonda urinaria de globo.

Técnica

- Incisión de 5 cm sobre la línea media, empezando por encima del pubis. Atravesar la grasa subcutánea, separada con los Farabeufs, y hemostasia de los vasos menores (Figuras 217 y 218).
- Incisión media de la vaina de los rectos mayores.
- Separación de los rectos mayores y de los músculos piramidales (inconstantes) con los Farabeufs (Figura 219).

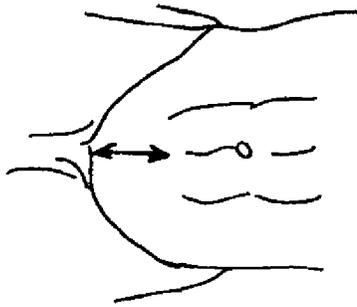


Figura 217

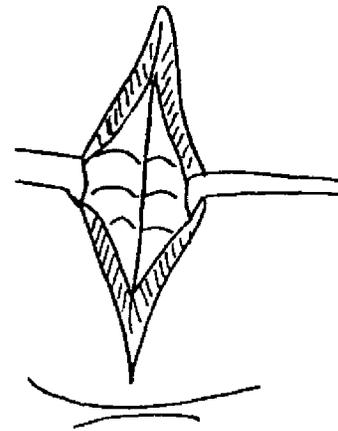


Figura 218

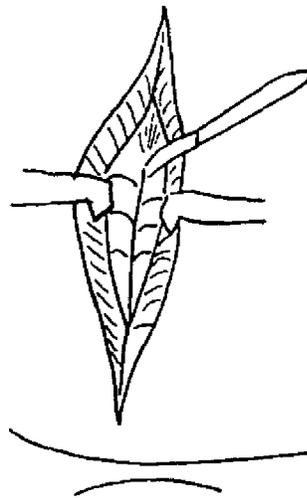


Figura 219

- Empujar el peritoneo hacia arriba y después la grasa prevésical por medio de una compresa montada en una pinza : la pared vesical se reconoce gracias a los numerosos plexos venosos que la recubren.
- Colocación de dos hilos tractores, sujetados por el ayudante, que expongan toda la pared vesical a ambos lados de la futura incisión vesical (Figura 220).
- Incisión vertical de la pared vesical mediante el bisturí, primero, aspirando al mismo tiempo la orina, y completada después mediante las tijeras, para obtener un hueco lo suficientemente ancho que permita explorar con facilidad la vejiga, tanto con el dedo como a la vista.
- Extracción de los cálculos y palpación sistemática de toda la pared vesical.
- Sutura de la vejiga mediante hilo reabsorbible 2/0 en dos planos (mucoso y muscular) con puntos separados o sutura continua.
- Sutura de la pared plano a plano.

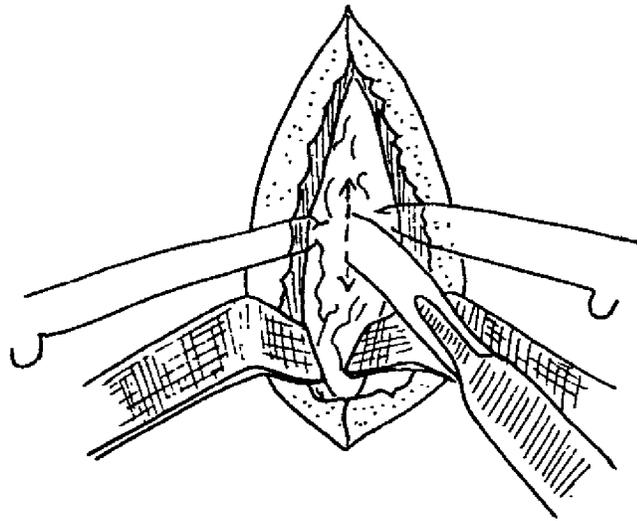


Figura 220

4

Postoperatorio

- Sonda permanente, vigilancia de una posible hemorragia.
- Extracción de la sonda a partir del momento en que la orina sea clara.
- Antisépticos urinarios :
cotrimoxazol : para el adulto, 1.600 mg/día de SMX divididos en dos tomas durante 7 días, como mínimo, por ejemplo.

