

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**

**SEMESTRE CURSANTE:  
5TO. SEMESTRE UNIDAD 4.**

**MATERIA:  
CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIA.**

**TEMA DEL TRABAJO:  
RESUMEN DE CIRUGIA UROLOGICA.**

**FECHA DE ENTREGA:  
12/12/2022.**

**NOMBRE DEL DOCENTE:  
DR. ALFREDO LOPEZ.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:  
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

# CIRUGIA UROLOGICA.

La cirugía urológica agrupa todas aquellas técnicas quirúrgicas que tratan el sistema genital y urinario del varón y el sistema urinario de la mujer.

## → TUMORES UROLÓGICOS MALIGNOS.

1. **Cáncer vesical;** La forma más frecuente de cáncer vesical en Estados Unidos es el carcinoma urotelial. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más frecuente, seguido por la exposición laboral a varios materiales carcinógenos, como el material del escape de automóviles o solventes industriales. Sin embargo, muchos pacientes desarrollan cáncer vesical sin tener riesgos identificables. Otras formas de cáncer vesical, como el adenocarcinoma y el carcinoma epidermoide, ocurren en poblaciones de pacientes distintivas. Los pacientes con irritación crónica por catéteres, cálculos vesicales o esquistosomosis tienen riesgo de la variante epidermoide, mientras que aquéllos con remanentes del uraco o extrofia vesical tienen mayor riesgo de adenocarcinoma. El tratamiento del carcinoma urotelial varía mucho, según el grado de invasión. El primer paso es la resección transuretral completa del tumor vesical, que permite la estadificación del mismo. Si es posible, el tumor debe extirparse por completo, además de obtener una muestra de la pared muscular de la vejiga subyacente a la neoplasia. Se practica un examen bajo anestesia a todos los pacientes con tumores vesicales recién diagnosticados. Este examen ayuda a determinar el estadio clínico y si la vejiga está fijada a estructuras adyacentes. Las imágenes radiográficas de la mayor parte de los tumores vesicales aportan poco para establecer la presencia, grado o tamaño/etapa del tumor. Sin embargo, en presencia de un tumor vesical conocido, la hidronefrosis unilateral o bilateral es un signo ominoso de enfermedad local avanzada. Los pacientes tienen múltiples opciones para reconstrucción, incluyen derivaciones urinarias continentales y no continentales. La neovejiga ortotópica surgió como una técnica favorecida para derivación urinaria en pacientes sin compromiso uretral. Este tipo de derivación implica la destubularización de un segmento de intestino, casi siempre del íleon distal, que luego se transforma en un saco que se anastomosa con la parte proximal de la uretra (neovejiga) o con la piel (derivación cutánea continente). La destubularización reduce la presión de llenado dentro del saco, lo que mejora la capacidad de almacenamiento urinario. En el caso de una neovejiga, el esfínter externo permanece intacto y la micción se logra mediante la relajación del esfínter y la maniobra de Valsalva. El acceso quirúrgico típico para la cistectomía es una incisión infraumbilical en la línea media, que inicie justo por arriba de la cicatriz umbilical hasta la sínfisis del pubis. Esto permite la exposición adecuada del contenido pélvico, los vasos ilíacos y la porción inferior de la cavidad abdominal. El peritoneo entre el ligamento umbilical medio (residuo del uraco) también se incluye en la pieza quirúrgica. En varones la próstata se extirpa junto

con la vejiga. En mujeres se extirpan el útero, ovarios (en posmenopáusicas) y la pared anterior de la vagina junto con la vejiga. Puede conservarse la vagina, lo que depende de la ubicación y extensión del tumor, pero se acompaña de mayor hemorragia transoperatoria. Las técnicas robóticas para cistectomía se usan cada vez más, pero la derivación urinaria todavía se practica mediante **técnica abierta**.

2. **Cáncer testicular;** El cáncer testicular es el tumor sólido más común en varones entre 15 y 35 años de edad. La mayor parte de los varones se diagnostica con una tumoración asintomática que aumenta de tamaño en forma progresiva. Un factor de riesgo importante para el desarrollo de cáncer testicular es la criptorquidia. Persiste el debate con respecto a si la intervención quirúrgica temprana para llevar los testículos a las bolsas escrotales altera el riesgo a futuro de cáncer; se acepta que el tratamiento quirúrgico facilita la vigilancia en caso de desarrollo de una tumoración testicular. s. La biopsia percutánea de masas testiculares no se realiza por a) el riesgo de siembra en la pared escrotal; b) cambio del drenaje linfático retroperitoneal natural del testículo (porque los testículos tienen un patrón de drenaje linfático muy predecible), y c) la propensión de la masa testicular a ser cancerosa. En casos con sospecha de metástasis al testículo, se recomienda una biopsia testicular mediante la exposición del testículo a través del conducto inguinal. El linfoma (sobre todo en los ancianos) puede afectar uno o ambos testículos. A menudo hay evidencia de linfoma en otras partes del cuerpo, aunque puede haber recaídas aisladas en los testículos. La disección de los ganglios linfáticos retroperitoneales (RPLND, retroperitoneal lymph node dissection) puede ser curativa si el compromiso ganglionar es limitado y se prefiere en lugar del tratamiento adyuvante en pacientes con tumores no seminomatosos en etapa I. Otra opción para los pacientes con tumores no seminomatosos en etapa I es recibir dos ciclos de quimioterapia. El seminoma puro tiene una sensibilidad extrema a la radiación y la enfermedad en etapas I, IIa y IIb puede tratarse con radiación de haz externo dirigida a los ganglios retroperitoneales. Para la orquidectomía se realiza una incisión inguinal sobre el anillo externo y se prolonga en sentido lateral sobre el anillo interno. Es importante no perforar la piel escrotal durante la orquidectomía, por temor (casi del todo teórico) de alterar el drenaje linfático del testículo. Para la RPLND, por lo general se realiza una incisión medial desde la apófisis xifoides hasta la cicatriz umbilical en la mayoría de los pacientes con enfermedad en etapa I. Si esto se practica por la presencia de un tumor residual después de la quimioterapia, la incisión se prolonga hasta la sínfisis del pubis. El uso de RPLND con asistencia robótica rara vez se usa para las neoplasias no seminomatosas en etapa I, aunque con la demanda creciente de la cirugía de mínima invasión, se esperaría que la aceptaran con gusto quienes desean evitar una incisión grande, pero no están interesados en la vigilancia activa ni en la quimioterapia sistémica.

