



Medicina humana

Clínicas quirúrgicas
complementarias

‘Urología’

4to

Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Urología

Resección transuretral de próstata

Preparación preoperatoria y posición del paciente

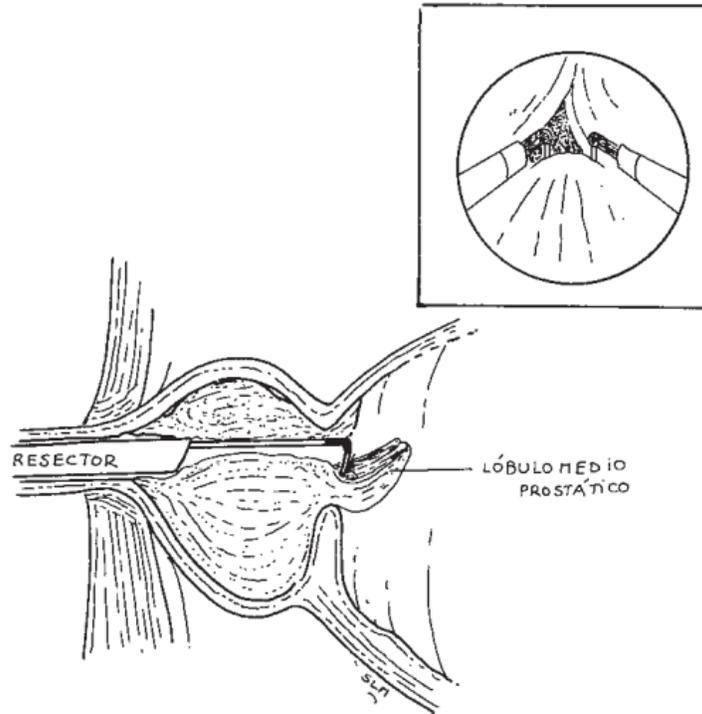
- Profilaxis antimicrobiana: Tobramicina (TOBRADISTIN) 100 mg im seguidos de otra dosis a las 8 h. En caso de IRC se cambia la Tobramicina por Ceftriaxona (ROCEFALIN□) 1 g im.
- Posición: Decúbito supino con el paciente en posición de litotomía, con las nalgas en el borde de la mesa.

Equipamiento necesario

- Moderno generador de alta frecuencia con resector de 24 F ó 28 F y óptica de 0° y 30 °. •Sistema de irrigación con solución estéril, ignífuga; agua destilada para irrigación o solución no hemolítica (glicina al 1,5%).
- Resector, uretrotomo, lubricante anestésico estéril y catéter de triple vía 20 F con balón de capacidad de 50 mL.

Técnica quirúrgica

Próstata con lóbulo medio: La resección debe comenzar a las 6 h cuando existe lóbulo medio. El resector debe ser colocado proximal al veru montanum y la resección debe hacerse con secciones cortas en la zona del cuello y con extremo cuidado en el lóbulo medio, para evitar lesionar los orificios ureterales. El corte de resección siempre debe controlar el punto final del mismo, para evitar dañar el esfínter externo. El límite de resección en profundidad es la identificación de un plano fibroso (cápsula prostática) que difiere del aspecto granular del adenoma. Tras la resección del lóbulo medio desde la posición de la 7h a las 5h, la resección debe realizarse en los lóbulos laterales, a ambos lados del veru montanum. La resección de los lóbulos apicales debe realizarse con mucho cuidado para evitar lesionar el esfínter.



Próstata de pequeño tamaño: La resección en pequeños adenomas debe comenzar en los lóbulos laterales, sin preferencia por un lado u otro. La resección de lóbulos apicales se realiza en la última fase. Para reducir la incidencia de esclerosis de cuello, en adenomas pequeños, debe realizarse una incisión bilateral a nivel del cuello a las 5 h y 7 h.

Próstata de gran tamaño: Tras resecar el lóbulo medio y el área próxima al veru montanum, ambos lóbulos laterales deben ser resecados comenzando en la posición 3 y 9 h. Este esquema de resección facilita el control del sangrado al coagular la entrada de vasos arteriales en esta zona prostática. Tras resecar la zona de los lóbulos prostáticos más distales entre las 3 h y 6 h y las 9 h y 6 h, se debe continuar por la parte más ventral entre las 3 h y 12 h así como las 9 h y 12 h.

Resección del ápex: El ápex se reseca con secciones cortas, con un control completo del recorrido del asa. Para ello la posición del resector debe ser fijada, realizándose cortes próximos entre sí. Se comienza junto al veru, continuando en la dirección de las agujas del reloj. Al finalizar, se comprueba desde la uretra que no queda tejido residual.

