

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS



7° SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

30/JUNIO/2020



LITOTRICIA EXTRACORPÓREA

La litotricia es un procedimiento médico que utiliza ondas de choque para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o el uréter (el conducto que lleva la orina de los riñones a la vejiga).

Después del procedimiento, los diminutos pedazos de los cálculos salen del cuerpo a través de la orina.

El 95% de los cálculos situados en el uréter se expulsan espontáneamente en 3 ó 4 semanas, dependiendo de su tamaño y posición. Cualquier cálculo no expulsado en 2 meses requiere actuación terapéutica.

Actualmente, entre el 90 y el 95% de los cálculos pueden eliminarse mediante procedimientos poco agresivos, como la litotricia extracorpórea por ondas de choque, que consiste en romper los cálculos en pequeños fragmentos que se pueden expulsar más fácilmente.

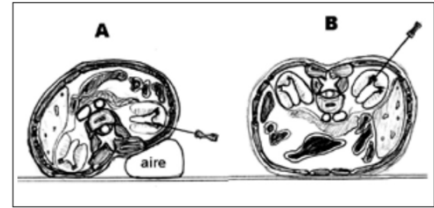
Se usan radiografías o ecografías para ubicar el cálculo. Se colocan el cuerpo en una posición para actuar directamente sobre el cálculo. Se envían ondas de choque a los cálculos hasta que quedan destruidos. Se los descompone en fragmentos tan pequeños como granos de arena.

La colocación de un catéter ureteral del 6 ó 7 ch en la pelvis renal, previo a la NLP, es una maniobra sencilla en la que se emplean escasos minutos y que sólo aporta ventajas. Si la punción percutánea es ecodirigida no es imprescindible.

Las ventajas del cateterismo ureteral previo utilizado desde los mismos comienzos de la técnica son los siguientes:

- Ayuda en la punción percutánea distendiendo la vía al irrigarla con solución fisiológica mezclada con contraste yodado lo cual nos permite además ver con exactitud el sitio de punción.
- Durante la NLP sirve en parte de drenaje ayudando a mantener bajas presiones e impide la migración de fragmentos litiásicos al uréter.

- En el postoperatorio inmediato ayuda al drenaje de la vía en caso de obstrucción de la nefrostomía o por pérdida accidental de la misma.



El decúbito prono fue la posición adoptada desde un principio. La colocación de un rodillo transversal a la altura del epigastrio con objeto de hacer descender el riñón para facilitar la punción subcostal es otro truco utilizado desde el inicio de la técnica.

La punción ecodirigida es igual de sencilla que en el decúbito prono, controlándose perfectamente las estructuras interpuestas entre piel y riñón.

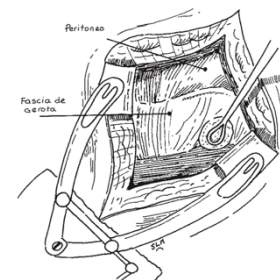
- Puede ser desconcertante, en las primeras punciones, la dirección que se debe aplicar a la aguja ya que de pinchar de arriba abajo con un ángulo de 45º en el decúbito prono se pasa a dirigir la aguja discretamente hacia arriba durante la punción en esta posición.

- La única desventaja que se encuentra es que el riñón puede quedar superpuesto a la columna vertebral y se desplaza hacia la línea media durante la dilatación del trayecto, lo que dificulta el control fluoroscópico.

NEFRECTOMIA

La nefrectomía es el procedimiento quirúrgico para extirpar el riñón. Si sólo se reseca una parte del órgano, se denomina nefrectomía parcial.

Cuando se extrae el riñón y los tejidos que le rodean incluyendo la glándula suprarrenal, se denomina nefrectomía radical.



Incisión cutánea con bisturí de hoja.

- Apertura de subcutáneo con bisturí

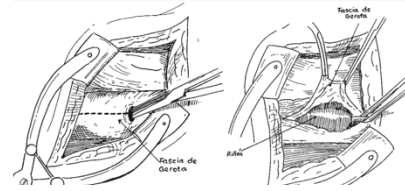
eléctrico.

- Apertura de la fascia del músculo oblicuo externo y sección del mismo.

- Apertura de la fascia del oblicuo interno con sección del mismo y del músculo transversal hasta alcanzar el espacio retroperitoneal.

- Dissección digital o con torunda de la reflexión peritoneal hacia la línea media.

- Se desplaza la fascia de Gerota con instrumento romo hacia la línea media hasta visualizar el músculo psoas



Drenaje en lecho, que se fija con punto de seda (SEDA®) de 2/0.

- Se cierra en dos planos musculares con puntos interrumpidos reabsorbibles del 2 de ác. poliglicólico (DEXON®).

- Se cierra el plano subcutáneo con puntos del mismo material del número 2/0 ó 3/0.

