

Técnica de colocación del Esfínter Urinario Artificial (EUA) en el cuello vesical

Technique of location of Artificial Urinary Sphincter in the bladder neck

Dr. José R. Castera

Resumen: Como es bien sabido, el EUA puede ser colocado en la uretra bulbar o en el cuello vesical. Esta última ubicación se utiliza en mujeres y en niños varones que aún no tienen desarrollo prostático.

Para prevenir la infección protésica tomamos las siguientes medidas: Cefalosporinas de 3º generación 1 hora antes del procedimiento, lavado de la zona operatoria durante 5' con jabón de lodopovidona, utilización de campos plásticos, transparentes y autoadhesivos (*Steril-Drape*); instilación reiterada de una solución antibiótica en la zona operatoria y mantenimiento de la limpieza en los guantes (sobre todo al manejar los elementos protésicos). En lo posible, tratamos de no dejar ningún drenaje.

La disección del cuello vesical es el paso quirúrgico más delicado puesto que existen posibilidades de lesionar la uretra, vagina o recto. Existen varias estrategias para evitar estas lesiones: abrir la vejiga para observar el pasaje de la pinza de *Harrington* de rama larga (doble utilidad) por la cara posterior del cuello, realizar una endoscopia intraoperatoria, colocar un dedo en la vagina o el recto, disecar la cara posterior de la vejiga hasta llegar al cuello, etc. Nosotros comenzamos la disección con vejiga cerrada y, de existir alguna dificultad para el pasaje de la "doble utilidad", no dudamos en abrir la vejiga. Si se produjera alguna lesión en la uretra, la misma puede repararse y proseguir con la cirugía, siempre y cuando la lesión no sea muy extensa.

La vagina debe ser preparada con lavados de lodopovidona en el caso de mujeres adultas, de forma tal que, si se produjera alguna lesión, ésta pueda repararse y proseguir con la cirugía. En las niñas, a las que no podemos realizarle preparación vaginal, una lesión de la misma nos imposibilita de colocar el EUA.

El llenado del sistema protésico debe realizarse con meticulosidad para evitar, sobre todo, la presencia de aire en su interior, lo que puede producir dificultades en el pasaje del líquido. El líquido utilizado es contraste yodado con la dilución que corresponda para ser isotónico con el plasma (existen listas de varios productos con sus correspondientes diluciones) o en su defecto: solución fisiológica. El balón se llena con 22 cc de líquido. La bomba es purgada colocando sus tubos conectores bajo líquido y ejerciendo presión digital sobre la misma las veces que sean necesarias para eliminar las burbujas. Al manguito ocluser se le extrae todo el aire de su interior instilando una pequeña cantidad de líquido y aspirando el aire; luego se la vacía y se clampean sus tubos. Todos los tubos conectores deben ser clameados utilizando pinzas protegidas con silastic o PVC.

Al terminar la operación el EUA queda desactivado y abierto y se lo activa recién después de los 45 días. El paciente queda con sonda vesical de 3 a 7 días, dependiendo de la apertura o no de vejiga y de las posibles lesiones uretrales.

Hospital de Niños
Dr. Ricardo Gutiérrez,
Buenos Aires, Argentina



Figura 1. *Dissección del cuello vesical con apertura de la fascia endopélvica.*



Figura 2. *Liberación de la cara posterior del cuello vesical. La apertura vesical permite visualizar la correcta ubicación del esfínter artificial, distal al trigono sobre el cuello.*

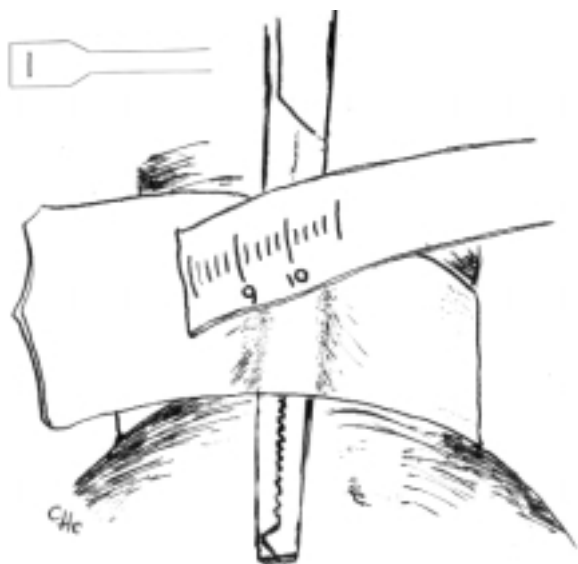


Figura 3. Medición del cuello vesical.

