

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XVII

ENERO - JUNIO 1948

Número 1-6

LEVANTAMIENTO DEL CUELLO VESICAL POR VIA VAGINAL EN LAS INCONTINENCIAS ORTOSTATICAS

Por el Prof. GEORGES MARION

Desde 1912 empleo para remediar las incontinencias ortostáticas de las mujeres un procedimiento que describí impropriadamente bajo el nombre de "Refacción del cuello vesical". Aplicado por mí y por aquellos que me lo han visto practicar, da resultados constantes, siendo por otra parte de una facilidad extrema y de una benignidad absoluta, pero, entre las manos de los que no lo han visto jamás ejecutar, da resultados inconstantes, porque probablemente engañados por el nombre de "Refacción del cuello vesical" se limitan a actuar sobre la musculatura cérvico-uretral. En realidad el procedimiento debería ser llamado "Levantamiento del cuello vesical por vía vaginal". En sus efectos corresponde al procedimiento de Gabel-Stockeel, infinitamente más complicado o al procedimiento igualmente más complicado de Perrin de Lyon. De manera que me permito volver sobre este procedimiento insistiendo sobre los puntos que parecen ser los más importantes.

Antes que todo, ¿en qué casos se emplea este procedimiento? Puede ser practicado en todas las mujeres que a consecuencia de partos o de intervenciones sobre la matriz pierden sus orinas a causa de cualquier esfuerzo efectuado al

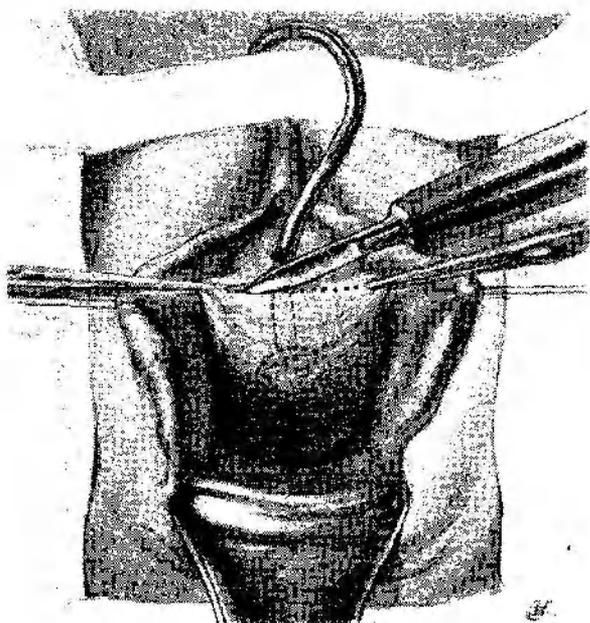


Figura 1
Valva de Wainwright. Sonda de Penrose. Hilos de sutura sobre los grandes
labios. Inclinación hacia el lado izquierdo por debilidad del miembro
derecho.



Figura 2
Después de haber comenzado el descolamiento por disección se lo
continúa a dedo.

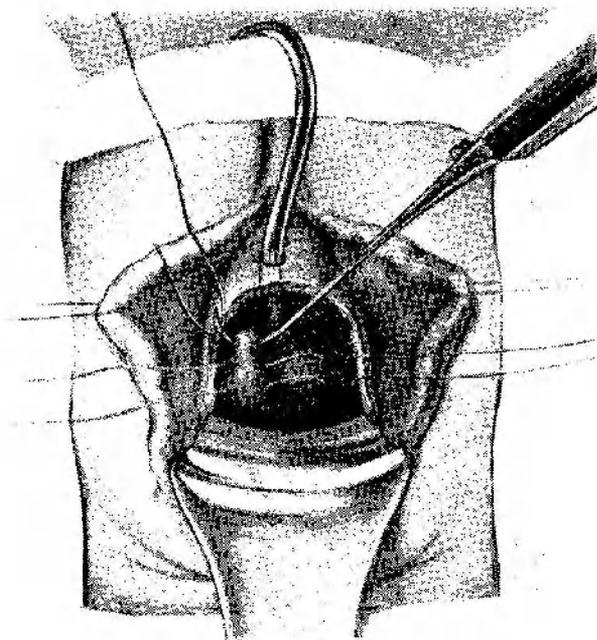


Figura 3
Valiendose de la aguja de Jabouin, se toman ampliamente los tejidos sobre los costados del cuello vesical reparado por la sonda de de Pezzer.

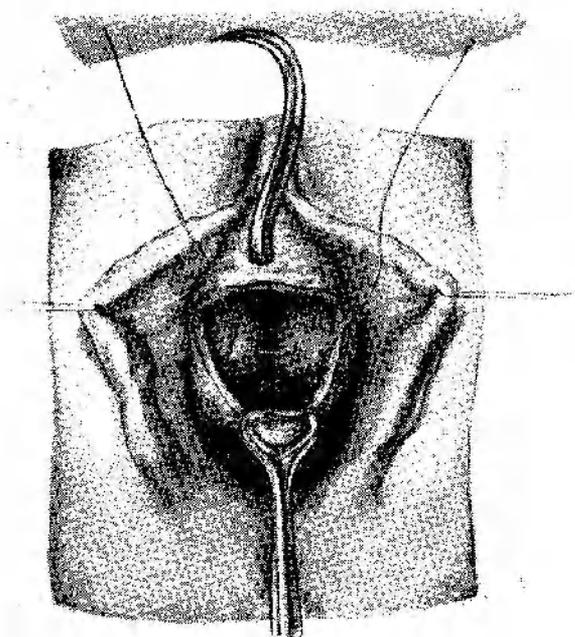


Figura 4
Los tejidos laterocervicales aproximados levantan el cuello vesical.

estar de pie, y luego simplemente por la posición ortostática. Jamás estas mujeres pierden sus orinas estando sentadas o acostadas.