Control del sangrado: Tras la resección todos los fragmentos deben ser extraídos mediante un evacuador de Ellik. La hemostasia se realiza mediante coagulación puntual de los puntos sangrantes con el asa de resección.

Introducción de la sonda: El catéter de triple vía puede introducirse con un dedo en recto para elevar el tejido prostático y evitar el daño del cuello y trígono. El globo de la sonda se llena con 20-30 cc en el cuello vesical para comprimir la glándula.

Complicaciones y cuidados postoperatorios

Complicaciones intraoperatorias: Sangrado profuso y síndrome de reabsorción. La coagulación cuidadosa durante la resección disminuye la incidencia de ambas. El uso de diuréticos en la RTU disminuye la incidencia del síndrome post-RTU.

Cuidados postoperatorios: El lavado continuo se retira a las 12-24 horas. La retirada de la sonda se realiza cuando la orina se aclara, a partir de las 24-48 h tras la cirugía.

Prostatectomía

Preparación preoperatoria

Profilaxis antimicrobiana: Previene la infección urinaria y de la herida quirúrgica al ser una cirugía contaminada.

- Tobramicina 100 mg im seguidos de otra dosis a las 8 h. En caso de IRC se cambia la Tobramicina por Ceftriaxona 1 g im.

Posición del paciente y vía de acceso

- Decúbito supino con la mesa en flexión ligera para elevar la pelvis (hiperextensión con las piernas levemente separadas) y leve posición de Trendelenburg
- Se inserta una sonda de Foley de calibre 20-24 F previo al inicio de la cirugía.
- Vía de acceso: Incisión media (laparotomía infraumbilical media) o incisión de Pfannenstiel.

Técnica quirúrgica

- Incisión de la piel con bisturí de hoja y el tejido subcutáneo con bisturí eléctrico hasta la fascia muscular.
- Se incide la fascia muscular del recto verticalmente o transversal en función de la incisión realizada.
- Se rechaza a los rectos lateralmente por su línea media, y se abre la fascia prevesical con tijera hasta acceder al espacio retroperitoneal. Se disecciona cuidadosamente hasta el espacio de Retzius y se rechaza la vejiga y el peritoneo en sentido cefálico.
- Sobre dos paños humedecidos se coloca el separador (Balfour, Judd-Masson o Hryntschack) rechazando en sentido craneal la vejiga.
- Se aplican dos puntos de ác. poliglicólico o poliglactin 910 del 0 en la cápsula anterior prostática expuesta a 1 y 2 cm por debajo del cuello vesical (se localiza por el cambio de textura del tejido o por palpación del globo de la sonda). Se añaden dos puntos a la cápsula en su vertiente lateral a ambos lados, con fines hemostáticos, previo a la incisión de la cápsula.
- Se hace una incisión transversal progresiva (proporcional al tamaño del adenoma) de la cápsula prostática, fulgurando los vasos sangrantes hasta llegar al adenoma.
- Se inicia la separación del adenoma de la cápsula mediante tijera de Metzenbaum, insertando posteriormente el dedo índice e iniciando la enucleación. La progresión de la disección debe realizarse desde las zonas más fáciles hacia las más difíciles (zonas más adheridas). La disección del ápex debe realizarse de forma cuidadosa seccionándolo bajo visión directa y con tijera. Puede ser de ayuda en la disección las pinzas de lóbulo. La disección termina con la extracción de los lóbulos laterales y resección del lóbulo medio si tiene.
- Se taponan la fosa creada con gasas húmedas durante unos minutos. Tras su retirada se deben controlar los puntos sangrantes capsulares visibles mediante puntos hemostáticos.
- Se aplican puntos de ác. poliglicólico o poliglactin 910 o del 0 a las 3 y 9 horas del reloj entrando por el cuello vesical y saliendo por la parte distal y lateral de la cápsula con fines hemostáticos.

- Se “retrigoniza” el labio posterior del cuello vesical mediante la resección de una cuña de dicho labio y se sutura a la parte posterior de la cápsula prostática con puntos reabsorbibles de ác. Poliglicólico o poliglactin 910 del 0, para evitar un paso escalonado de vejiga a próstata.
- Se introduce la sonda vesical dirigiéndola al interior de la vejiga, cerrando posteriormente la cápsula con puntos reabsorbibles de 2/0 de ác. poliglicólico, comenzando por un extremo mediante sutura continua o puntos interrumpidos, hasta el otro extremo de la cápsula.

Bibliografías

- Joanna Kotcher Fuller. (2012). Principios de instrumentación quirúrgica Fuller. España: Panamericana.
- Abel Archundia Grcia . (2013): Mc. Graw Hill.