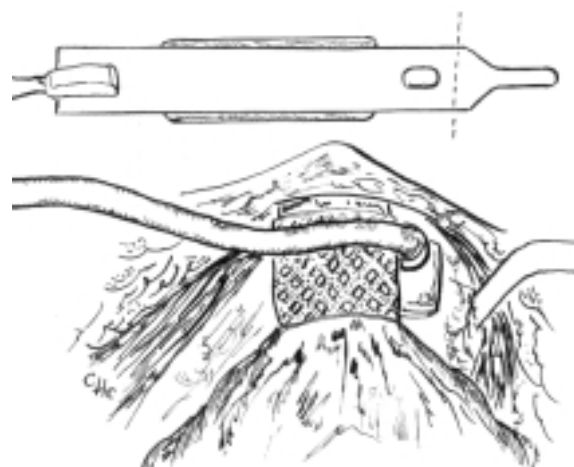


Figura 4. Manguito ocluidor en cuello vesical (la traba de seguridad evita los puntos de fijación)



Figura 5. Colocación del balón en el laterovesical, con puntos de Vycril se intenta evitar la movilización del mismo.

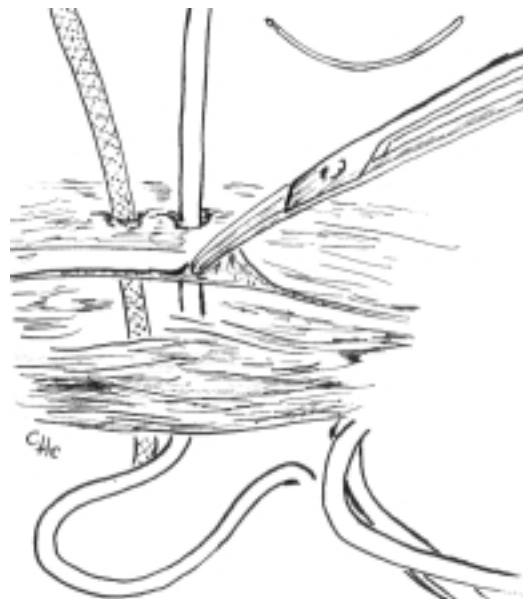


Figura 6. Pasaje de tubos conectores a través de la aponeurosis utilizando pasadores curvos para realizar la conexión a nivel subcutáneo.

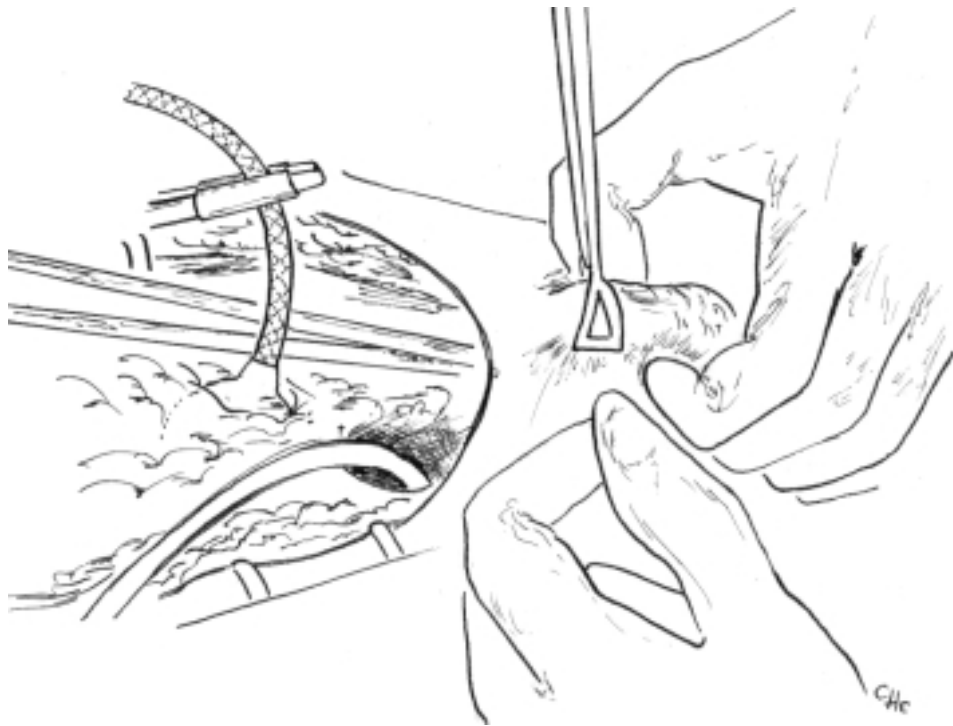


Figura 7. Posterior a la dilatación del trayecto subcutáneo con bujías (en este caso hacia escroto, en mujeres hacia labio mayor), se coloca la bomba de control.