Muy a menudo esta incontinencia se acompaña de un pro-lapso genital más o menos pronunciado. Es entonces lógico corregir este pro-lapso. Pero la reparación no trae más que rara vez la desaparición de la incontinencia. Para saber si la corrección del prolapso hará desaparecer o no la incontinencia es sufi-

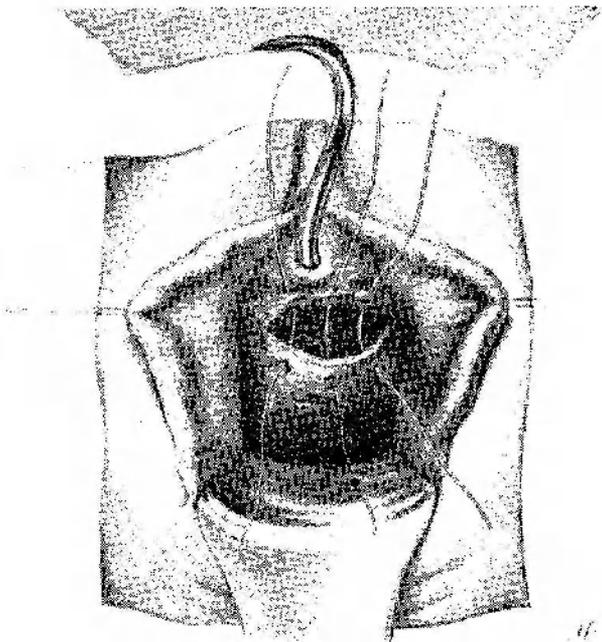


Figura 5
Sutura de la vagina.

ciente hacer llevar a la enferma un pesario apropiado. Si el pesario hace desaparecer la incontinencia, es suficiente la corrección del prolapso para curar a la enferma. Pero si el uso del pesario no da resultado respecto a la incontinencia, la desaparición del prolapso no modificará en nada a la misma, lo que es la regla. Habrá entonces que actuar sobre el cuello vesical.

Por el contrario, en las incontinencias, prolongación de la incontinencia infantil; en las incontinencias nerviosas, en las cuales las pérdidas de orina son independientes de las posiciones, la operación no dará ningún resultado.

La operación será conducida de la siguiente manera: la enferma colocada en posición ginecológica un poco invertida, se comenzará a exponer bien la región: de una parte poniendo sobre la pared posterior de la vagina, una valva ancha pero corta, por otra parte, pasando por los grandes labios hilos de catgut que una pinza fijará a las compresas, de manera de mantenerlos bien separados.

Una sonda de Petzzer, N° 18, será introducida en la vejiga y su capuchón se retirará hasta el cuello. El capuchón de la sonda indicará la situación del cuello.

1° *Incisión de la pared vaginal.* Transversal a 5 mil. del meato urinario. La incisión será prolongada a ambos lados hasta los pequeños labios.

2° *Separación de la pared vaginal de la uretra y de la vejiga.* Con bisturí primero y luego con los dedos se separará la pared vaginal de la uretra que repara la sonda puesta en su interior. Hay que practicar la separación respetando lo más posible los tejidos ureterales. Por lo demás el plano de clivaje se encuentra en contacto mismo de la vagina. La separación será llevada hacia atrás hasta que se palpe la prominencia, poniendo al descubierto la pared inferior de la vejiga. Una vez terminada la separación se movilizará el cuello vesical reparado por la sonda, levantándolo.

3° *Sutura de los tejidos pericervicales.* La valva precedentemente puesta sobre la pared posterior de la vagina será colocada en el decolamiento a fin de exponer bien la región uretral, cervical y vesical. Mediante una aguja de Reverdin curva, se cargará de cada costado del cuello vesical los tejidos músculo-fibrosos que se encuentren. Si se tiene una aguja de Jalaguier, la maniobra del pasaje de los hilos será facilitada. (La aguja de Jalaguier tiene su extremidad corta, curva, pero el tallo de la aguja mismo es recto.) Las agujas a pedal no son utilizables. Se pasará un hilo primeramente de un costado y luego de otro. La toma de tejidos debe ser bastante profunda. El hilo más posterior será colocado por detrás del horizontal que pasa por la prominencia del pabellón de la sonda de Pezzer. Tres hilos serán así colocados de adelante hacia atrás. Los hilos empleados deberán ser hilos de lino. Una vez hecha esta sutura y levantado el cuello por acercamiento de los tejidos que lo rodean y si se ve que es posible el adosamiento de los elevadores del ano, constrictorse de la vulva u otros músculos, se los adosará por debajo del plano precedente.

4° *Sutura de la incisión vaginal.* Con crin de Florencia. Cuidados conse-

cutivos. La vagina será bien taponada con gasa iodotormada. El taponaje será retirado al sexto día y se le hará mover el vientre a la enferma el mismo día. Se retirará la sonda a los quince días. A menudo, al retirar la sonda la enferma no puede orinar; se la sondará por medio de una sonda de Nélaton. La micción reaparecerá al cabo de seis días a tres semanas. La enferma se levantará a los 21 días.