- Aproximación de los bordes de la piel con agrafes.

Complicaciones:

- Hemorragia postoperatoria: La inestabilidad hemodinámica del paciente puede requerir la revisión quirúrgica. La hemorragia puede tener su origen en la arteria o vena renal, aorta o cava o algún vaso espasmodizado durante la cirugía

- Íleo secundario: Se debe reiniciar la tolerancia cuando el paciente recupere la peristalsis.

RESECCIÓN TRANSURETERAL PROSTATICA

La hiperplasia benigna de próstata es una patología que afecta al 50% de los varones en edad superior a los 50 años y al 70% a los 60 años; representa el 50% de las consultas urológicas y el 35% de la cirugía de dicha especialidad. La cirugía endoscópica ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la hiperplasia prostática al permitir la resección de la misma a través del conducto urinario con visión directa de la uretra, próstata y vejiga.

Es la técnica de RTU más avanzada. La energía eléctrica convierte el suero salino en una nube de plasma con un campo de partículas ionizadas que permiten un "corte y sellado" preciso, acortando el tiempo de intervención casi a la mitad comparado con la RTU clásica.

Procedimientos transuretrales (non – laser)

- Resección transuretral de próstata (RTUp) - Resección bipolar transuretral de próstata.

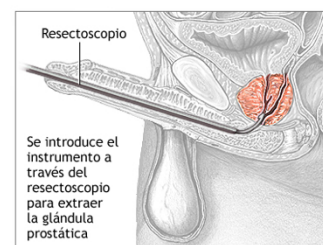
- Cervicotomía

- Vaporización prostática

Consiste en una extirpación del tejido adenomatoso mediante su resección endouretral.

Las dos técnicas más utilizadas son la descrita por Nesbit en 1943 y la ideada por Barnes.

La morbilidad y complicaciones son similares a las acontecidas con la adenomectomía.



ADAM

CERVICOTOMIA

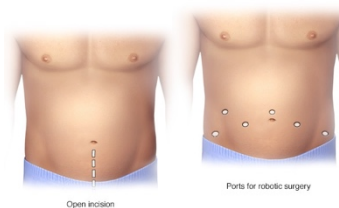
Consiste en la realización de una incisión prostática.

-Las indicaciones fundamentales, sin existir criterios absolutos, incluyen pacientes jóvenes, para preservar la eyaculación anterógrada, con adenomas de pequeño tamaño y sin prominencia del lóbulo medio.

-El sangrado y el tiempo quirúrgico son menores que con la adenomectomía y la RTUP, así como la incidencia de eyaculación retrógrada.

PROSTATECTOMIA ABIERTA

Cirugía para extirpar toda la glándula prostática o una parte de esta a través de una incisión en el abdomen inferior o el perineo (área entre el ano y el escroto). La prostatectomía abierta se realiza para extirpar una próstata agrandada por hiperplasia prostática benigna (HPB) o como tratamiento para un cáncer de próstata.

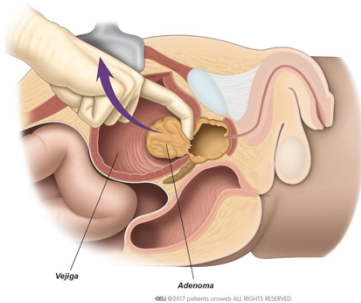


© 2010 FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Se realiza habitualmente bajo anestesia general o locorregional, a través de una incisión en el abdomen por encima del pubis. Durante la intervención se pierde con

frecuencia sangre que es necesario reponer con transfusión. Es necesario dejar una sonda vesical y un tubo de drenaje, que serán retirados en el postoperatorio.

Esta intervención es de riesgo moderado, aumentado cuando el paciente, además de edad avanzada, tiene problemas respiratorios, cardíacos, etc. En estos casos la mortalidad puede estar alrededor de un 5%.



La RTUP es particularmente efectiva para eliminar los síntomas del agrandamiento de próstata, aunque algunas fuentes han informado que a los 10 años, cerca del 20% de las personas requiere otra cirugía para extraer tejido prostático adicional.

La ITUP ha sido efectiva para aliviar los síntomas de la hiperplasia prostática benigna (HPB) en personas con una glándula prostática relativamente pequeña.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.ecured.cu/Prostatectomia>

<https://www.academia.cat/files/425-11007-DOCUMENT/Vargas1920Oct16.pdf>

<https://www.clinicasagradafamilia.com/es/tratamientos/reseccion-transuretral-de-prostata-rtu>

<https://patients.uroweb.org/es/cancer-de-rinon/cancer-de-rinon-localizado/nefrectomia-parcial/>

<https://www.bostonscientific.com/content/gwc/es-MX/health-conditions/calculos-renales/treatment-options/shockwave-lithotripsy.html>