Aplicaciones de la cistostomía

- Esta vía de acceso puede servir para colocar una sonda de cistostomía cuando se carece de catéter suprapúbico cuando, por alguna razón, se decide terminar la cistotomía con una cistostomía (obstáculo subyacente, estenosis uretral...).
- Basta con suturar la vejiga sobre una sonda y confeccionar después una bolsa alrededor de esta sonda para garantizar una perfecta impermeabilidad de la cistostomía (Figuras 221 y 222).
- Por otra parte, cuando nos hallamos ante un paciente con grave retención de orina, a quien se le ha aplicado un sondaje suprapúbico (estenosis uretral, sondaje transuretral imposible) y a falta de catéter suprapúbico, se puede practicar una cistostomía mínima provisional, gracias a una incisión mínima con el bisturí que se hunda verticalmente, en sentido perpendicular al globo vesical, que atraviese todos los planos y que logre un espacio lo suficientemente justo como para permitir el paso de una sonda. Para esta punción con el bisturí, basta con situarse dos dedos por encima del pubis y en una mediana perfecta.

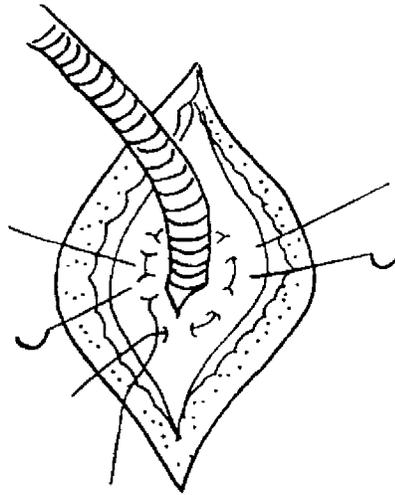


Figura 221

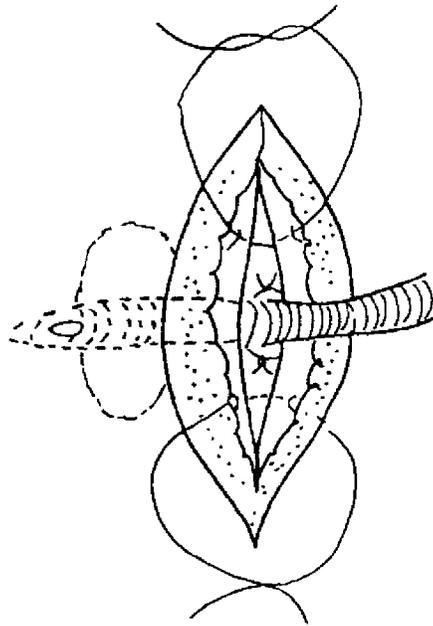


Figura 222

Dilatación uretral con la sonda de beniqué

Indicación

Estenosis inflamatoria de la uretra masculina.

Material

Sondas metálicas, tallos dilatadores o sondas de Beniqué de distintos diámetros, de curvatura adaptada, guantes estériles.

Técnica

- Anestesia de contacto con *xilocalina* viscosa, que recubre cada sonda de Beniqué.
- Operador a la derecha del paciente, mano izquierda sobre el pene, sonda de Beniqué en la mano derecha.
- La dilatación debe ser suave y progresiva.
- No empezar con una sonda de calibre inferior al nº12, para evitar cualquier dirección errónea.
- Mantener el pene vertical e introducir la parte curva de la sonda de Beniqué, orientando su concavidad hacia abajo. La sonda debe deslizarse sin esfuerzo, cayendo justo por su propio peso si se ha escogido correctamente su primer diámetro, hasta el bulbo uretral (Figuras 223 y 224).
- La mano izquierda gira en ese momento el pene con el instrumento hacia la línea media, paralelamente al abdomen (Figuras 225 y 226).
- Cuando el pene esta colocado sobre el abdomen, enderezar sin presionar sobre el mango del beniqué ; este entra por si sólo en la uretra membranosa. Una ligera presión le hace entrar en la vejiga (Figuras 227 y 228).
- Son necesarias dos dilataciones por semana, como media, y aumentar cada vez de 3 a 4 números.
- Si se produce una hemorragia, dejar la uretra en reposo durante una semana como mínimo y, si se provoca una retención, colocar un catéter suprapubico o practicar una cistostomía.

