

TECNICA QUEIRUGICA COMPLEMENTARIA

RESUMEN

DR.ALFREDO LOPEZ LOPEZ , ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

RTU de próstata convencional (tratamiento endoscópico)

Técnica practicada desde el siglo XX (años 50) y la más utilizada hoy día en la mayoría de los Hospitales, sobre todo del sistema público donde las técnicas Láser no están del todo establecidas por su coste. Hoy día ya hay estudios que demuestran el menor coste del láser frente a la RTU convencional cuando se analizan parámetros de estancia hospitalaria media, complicaciones, etc..

La técnica de la RTU de próstata se practica habitualmente con anestesia intradural (epidural) o también con general.

El urólogo introduce un aparato del grosor de un bolígrafo (con una cámara en la punta) denominado resectoscopio por la punta del pene y avanza por la uretra hasta la próstata para ir cortando el tejido del adenoma de próstata que obstruye el conducto urinario, dejando el tejido cortado dentro de la vejiga para posteriormente aspirarlo con un sistema especial (pera de Elik).

El paciente estará ingresado entre 2 y 4 días después de la RTU, portando una sonda vesical con lavado continuo de irrigación a través de unas bolsas que el servicio de enfermería de planta va cambiando conforme se van terminando. La sonda es necesario tenerla hasta que la orina se vaya aclarando y deje de haber hematuria (sangre con la orina).

Tras la retirada de la sonda, al principio el paciente puede notar imperiosidad y urgencia miccional o incluso dolor al orinar. Poco a poco estos síntomas van desapareciendo hasta conseguir un flujo/chorro fuerte y uniforme. Hay veces que incluso pasados 10 días de haber retirado la sonda el paciente puede expulsar algún coágulo ocasional que no tiene importancia.

Al no ser un proceso quirúrgico agresivo (ya que no hay incisión quirúrgica), el dolor durante el postoperatorio es mucho menor y tras la intervención, el paciente es capaz de orinar casi al instante tras la retirada de la sonda. Sin embargo, la próstata necesita tiempo para sanar y hay algunos factores que podemos tener en cuenta para acelerar la recuperación:

- Incluir gran cantidad de líquidos en la dieta, sobre todo agua, evitando el alcohol, bebidas con gas y el café.
- Es recomendable salir a pasear a diario durante un periodo breve, empezando por los 15 minutos e ir aumentando este tiempo conforme avance la recuperación.
- Deben evitarse los esfuerzos y nunca excederse levantando objetos pesados (que superen los dos Kilos) y abstenerse de conducir durante un mínimo de dos semanas.
- Es necesario dejar apartada la actividad sexual durante la recuperación, al menos durante dos semanas, pero este tiempo puede prolongarse, en función de cómo avance el paciente. Como se puede deducir de las observaciones expuestas anteriormente, el proceso dura unas pocas semanas tras el alta, en muy raras ocasiones se extiende más allá de los dos meses. La paciencia y constancia son la clave de la recuperación.

La RTU de próstata es un tratamiento efectivo y mejora la sintomatología prostática rápidamente, reanudando una fuerza en el caudal de la orina o potencia miccional casi olvidada para el paciente.

En casos raros puede ocasionar incontinencia o impotencia. Si se producen estos efectos adversos tras la cirugía no normal es recuperarlos a las pocas semanas con ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (Kegel). La potencia sexual vuelve a la normalidad a las pocas semanas o meses.

Un efecto secundario muy frecuente y permanente tras la RTU es la eyaculación retrógrada. Hay que explicárselo a los pacientes siempre. Consiste en la no expulsión de semen al exterior tras el orgasmo. Esto se produce como consecuencia de la apertura del cuello de la vejiga que se ha realizado con la RTU, ocasionando que el semen coja el camino más fácil y amplio y se vaya a la vejiga durante el orgasmo. Posteriormente se expulsa mezclado con la orina durante el acto de la micción y no pasa absolutamente nada. El problema puede venir cuando el paciente es tan joven que aún quiere descendencia y esta situación puede ser un problema aunque hoy día hay medios para solucionarla.