Figura 8. Instante previo a la conexión del sistema evitando la presencia de aire en el mismo.

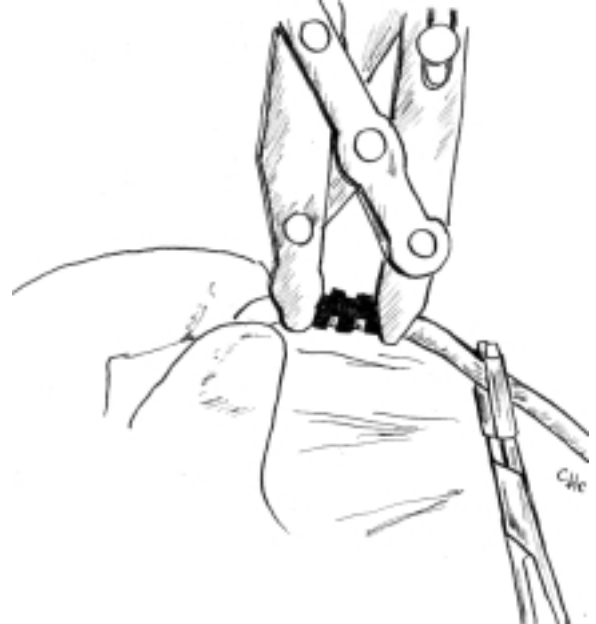


Figura 9. Conexión de tubos mediante conectores rápidos (puede eventualmente realizarse con suturas no reabsorbibles).

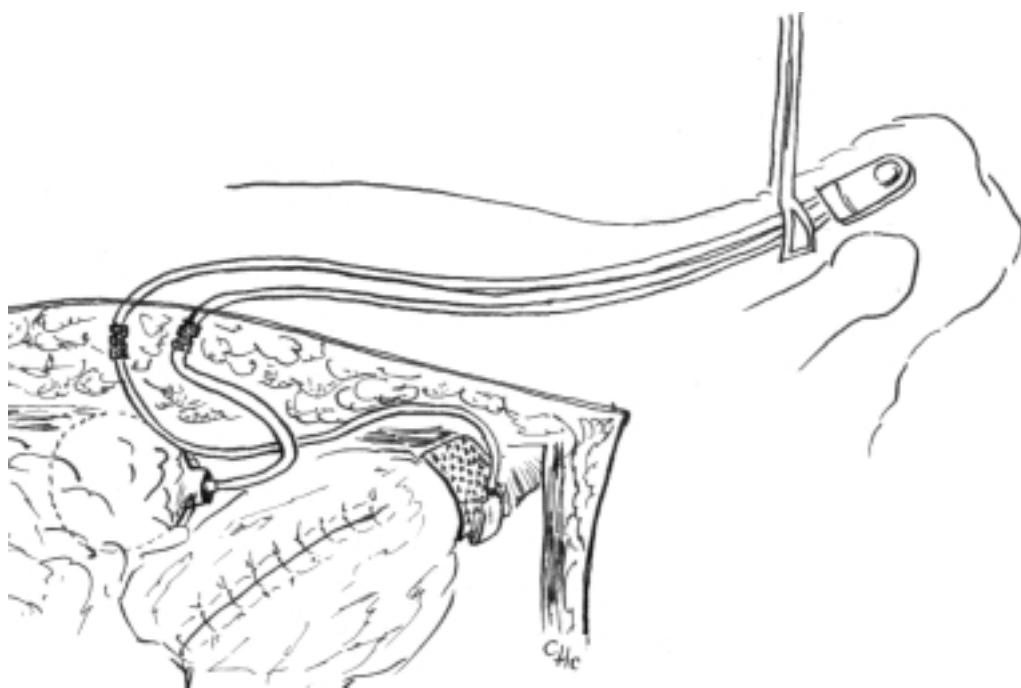


Figura 10. *Vista final del sistema con todos los conectores.*