Postoperatorio

- Antibioterapia durante todo el periodo de dilatación, varias semanas : ampicilina : 2 a 3 g/día para un adulto por ejemplo.
- Antiinflamatorios :
indometacina : 75 mg/día divididos en 3 tomas por 3 ó 4 días, para un adulto.

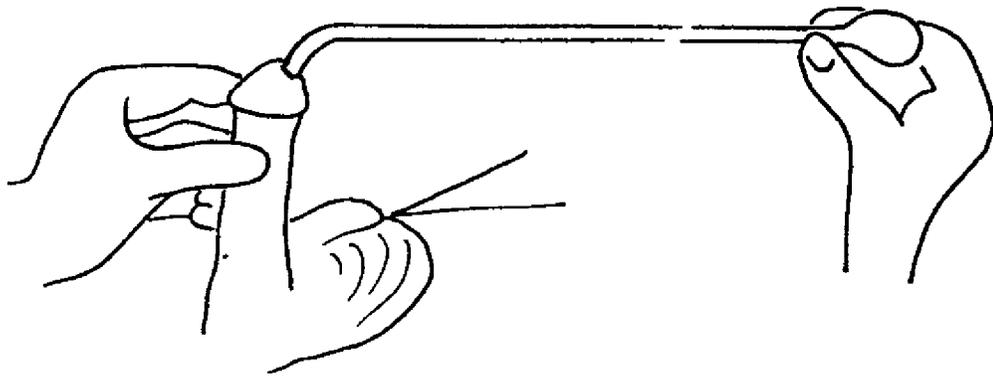


Figura 223

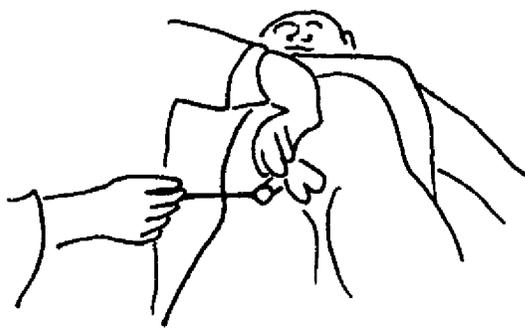


Figura 224

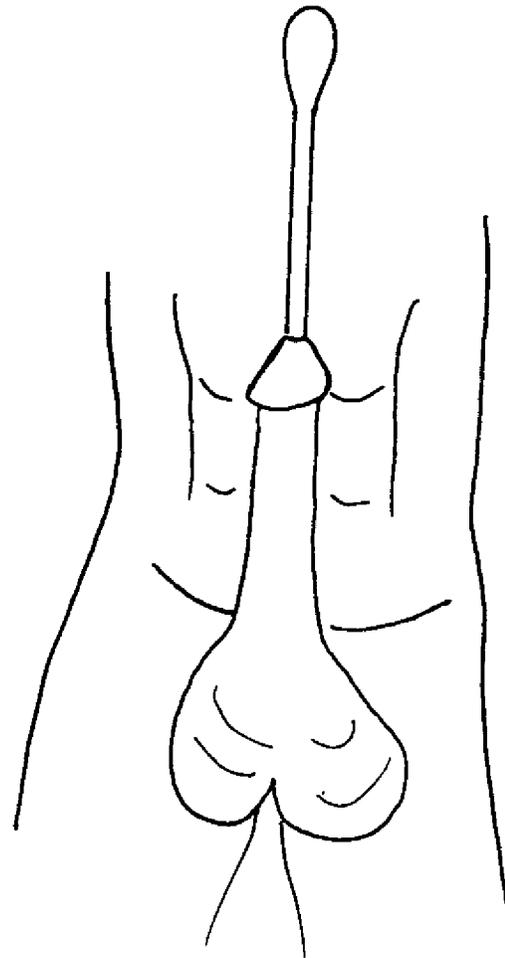


Figure 225

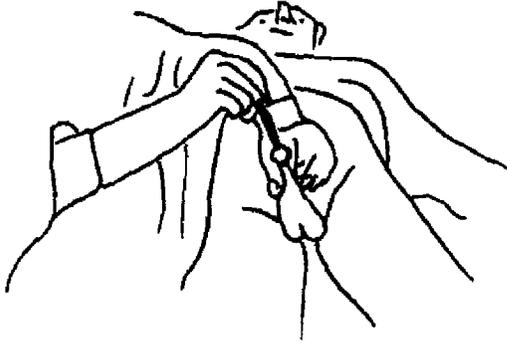


Figura 226

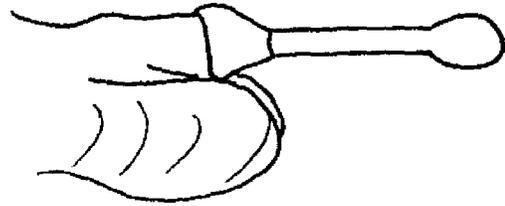


Figura 227

4

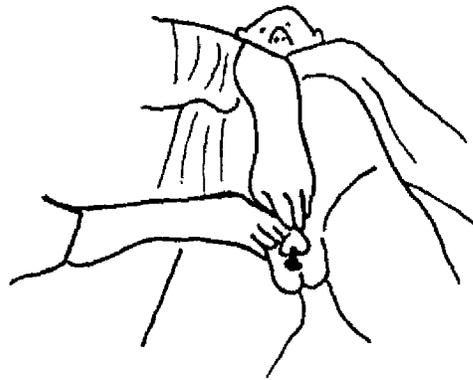


Figura 228

Circuncisión

Definición

Excisión quirúrgica del prepucio.

Indicación

Fimosis : constricción del anillo prepucial que impide la salida del glande, ya sea congénito o secundario a infecciones repetidas, impidiendo la salida normal de la orina.

Material

Caja de cirugía menor.
Compresa estéril con vaselina.

Anestesia

Local con *xilocalina* 1 %, mediante infiltración subcutánea circular en la base del pene.

Técnica

- Separar el prepucio del glande y liberar las adherencias balanoprepuciales con una sonda acanalada y desinfectar con *polividona yodada*.
- Sujetar el prepucio con dos pinzas dentadas y tirar de él hacia arriba (Figura 229).
- Aplastar el prepucio con las pinzas Kocher colocadas oblicuamente, paralelas al plano mayor del glande (dorsal), asegurándose de estar por encima del meato.
- Seccionar con el bisturí, rodeando la parte inferior de las pinzas de Kocher.
- Retomar la mucosa con las dos pinzas dentadas que el ayudante siempre mantendrá hacia arriba (Figura 230).
- Hemostasia de los vasos menores de la mucosa con hilo de reabsorción lenta 3/0.
- A continuación, escindir la mucosa mediante las tijeras en toda la circunferencia que rodea el glande, dejando únicamente un pequeño collarete mucoso (Figuras 231, 232 y 233).
- Hemostasia de la arteria del frenillo (Figura 234).

- Sutura en forma de circunferencia mediante puntos separados mucocutáneos con hilo reabsorbible 3/0 (Figura 235).
En el transcurso de esta sutura, dejar 4 hilos largos en los 4 puntos cardinales que permitirán atar una compresa estéril con vaselina alrededor de la herida (Figura 236).
- Prevenir al paciente que los hilos y el apósito caerán solos y que un ligero edema es inevitable.