Menos frecuente es la aparición de estenosis o estrechamiento de la uretra o del cuello de la vejiga tras la RTU de próstata. En estos casos precisaría la realización de otra cirugía tipo uretrotomía interna o dilatación con balón, que se puede realizar de forma ambulatoria o en Hospital de día.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se coloca el campo estéril acomodando y conectando todos los cables, gomas de irrigación-aspiración y cámara de video a sus aparatos correspondientes y al instrumental endoscópico. Se inicia la intervención calibrando el meato uretral con el meatometro y abundante lubricante y seguidamente se introduce el resector con su obturador y las gomas de irrigación-aspiración conectadas; una vez introducido éste en uretra, se retira el obturador y, a través de la vaina del relector, se introduce el elemento de trabajo con la óptica, el asa de resección y los cables de luz fría y bisturí eléctrico conectados. A la vez que se va introduciendo el relector, siempre con líquido de irrigación (glicina), se realiza una exploración de la uretra, esfínter, próstata, cuello vesical y vejiga. Una vez completada la inspección de uretra, esfínter veru-montanum, próstata, su tamaño y morfología, localización de los uréteres, vejiga forma, tamaño y estructura de su pared, se comienza la resección. Es muy importante mantener una presión constante del líquido intravesical durante todo el acto quirúrgico porque, al ser la vejiga un órgano capaz de distenderse, la próstata se aleja del campo óptico a medida que la vejiga se llena de líquido. Durante la resección se va haciendo hemostasia para evitar el sangrado que también dificultaría el campo visual.

Otras opciones de tratamiento: (Cirugía Abierta)

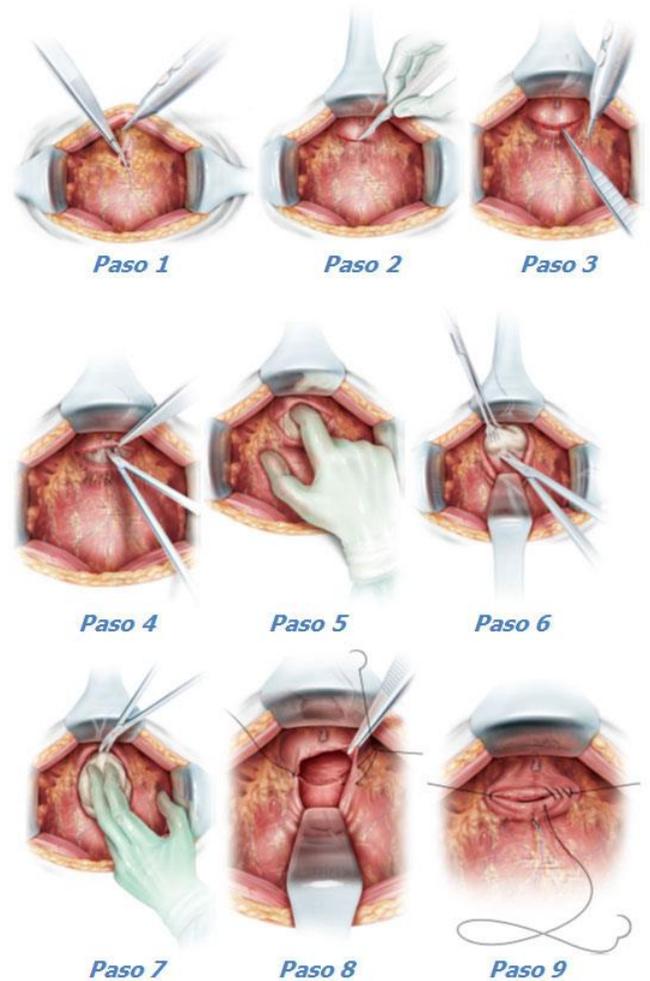
1. Prostatectomía simple abierta (cirugía abierta): Antiguamente fue la técnica más practicada. De hecho se practica hace más de 100 años. Hace 10 años tan sólo, se practicaba cirugía abierta en próstatas a partir de 50 gramos; esto hoy día ha cambiado y se utiliza esta técnica como norma habitual en próstatas mayores de 100 gramos (salvo excepciones). Hay dos técnicas que se usan habitualmente:

- Prostatectomía suprapúbica (técnica de Freyer): Enucleación del adenoma a través de la vejiga; útil en caso de problemas concomitantes tales como cálculos vesicales muy grandes o para reparar un divertículo.
- Prostatectomía simple retropúbica: Enucleación del adenoma a través de una incisión en la comisura anterior de la próstata. (técnica de Millin). Técnica de cirugía abierta

más utilizada por *Cirujanos urólogos* y con mejores resultados en caso de próstatas muy voluminosas en las que *NO está indicada realizar técnicas de endoscopia*. Es cierto que hoy día es de las técnicas menos realizadas por los avances tecnológicos aunque su eficacia y resultados siguen siendo espectaculares dado que se consigue extirpar todo el adenoma.

