



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

Resumen sobre Urología

Unidad II

Nombre de la asignatura: Talle del emprendedor

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Alfredo López López

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 10 de Enero de 2021.

RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA

Indicaciones de la RTUP incluyen a aquellos pacientes con cáncer de próstata localizado comprobado histológicamente, estadios T1-2 y T3a determinados con estadiaje preoperatorio mediante Examen Dígitto Rectal (EDR), ecografía transrectal, Antígeno Prostático Específico (PSA), gammagrafía ósea, Tomografía Computarizada (TAC-scan) y radiología pulmonar. La enfermedad metastásica excluye al paciente del estudio. Se incluyen aquellos pacientes que no son subsidiarios o que rechazan la cirugía abierta. Los pacientes con un ASA 3 de alto riesgo (American Society of Anesthesiologists) también se incluyen, así como aquellos con recurrencia bioquímica de PSA tras radioterapia o braquiterapia y aquellos con condicionamientos religiosos. Ni la edad ni la obesidad limitaron las indicaciones para ser intervenidos.

La técnica de resección transuretral de próstata, ó RTU, se desarrolló en la década de 1920-30 y su aplicación se extendió a partir de 1970. Desde entonces, la incorporación progresiva de nuevas tecnologías ha introducido mejoras en esta técnica.

Hoy en día la RTU de próstata se considera la cirugía más efectiva en el tratamiento de la HBP.

Se calcula que el 95% de la cirugía en próstatas entre 30-90 gramos se realiza con esta técnica. Para poder demostrar la eficacia de los procedimientos más innovadores, como las técnicas láser, se comparan con la RTU.

La operación se realiza bajo anestesia general o regional (raquídea) con un resectoscopio, aparato que se introduce a través de la uretra y que, por medio de la corriente eléctrica, va cortando en finas láminas el tejido de HBP y coagulando los puntos de sangrado.

Debido a los líquidos de irrigación utilizados, la cirugía no debe prolongarse más de 2 horas puesto que existe riesgo de alteraciones en la composición iónica de la sangre (hiponatremia). El tiempo de ingreso hospitalario oscila entre 2 y 3 días.

RTU plasmakinética y vaporización prostática

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.

Otra ventaja de la RTU bipolar (sistema plasmakinético) es la posibilidad de tratar próstatas de mayor tamaño con menor pérdida de sangre y con un periodo postoperatorio más breve y con menos molestias.

Asimismo, esta tecnología dispone de un sistema de vaporización que destruye eficazmente el tejido prostático. El ingreso hospitalario es de 1 o 2 días.

PROSTATECTOMIA

La prostatectomía comprende varios procedimientos quirúrgicos para extraer una parte o toda la glándula prostática. La glándula prostática está situada en la pelvis de los hombres, debajo de la vejiga urinaria. Rodea la uretra, que lleva la orina desde la vejiga hasta el pene.

La prostatectomía puede realizarse de distintas maneras, según la enfermedad y el enfoque de tratamiento recomendado:

En la mayoría de los casos, los urólogos utilizan técnicas endoscópicas de avanzada para abordar los síntomas de agrandamiento de próstata sin la necesidad de realizar una cirugía abierta, laparoscópica o robótica.

Por qué se realiza

En la mayoría de los casos, la prostatectomía se realiza para tratar el cáncer de próstata localizado. Puede usarse sola o junto con radiación, quimioterapia y terapia hormonal. La prostatectomía para tratar el cáncer de próstata consiste en extraer toda la próstata, las vesículas seminales y parte del tejido que la rodea, incluidos los ganglios linfáticos.

Las opciones de prostatectomía para tratar el cáncer de próstata son la prostatectomía radical abierta, la prostatectomía radical laparoscópica y la prostatectomía radical asistida por robot.

Con menos frecuencia, se utiliza la prostatectomía simple para tratar el bloqueo de uretra que se produce a causa de la hiperplasia prostática benigna. La prostatectomía simple para tratar la hiperplasia prostática benigna no siempre supone la extracción de toda la próstata. La cirugía alivia los síntomas urinarios y las complicaciones que se producen a causa del bloqueo del flujo de orina, como:

- Necesidad frecuente y urgente de orinar
- Dificultad para comenzar a orinar
- Orina lenta (prolongada)
- Aumento de la frecuencia de la orina por la noche (nicturia)
- Detenerse y comenzar a orinar nuevamente
- Sensación de no poder vaciar la vejiga por completo
- Infecciones urinarias
- Imposibilidad de orinar

La prostatectomía simple conlleva un mayor riesgo de tener complicaciones y, en general, supone un mayor tiempo de recuperación en comparación con otros procedimientos que se utilizan para tratar la hiperplasia prostática benigna.

Riesgos de la prostatectomía radical

Además de los riesgos asociados con cualquier cirugía, los riesgos de una prostatectomía radical comprenden los siguientes:

- Sangrado
- Infección urinaria
- Incontinencia urinaria
- Disfunción eréctil (impotencia)
- Lesión en el recto (poco frecuente)
- Estrechamiento (constricción) de la uretra o del cuello de la vejiga
- Formación de quistes que contienen linfa (linfocele)

Riesgos de la prostatectomía simple

Si bien la prostatectomía simple funciona bien para aliviar los síntomas urinarios, presenta un mayor riesgo de sufrir complicaciones y tiene un mayor tiempo de recuperación que otros procedimientos para tratar el agrandamiento de la próstata, como la resección transuretral de la próstata, la cirugía de vaporización fotoselectiva de la próstata con láser o la enucleación prostática con láser de holmio.

Los riesgos de la prostatectomía simple comprenden los siguientes:

- Sangrado
- Lesión en las estructuras adyacentes
- Incontinencia urinaria
- Orgasmo seco
- Disfunción eréctil (impotencia)
- Estrechamiento (constricción) de la uretra o del cuello de la vejiga

Myers R P. Male urethral sphincteric anatomy and radical prostatectomy. Urol Clin North Am, 1991; 18: 211. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M. et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med, 2005; 352: 1977. Otori M, Scardino P T. Localized prostate cancer. Curr Probl Surg, 2002; 39: 833.