



12 DE DICIEMBRE DE 2022



## CIRUGÍAS UROLÓGICAS

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS COMPLEMENTARIAS

OSCAR ZEBADUA LOPEZ

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

## **RESECCIÓN TRASURETRAL DE LA PROSTATA**

La resección transuretral de próstata es de los procedimientos urológicos más realizados en instituciones de alta complejidad. A pesar de su uso por más de setenta años no ha perdido vigencia y su desempeño se ha consolidado en épocas recientes.

Se inserta un instrumento llamado resectoscopio a través de la punta del pene y dentro de la uretra. El resectoscopio es de ayuda para ver y recortar el exceso de tejido prostático que bloquea el flujo de orina. La resección transuretral de próstata se considera generalmente una opción para los hombres que tienen problemas urinarios moderados a graves que no respondieron a los medicamentos. A pesar de que se consideró la resección transuretral de próstata como el tratamiento más eficaz para el agrandamiento de la próstata, otros procedimientos mínimamente invasivos se están volviendo más eficaces.

El seguimiento postoperatorio se realiza cada 3 meses mediante PSA sérico, tacto rectal y ecografía transrectal durante el primero y segundo años, después cada 6 meses en los cinco años posteriores, haremos gammagrafía ósea y TAC-scan. Más tarde se controlará cada año.

Indicaciones.

Incluyen a aquellos pacientes con cáncer de próstata localizado comprobado histológicamente, estadios T1-2 y T3, examen Dígito 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 también se incluyen, así como aquellos con recurrencia bioquímicas de PSA tras radioterapia o braquiterapia. Ni la edad ni la obesidad limitaron las indicaciones para ser intervenidos.

### **Motivos del procedimiento quirúrgico**

Ayuda a reducir los síntomas urinarios que causa la hiperplasia prostática benigna, como los siguientes:

- Necesidad frecuente y urgente de miccionar
- Dificultad para comenzar la micción
- Micción lenta (prolongada)
- Micción más frecuente durante la noche

### **Complicaciones de la cirugía.**

- Infección urinaria
- Disfunción eréctil
- Sangrado intenso
- Dificultad para contener la orina

### **PROTASTECTOMÍA RADICAL ABIERTA**

**Es la única** modalidad de tratamiento primario del Cáncer de próstata (CaP) localizado que ha demostrado su eficacia frente a la vigilancia expectante. Los avances en el conocimiento de la anatomía prostática y pélvica en años recientes han contribuido a mejoras de la técnica quirúrgica que se han traducido en muy buenos resultados de supervivencia a largo plazo con resultados funcionales razonablemente buenos, aunque lejos de ser óptimos, independientemente de la técnica quirúrgica elegida, es decir prostatectomía radical abierta.

**Se** hace con anestesia general o raquídea; Por lo general, se hace una incisión en la parte baja del abdomen, aunque a veces la incisión se hace entre el recto y la base del pene. Puede colocarse una sonda en la vejiga a través de la piel en la parte inferior del abdomen para ayudar a irrigar la vejiga (lavado vesical postoperatorio) y otra sonda sale del pene para drenar la orina. Este procedimiento requiere una estancia hospitalaria y un período de recuperación ligeramente más largos que la resección transuretral de la próstata.

### **Indicaciones.**

- Próstata muy grande.
- Tiene divertículos vesicales o cálculos vesicales.

### **Complicaciones.**

- La posible necesidad de una transfusión sanguínea.

- Incapacidad para tener relaciones sexuales debido a problemas de erección.
- Vejiga hiperactiva
- Incontinencia

La recuperación temprana de la función eréctil en el postoperatorio dependerá tanto de la preservación anatómica como funcional de las estructuras neurovasculares y las arterias pudendas accesorias que rodean la próstata en pacientes adecuadamente seleccionados. El reconocimiento intraoperatorio de la vasculatura periprostática ayudará a disminuir el sangrado y reducir las complicaciones perioperatorias.

### **FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

ERGER-KUHNKE, A.; REUTER, M.A.: "La resección transuretral de la próstata de baja presión, resultados en 340 pacientes con adenomas grandes". Actas Urol. Esp., 30: 896, 2006.

Secin F; Bianco F. ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: FASCIAS Y ESFÍNTERES URINARIOS. Columbia University Division of Urology; 2017 3(8): 255-266.