Este tipo de cirugía presenta un mayor índice de complicaciones:

- Sangrado (los pacientes necesitan transfusión casi en un 25% de los casos).
- Incontinencia Urinaria o permanente en el 7% de pacientes.
- Disfunción eréctil o impotencia en el 10-15% de los operados.
- Reintervenciones por sangrado postoperatorio en un 5% de pacientes.
- Estancias hospitalarias entre 4 y 10 días.



2. Prostatectomía mediante Láser (Láser Verde, Láser Holmio): Se explican de forma más minuciosa en los siguientes dos apartados de la Sección Hiperplasia benigna o Adenoma de próstata. Merecen la pena tener una sección aparte cada una de estas dos técnicas debido a su importancia hoy día.

Como resumen final quisiera decir que a pesar de haber sido vituperada en la década de los 90, podemos afirmar que la resección prostática (RTUP) sigue siendo la técnica de referencia en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna o adenoma de próstata. La resección transuretral prostática (RTUP) compite con la cirugía abierta, si bien los criterios de elección entre una y otra varían, fundamentalmente, en razón del peso y la morfología de la glándula. Sus resultados representan el modelo efectivo con el cual comparar el resto de los tratamientos instrumentales.

La enucleación o ablación del tejido prostático mediante láser de Holmio es una técnica relativamente nueva con la cual se han publicado excelentes resultados. El láser de Holmio opera a una longitud de onda de 2140 nm en modo pulsátil, con una duración de pulso de 250 microsegundos. El efecto es una ablación tisular superficial y una coagulación con una penetración de 3 a 4 mm, lo que posibilita la adecuada hemostasia (coagulación) de los vasos sanguíneos de hasta 1 mm de diámetro. En la actualidad este tipo de láser se emplea a 60-80 W, como si se tratara



de una auténtica resección de la próstata a través de un resectoscopio de 26 F modificado.

Técnica

La técnica consiste en la disección de la glándula hiperplásica mediante una fibra de láser con emisión directa en la punta, siguiendo el mismo plano quirúrgico que se disecciona durante la cirugía a cielo abierto (Adenomectomía) o el que se pretende alcanzar durante una resección transuretral prostática.

Bajo visión directa y a través de un resectoscopio se inicia la intervención incidiendo bilateralmente el cuello vesical y el adenoma para definir los márgenes de resección y encontrar el plano de disección de la cara posterior de la uretra prostática. A continuación se enuclea el lóbulo medio o suelo prostático mediante movimientos laterales en forma de barrido de la fibra de láser. Una vez efectuada la disección de cada uno de los lóbulos de la próstata, éstos son empujados hacia el interior de la vejiga, donde permanecen hasta que se completa la ablación del tejido prostático. La operación finaliza fragmentando y aspirando los lóbulos que están en la vejiga con un instrumento diseñado para tal efecto (morcellator) o, en su defecto, con el asa del resector.

Ventajas

La gran ventaja del láser de holmio, igual que con la resección transuretral prostática, es la creación inmediata de una cavidad, lo que permite tratar próstatas de gran tamaño (100 a 200 g).

Debido al creciente interés por este procedimiento y a los excelentes resultados comunicados por algunos autores, exponemos las conclusiones de un reciente meta análisis que resume toda la información disponible hasta el momento.

En cuanto a la seguridad, la tasa de transfusión en los períodos perioperatorio y postoperatorio fue menor en los procedimientos con láser de holmio, con un riesgo relativo del 0,2 y la cantidad de líquido irrigante empleada, como indicador del tiempo quirúrgico, fue mayor durante la intervención y menor en el postoperatorio para los procedimientos de ablación con láser de holmio. El tiempo quirúrgico con láser de holmio fue en general más largo, en ocasiones, con diferencias significativas. El tiempo medio de cateterismo, un buen indicador de la

pérdida sanguínea, fue menor, entre 0,8 y 1,2 días menos, para el láser de holmio que para la resección transuretral prostática. Del mismo modo la duración media de la estancia hospitalaria fue significativamente más corta para la ablación con láser de holmio que para la resección transuretral prostática. Existe una mejoría significativa urodinámica tras la ablación con láser de holmio y, a los seis meses, los resultados son iguales a los de la resección transuretral. A los 12 meses no existe diferencia significativa en los flujos medios tras resección transuretral prostática o ablación con láser de holmio. Ambos procedimientos resultan en un descenso significativo del residuo posmiccional medio, si bien los datos al respecto son escasos en los estudios disponibles.

