

Cistoplastia de ampliación*

Cistoplasty of enlargement

Dr. Gustavo Garrido

Resumen: En esta técnica quirúrgica luego de haber liberado la vejiga del peritoneo se realiza un corte longitudinal sobre la misma hasta la barra intermeatal sin comprometerla. Se cateterizan ambos uréteres, que saldrán posteriormente por contraberturas en la pared intestinal y luego hacia piel. Para la ampliación se utiliza 20 cm de sigmoides, el cual se debutulariza en primera instancia para luego darle forma de U, y así suturar a la vejiga, manteniendo la forma de esferoide de la misma. Se deja talla vesical por contrabertura del detrusor.

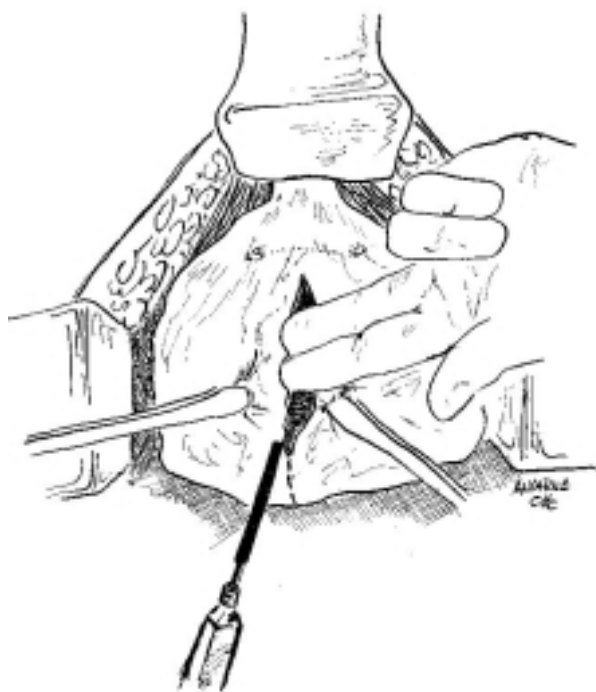


Figura 1a. Una vez liberada la vejiga se realiza un corte longitudinal, desde el cuello vesical, en su porción anterior, hasta la barra intermeatal por detrás.



Figura 1b. Con la vejiga abierta se cateterizan ambos uréteres.

* Fe de erratas: Se vuelve a publicar este trabajo por errores involuntarios en Revista Argentina de Urología, Vol. 69, Nº 1, 2003.



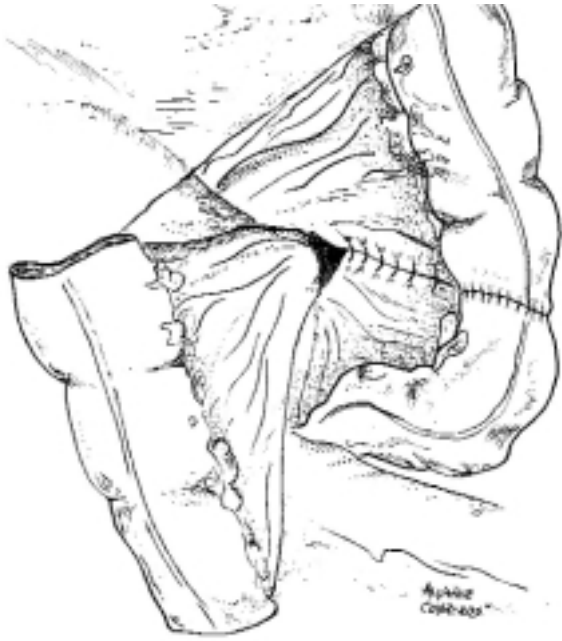


Figura 2. Se aísla un segmento intestinal (en este caso se muestran 20 cm de sigmoides). Se realiza una anastomosis entero-entérica término-terminal y se cierra la brecha en el meso producida por la pediculización del segmento aislado.

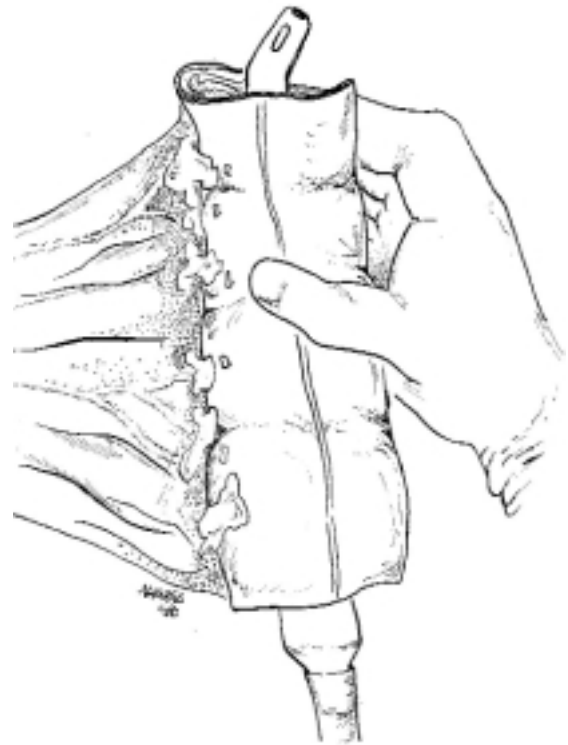


Figura 3. Previo lavado del segmento intestinal con solución de yodopovidona, se introduce la cánula de aspiración como guía.



Figura 4. Sobre la cánula se realiza la detubularización del segmento intestinal mediante la sección por su borde antimesentérico.