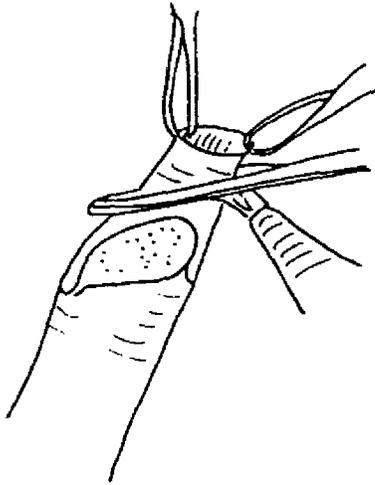


Figura 229

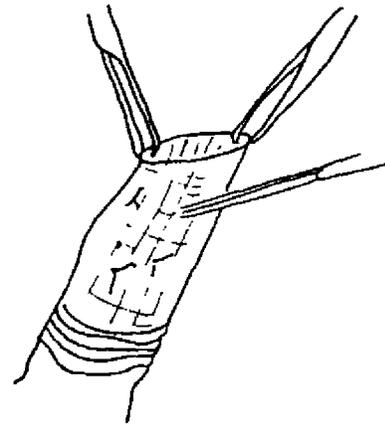


Figura 230

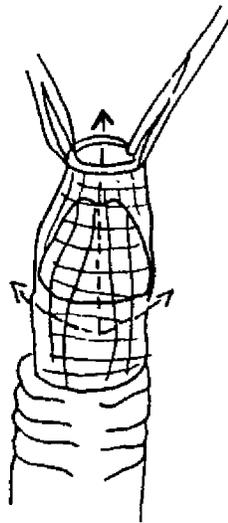


Figura 231

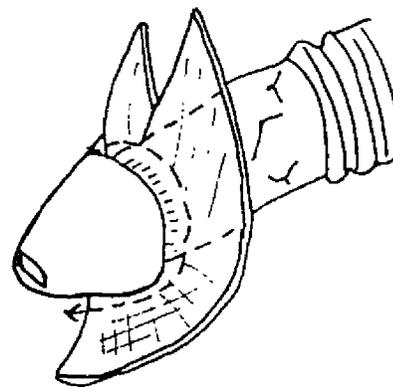


Figura 232

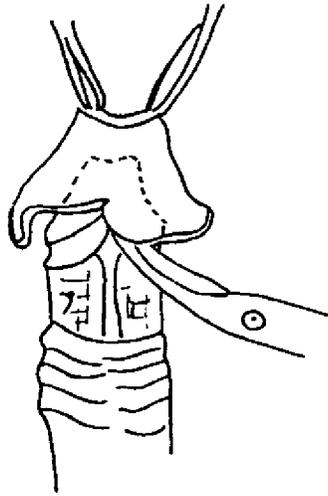


Figura 233

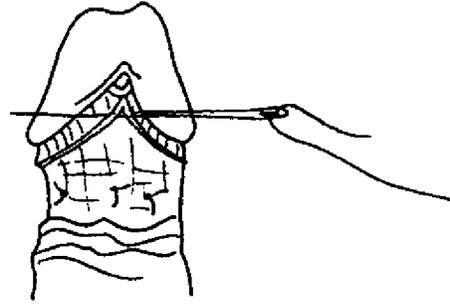


Figura 234

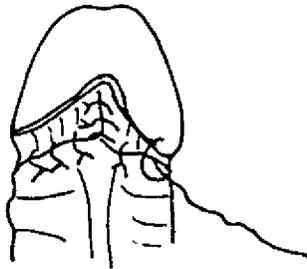


Figura 235

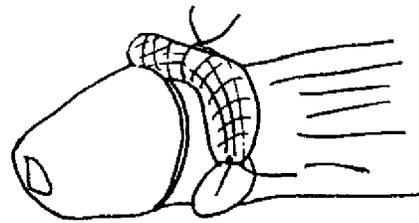


Figura 236