En cuanto a la mejoría sintomática, una vez más, los resultados de la ablación con láser de holmio son similares a los de la resección transuretral prostática, y se mantienen al año. Tampoco existen diferencias en la tasa de retención postoperatoria y en la incontinencia.

Los datos sobre la función sexual son poco consistentes debido al escaso número de estudios en que se evalúa, pero la tasa de eyaculación retrógrada y la mejoría o el deterioro de la función sexual son similares para ambos procedimientos.

Todavía es difícil comparar la durabilidad del nuevo procedimiento con la resección transuretral prostática debido al escaso seguimiento de la mayoría de los estudios. Al año, la tasa de reintervención es similar a la de la resección transuretral prostática, y solamente un estudio aleatorizado no demuestra diferencias significativas a los dos años.

Podemos resumir las ventajas del tratamiento mediante láser de Holmio en la disminución de la necesidad de transfusión sanguínea y de la estancia hospitalaria, y la práctica ausencia de síndrome de reabsorción.

Bibliografía

BERNAL.G (FEBRERO) "MENEJO DE LA HIPERPLASIA" ARTICULO DE REVISIÓN, REVISTA MEDICA DDE UROLOGÍA,VOL.Nº5 MEDIGRAPIC

PROSTATECTOMIA RADICAL

LA PRÓSTATA La próstata es una glándula que contribuye a la formación del semen, está ubicada por debajo de la vejiga y por ella transcurre el canal de la uretra. Se encuentra en estrecha proximidad con el esfínter que asegura la continencia urinaria y también en estrecha relación con los nervios que participan en la erección del pene. Las vesículas seminales son el depósito del semen y se ubican adosadas directamente a la próstata.

PREPARACIÓN DE ESTA INTERVENCIÓN

Una evaluación previa a la anestesia además de exámenes de sangre y orina son necesarios algunos días previos a la intervención, Es indispensable una limpieza del intestino porque la próstata está muy vecina al recto y éste debe estar libre de contenido fecal.

TÉCNICA OPERATORIA

La operación se desarrolla bajo anestesia general. Diferentes tipos de incisión son posibles. El tipo de incisión depende de la preferencia de su urólogo. La próstata es extirpada en su totalidad junto con las vesículas seminales. El restablecimiento de la continuidad entre la vejiga y la uretra se realiza mediante suturas. Hacia el final de la intervención se deja instalada una sonda urinaria en la vejiga a través del canal de la uretra para favorecer la cicatrización. Asimismo se deja un drenaje de la zona operatoria durante algunos días. En algunos casos la extirpación de ganglios linfáticos pelvianos se efectúa al comienzo de la intervención para identificar diseminación microscópica del cáncer. Esto podría determinar una suspensión de la intervención.

POSOPERATORIO HABITUAL

El dolor post operatorio se trata con medicamentos analgésicos que le serán administrados regularmente. Un tratamiento anticoagulante con inyecciones subcutáneas diarias se administra a fin de prevenir riesgos de flebitis y embolia pulmonar. Usualmente, se autoriza la levantada del paciente en los primeros días, como asimismo la realimentación oral. El momento del retiro de los drenajes es

variable y será definido por el cirujano. La sonda urinaria es usualmente bien tolerada, pero en algunos casos puede significar incomodidad para el paciente. El tiempo de permanencia de la sonda urinaria y el tiempo de hospitalización serán precisados por su cirujano. Después del retiro de la sonda de la vejiga es usual una incontinencia urinaria, a veces importante. Esta incontinencia es casi siempre transitoria y se corrige en el lapso de algunas semanas o algunos meses en una inmensa mayoría de los pacientes. Luego del retiro de la sonda se aconseja una reeducación muscular simple del periné y del esfínter. Las sesiones de reeducación con kinesiólogo son a veces útiles y recomendadas. El tiempo de la convalecencia y los plazos de reincorporación al trabajo o a una actividad física normal dependen de la vía de abordaje y de su edad. A veces son necesarios uno a dos meses para recuperar el estado físico previo a la intervención. Usted conversará con su cirujano la fecha de reincorporación a sus actividades después de la intervención. La próstata será enviada para un análisis microscópico efectuado por un médico anatomo patólogo que precisará si el tumor estaba confinado a la próstata o si se había extendido fuera de ella. En ese caso hay un riesgo de recidiva y un tratamiento complementario después de la intervención puede ser necesario mediante la utilización de radioterapia o medicamentos. El control alejado después de la intervención responde a dos objetivos: - Supervisar la ausencia de recidiva tumoral principalmente mediante la medición del antígeno prostático específico y evaluar la forma en que usted orina así como su función sexual.

