

10-1-2021

# Rtup y prostatectomía

Clínicas quirúrgicas complementarias

Dr. Alfredo López López

Medicina humana

Séptimo semestre

Cuarto parcial

## **RESECCIÓN TRANSURETRAL**

La resección transuretral de próstata (RTUP) es el tratamiento estándar de los síntomas del tracto urinario inferior, (STIU) secundarios a obstrucción por crecimiento prostático benigno.

### **Indicaciones**

#### **Indicaciones absolutas**

- RAO refractaria a tratamiento médico.
- Incontinencia por rebosamiento.
- ITU recurrentes.
- Litiasis vesical, divertículos.
- Hematuria macroscópica /HBP-APB resistente a tto 5ARI.
- Dilatación tramo urinario superior +/- insuficiencia renal.

#### **Indicaciones relativas**

- Falta de respuesta a tratamiento médico.
- Intolerancia a tratamiento médico.
- Elección del paciente.

### **Técnica**

Con la introducción del resector, bajo el control visual con la óptica foroblicua, el cirujano primeramente inspecciona la uretra anterior y luego reconoce importantes referencias anatómicas: el esfínter externo, el verumontano, el cuello vesical y los meatos ureterales; visualiza toda la superficie de las paredes vesicales y si es necesario con ópticas de diferente ángulo. Calculará mentalmente el volumen a reseñar.

Primer tiempo: Consiste en la resección de la totalidad del lóbulo medio. Se traza el primer corte a la hora 6 desde el cuello hasta la proximidad del vero, repitiendo sucesivos cortes hacia la derecha e izquierda entre las horas 5 y 7.

La profundidad de la resección dependerá del tipo y espesor del lóbulo, hasta descubrir las fibras longitudinales del cuello y la cápsula.

Segundo tiempo: Se comienza con el lóbulo de mayor volumen, trazándose un surco entre las horas 1 y 3 u 11 y 15 de acuerdo con el lado elegido. El lóbulo sin su sostén inferior, aportado por el lóbulo medio y desprendido ahora de su sostén superior, cae hacia la línea media, facilitando su resección, que incluye la correspondiente zona apical.

Tercer tiempo: Se procede de la misma forma, con el lóbulo lateral restante.

Cuarto tiempo: Entre las horas 11 y 1 se extiende la zona anterior. Los minutos finales se emplearán en regularizar las paredes tonelizadas de la lodge prostática y en revisar minuciosamente la hemostasia.

Una vez evacuados los trozos de tejido depositados en el fondo vesical, se procede al llenado de la vejiga con líquido de irrigación, observándose, al retirar el endoscopio y por la presión manual suprapúbica, la calidad del chorro que espontáneamente sale por la uretra. El aspecto del chorro es directamente proporcional a la desobstrucción lograda.

Se coloca una sonda Foley de triple vía, calibre 22 o 24 Fr con mandril, para evitar traumatismos, especialmente sobre el labio posterior del cuello. El balón es inflado dentro de la cavidad vesical. El lavado continuo con solución fisiológica se mantiene durante las primeras 6 a 12 horas, de acuerdo con las necesidades.

### **Contraindicaciones**

- Estrechez uretral.
- Infección uretral.
- Próstatas muy grandes y sangrantes.
- Litiasis vesical.
- Imposibilidad de la posición de litotomía

### **PROSTATECTOMÍA**

Se acomoda al paciente sobre la mesa de cirugía en decúbito supino, bajo anestesia regional ó general, se rasura el área inferior del abdomen y se procede a un lavado quirúrgico del área por intervenir según las normas de asepsia y antisepsia de la institución.

Se realiza cateterismo uretral retrógrado con sonda Foley 18fr insuflando el balón de la sonda con 20cc de agua, se colocan campos quirúrgicos que incluyen desde el área umbilical hasta la base del pene, en la unión penoescrotal, incluyendo en el campo quirúrgico la sonda uretral. Se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical y se disecan los planos hasta llegar al espacio prevesical, el cual se desarrolla rechazando el reflejo peritoneal hacia cefálico. Se realiza hemostasia de los pequeños vasos sangrantes hasta el momento. Se coloca un separador abdominal y se procede con el procedimiento quirúrgico.

Se coloca un punto de catgut cromado 0 sobre la unión prostatovesical en el retorno de la circulación vesical a la cara anterior de la próstata. Se diseca el espacio retropúbico de grasa periprostática hasta identificar adecuadamente la fascia endopélvica y los vasos dorsales del pene. Se procede a electrocoagulación del complejo venoso dorsal del pene con pinzas de Ligasure (sistema de sellado vascular de corriente de alta intensidad y bajo voltaje con presión) hasta que la hemostasia se haga satisfactoria.

Se incide el espacio prostatovesical distal al área donde se colocó el punto de retorno, y se disecciona de forma cortante la base de la próstata preservando el cuello vesical siempre que sea posible. Al llegar a la porción anterior del cuello vesical, este se incide en su porción más distal hasta evidenciar el catéter, se retira el clamp del mismo y se desocupa el balón, extrayendo por la incisión del cuello la punta de la sonda. Se completa la disección del cuello en su porción posterior y se disecciona la base de la próstata, disecando los conductos eyaculadores, seccionándolos y disecando a su vez la vesícula seminal de cada lado. Se continúa la disección hasta la fascia de Denonvillier, hasta encontrar el plano formado durante la disección retrógrada.

Finalmente, se disecan los pedículos prostáticos, se pinzan, cortan y ligan con seda doble 0, preservando los haces neurovasculares que se dirigen hacia el pene y el esfínter. Se extrae la pieza quirúrgica, se revisa la misma en busca de segmentos faltantes, que se resecan si son identificados. La anatomía macroscópica de la glándula hacia el ápex suele verse conservada.

Se realiza una anastomosis uretrovesical ferulizada por un catéter de Nelaton 18fr, el cual es reemplazado por la sonda que se usará de forma definitiva una vez se han puesto los cuatro puntos uretrales de Vicryl 3/0, y antes de colocar los puntos sobre el cuello vesical. Se evierten los bordes del cuello para exponer la mucosa vesical antes de afrontarlos. Se introduce la sonda en la vejiga y se insufla el balón, nuevamente con 20 cc de agua. Se anudan los puntos para aproximar los tejidos. Se deja un dren de Penrose perianastomótico de rutina, o un dren activo de presión negativa (hemovac) si se realizó linfadenectomía, ambos por contrabertura. Se fijan los drenes y se cierran los planos hasta la piel.