3. **Cáncer prostático** El cáncer de próstata es el cáncer no cutáneo más común en los varones, con una incidencia en Estados Unidos de aproximadamente 200 000 casos por año. La detección anual, consistente en tacto rectal y antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) en suero ha sido tema de debate intenso. La U.S. Preventive Services Task Force desaconseja el uso habitual de la detección de cáncer prostático. La American Urological Association recomienda la detección en los varones de 55 a 69 años de edad. El cáncer prostático se clasifica con base en el sistema de Gleason. Se asignan calificaciones primaria y secundaria con base en los patrones histológicos más comunes y el segundo más común. Los grados van de 1 para el tumor bien diferenciado a 5 para los tumores menos diferenciados. Se añaden grados a la calificación de Gleason. En la práctica actual, casi nunca se asignan calificaciones por debajo de 6. Para valorar la probabilidad de que el cáncer sea localizado, localmente avanzado o metastásico se toman en consideración la calificación de Gleason, la concentración preoperatoria de PSA y el tacto rectal. La prostatectomía radical se asocia con incontinencia temprana y disfunción eréctil (dependiendo de la conservación de nervios). La incontinencia mejora de manera significativa con el paso del tiempo; menos de 1% de los varones operados por cirujanos expertos sufren problemas graves a largo plazo con el control urinario. De la misma forma, la disfunción eréctil mejora con el paso del tiempo. La mayor parte de varones menores de 55 años de edad recupera la función eréctil, a menudo con el auxilio de fármacos orales, si se conservaron ambos nervios cavernosos. Los varones de edad avanzada o aquellos con conserva. La técnica para la prostatectomía retropúbica radical abierta emplea una incisión en la línea media, desde la sínfisis del pubis hasta unos 5 cm por debajo de la cicatriz umbilical. No se penetra al peritoneo. Se extirpan los ganglios linfáticos entre la vena iliaca externa y los vasos obturadores a ambos lados, aunque esto puede omitirse en casos con muy baja probabilidad de compromiso. Algunos realizan de manera regular una disección más amplia que mejora la estadificación, aunque no es seguro que se obtenga algún beneficio terapéutico. Los nervios cavernosos están en posición posterolateral inmediata a la cápsula prostática. Pueden respetarse si no es probable que el cáncer penetre la cápsula de ese lado, lo que depende de parámetros preoperatorios como los resultados de la biopsia, PSA y hallazgos en la exploración física. La prostatectomía radical laparoscópica con asistencia robótica ya sustituyó a la prostatectomía laparoscópica a causa de la curva de aprendizaje y la mayor facilidad a causa de la sutura intracorpórea. Los beneficios sobre la prostatectomía retropúbica abierta incluyen menor hemorragia transoperatoria y convalecencia más corta. Algunos indican que se recupera la continencia en menos tiempo y las tasas de ED son más bajas, pero estos resultados todavía no tienen una demostración amplia. Las complicaciones de la

prostatectomía dependen del acceso. El acceso retropúbico puede ocasionar fístulas urinarias, linfocele y en muy raras ocasiones, lesión rectal o de uréter. La prostatectomía robótica utiliza un acceso transperitoneal que en ocasiones produce íleo, en particular en casos de fístula urinaria a través de la anastomosis vesicouretral.

→ **UROLOGÍA PEDIÁTRICA.**

1. Obstrucción de la unión ureteropélvica; La obstrucción de la unión ureteropélvica es la causa más común de hidronefrosis en la ecografía prenatal. La obstrucción de la UPJ también se observa a menudo en niños y adultos jóvenes. Existen causas intrínsecas y extrínsecas de obstrucción de UPJ y deben investigarse al momento de la presentación.
  - a. La eliminación tardía del medio de contraste o del marcador radiactivo implica obstrucción. Rara vez se realizan exámenes con penetración corporal con flujo a presión (prueba de Whitaker). No todos los casos de obstrucción de UPJ requieren intervención quirúrgica. Muchos niños con hidronefrosis secundaria a aparente obstrucción de la UPJ no tienen una obstrucción marcada y mejoran con el tiempo. Sin embargo, las personas con infecciones o disfunción renal necesitan la reparación para mejorar el drenaje. La pieloplastia abierta desmembrada se considera la técnica ideal, sobre todo en lactantes. En niños mayores o adultos, las técnicas de pieloplastia laparoscópica o robótica aceleran la convalecencia y reducen el dolor posoperatorio. Una técnica endoscópica, la endopielotomía, también es una opción en niños mayores y adultos, aunque no es tan efectiva como una pieloplastia desmembrada. La cirugía incluye ureteroscopia e incisión lateral de espesor total en el segmento ureteral afectado con bisturí o láser, con cuidado de no lesionar los vasos del hilio renal.