RIESGOS Y COMPLICACIONES Toda intervención quirúrgica supone un cierto porcentaje de complicaciones, riesgos y compromiso vital que depende no solamente de la enfermedad que usted padece sino también de las variaciones individualidades que no son siempre previsibles. Algunas de estas complicaciones son de ocurrencia excepcional y pueden no ser curables. En el curso de esta intervención el cirujano puede encontrarse con elementos o acontecimientos imprevistos que hagan necesario procedimientos complementarios o diferentes de aquellos previstos inicialmente y que pueden interrumpir el protocolo previsto. Algunas complicaciones están ligadas a su estado general y a la anestesia, ellas le serán explicadas luego de la evaluación preoperatoria por el médico anestesista y

son posibles en cualquier intervención quirúrgica, en particular el riesgo de flebitis y embolia pulmonar en este tipo de intervención. Pueden presentarse otras complicaciones directamente en relación con la operación de prostatectomía radical:

1. Riesgo vital excepcional por hemorragia.

2. Complicaciones durante la intervención y complicaciones posoperatorias precoces. - Hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea. - Lesión del uréter que pudiera requerir una reparación. - Perforación del recto debido a su proximidad a la próstata y al tumor. Corrientemente ella puede ser reparada inmediatamente sin secuelas, ocasionalmente ella no puede ser suturada con hermeticidad o pasa desapercibida y se complica secundariamente. En ese caso un ano contranatura temporal durante dos o tres meses es indispensable para permitir la cicatrización de la lesión. - Infección urinaria que requiera tratamiento antibiótico. - Hematoma, usualmente a nivel de la herida operatoria. Cura mediante drenaje local y excepcionalmente obliga a una reintervención.

- Fuga de orina a través del drenaje que se corrige generalmente manteniendo el drenaje por un tiempo más prolongado y conservando la sonda urinaria por más tiempo del previamente estimado.

- Derrame de linfa o colección pelviana (linfocele): en caso de disección ganglionar; rara vez requiere una reintervención quirúrgica

3. Complicaciones tardías. - Incontinencia urinaria: La incontinencia urinaria permanente y definitiva es excepcional (alrededor de un 3% de los casos). La incontinencia se limita las más de las veces a pequeños escapes de gotas de orina en relación a grandes esfuerzos (1-15% de los casos). La continencia mejora a lo largo del tiempo y se aconseja esperar tres a seis meses antes de recomendar una intervención complementaria, en caso de incontinencia urinaria permanente, - Problemas sexuales: El riesgo de pérdida de la erección aumenta con la edad y con el tamaño del tumor. La frecuencia se estima entre un 30% - 100% de los casos. A pesar de todos los progresos técnico-quirúrgicos realizados es imposible garantizar

la conservación de una erección completa o parcial después de esta intervención. La recuperación de la erección, puede tardar hasta un año de la fecha de la intervención. En el caso en que persista una dificultad eréctil, existen diferentes tratamientos para restaurar la erección que le serán propuestos por su médico. Por otra parte esta intervención suprime definitivamente la eyaculación pero no priva de la sensación de placer al momento del encuentro sexual.

- Estrechez uretral: La sutura entre la vejiga y la uretra puede cicatrizar con una retracción fibrosa y un estrechamiento (menos de un 5% de los casos). Cuando ello ocurre requiere una intervención de dilatación que se efectúa a través de la uretra.
- Hernia de la pared abdominal: Puede ser necesaria una reparación quirúrgica.

Sociedad chilena de urología. “PROSTECTOMIA RADICAL”
https://www.urologosdechile.cl/urolchi/wp-content/uploads/2018/05/34-prostt_radical1.pdf