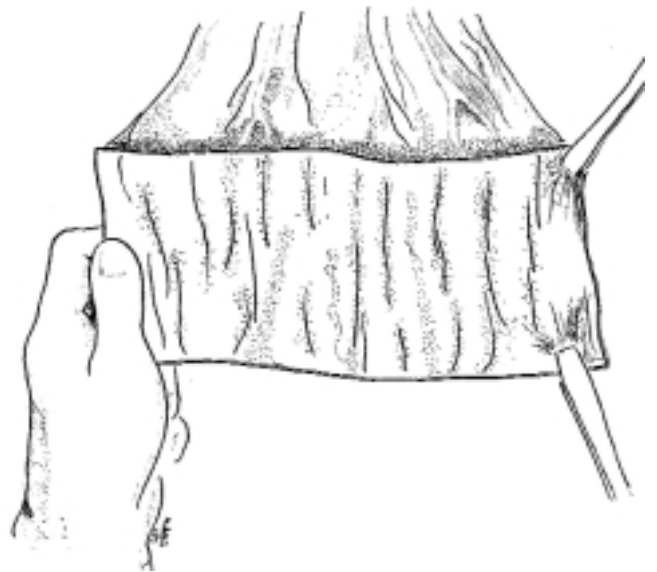


Figura 5. Se toma la plancha intestinal.

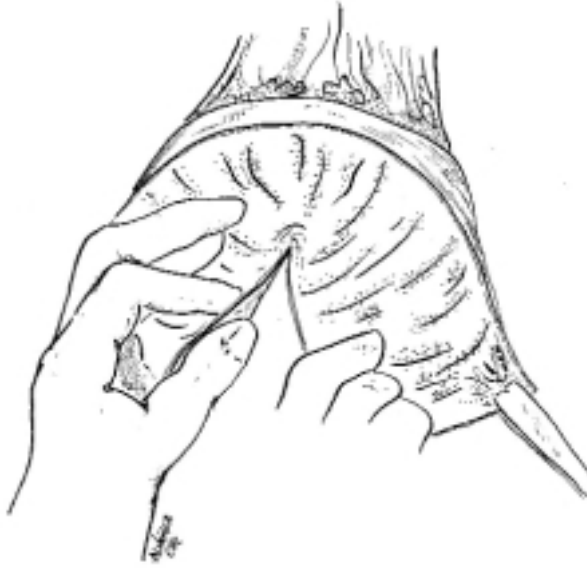


Figura 6. Se le da forma de U.



Figura 7. Uniéndola con sutura de polipropileno 2-0.

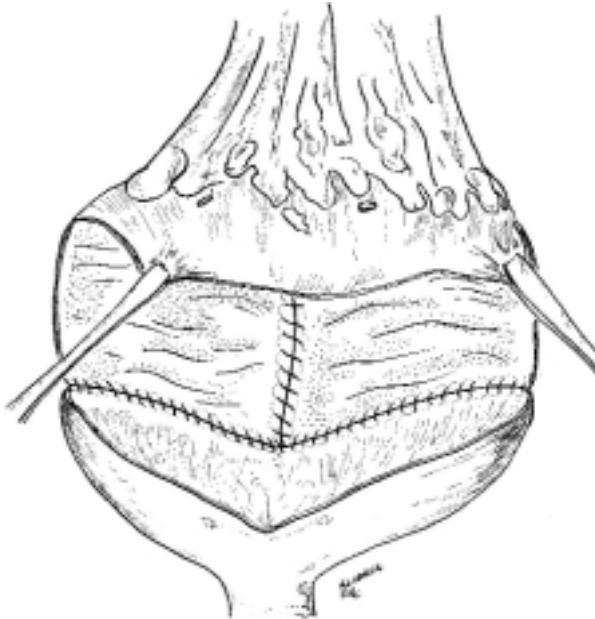


Figura 8. Luego se continúa con la unión del segmento intestinal a la vejiga con sutura continua de polipropileno 2-0 buscando mantener la forma de esferoide.

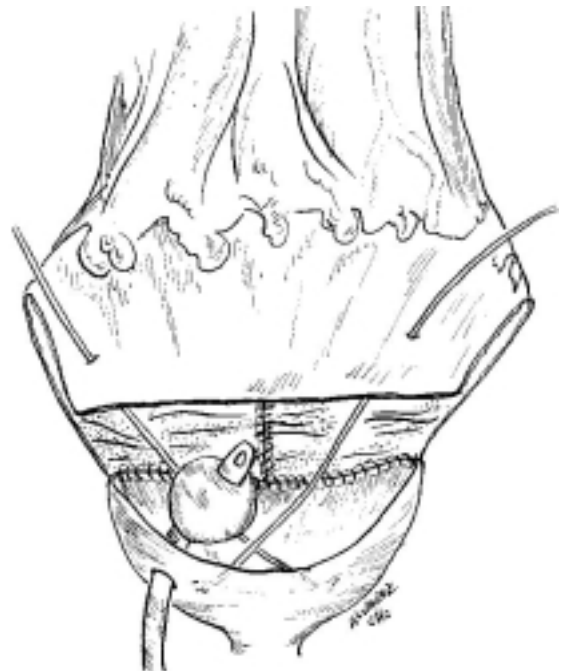


Figura 9. Se mantienen los catéteres ureterales que salen por sondas contraberturas en el segmento intestinal y se deja una sonda Foley 18 Fr a modo de talla vesical, pero en este caso se recomienda hacer la contrabertura por el detrusor, ya que tendría un cierre más rápido del orificio una vez extraído el catéter, evitando la formación de fístulas enterocisto-cutáneas.



Figura 10. Se observa la conformación final de la cistoplastia de ampliación.