

Universidad del sureste

Clínica Quirúrgica Complementaria

Resumen

Catedratico: Alfredo Lopez Lopez

**Alumno: Luis Francisco Chivardi
Hernández**

Carrera: Medicina Humana

7mo Semestre

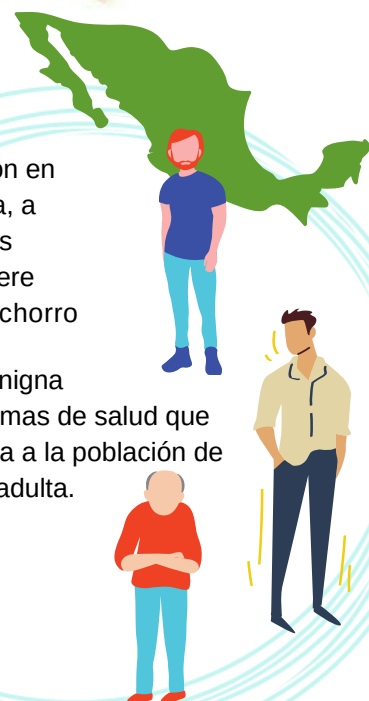
4to Parcial

Resección transuretral

Epidemiología

Es el estándar de oro del tratamiento quirúrgico del crecimiento prostático. Consiste en la remoción endoscópica vía uretral del tejido prostático obstructivo por medio de energía eléctrica monopolar o bipolar transmitida a una asa diatérmica.

Aproximadamente el 61% de la población en México reporta sintomatología prostática, a partir de los 55 años; 25% sufre de datos obstructivos a los 75 años, y el 50% refiere disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario

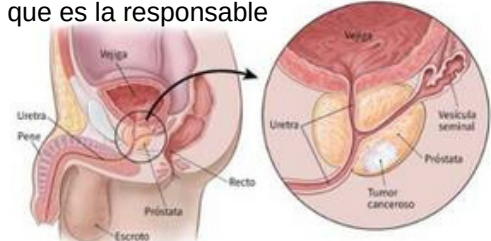


La hiperplasia prostática benigna (HPB), es uno de los problemas de salud que aqueja con mayor frecuencia a la población de sexo masculino en la edad adulta.

- Se estima que:
- 30 años - 10%
 - 40 años - 20%
 - 60 años - 50% a 60%
 - 70 y 80 años - 80% a 90%

Hiperplasia prostática benigna

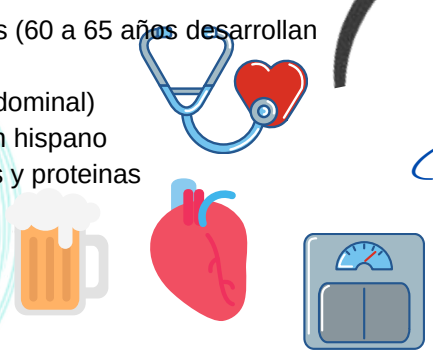
Es una enfermedad progresiva con origen hormonal, en donde la dihidrotestosterona (DTH), producto de acción de la enzima 5-alfa-reductasa tipo 2 sobre la testosterona, que es la responsable



Etiología

• síntomas) Mayores de 45 años (60 a 65 años desarrollan

- Obesidad (Nivel abdominal)
- Raza negra y origen hispano
- Dieta alta en grasas y proteínas
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Hipertensión
- Diabétes
- Diuréticos
- Vejiga hiperactiva
- Cardiopatías
- Infecciones en tracto urinario



- Detección microscópica de hiperplasia (Proliferación de estroma y epitelio).
 - Crecimiento de la próstata (Detectado por examen digital o ultrasonido)
 - Grupo de síntomas asociados con hiperplasia prostática
- Termino "Síntomas del tracto inferior" (STUI)

Fisiopatología

Desequilibrio en la dihidrotestosterona y elevación de estrógenos que hacen más sencibles los tejidos de la próstata, aumenta el tamaño de próstata

Signos y síntomas

- Disminución e intermitencia de fuerza de chorro
- Polaquiuria
- Nicturia
- Disuria inicial
- Esfuerzo abdominal
- Goteo posmiccional
- Orina residual no más de 50 ml



Exploración y Diagnóstico

Historia clínica: enfocado en vías urinarias, antecedentes familiares y procedimientos quirúrgicos previos.

Exploración física: Tacto rectal y examen digital con palpación prostática.

- Fosfatasa: alcalina y ácida.
- Biopsia: De aspiración y guiada por ecografía.
- Concentraciones de antígeno prostático específico
- Registro de flujo urinario
- Diagnóstico por imagenes
- Volumen residual de orina
- Estudios urodinámicos

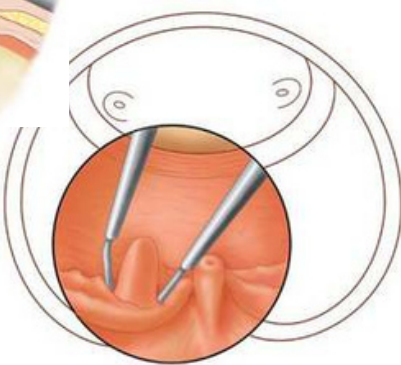
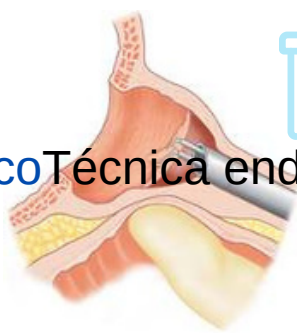
Tratamiento quirúrgico

Técnica endoscópica se considera

el estandar de oro en la cirugía prostática cuando el volumen de la glándula no supera los 80 cc, ya que su tasa de éxito, es decir, de solucionar el problema obstructivo

prostático, alcanza el 85-90%..

Consiste en introducir a través de la uretra un resectoscopio, instrumento que permite, bajo visión directa, cortar el tejido prostático en pequeños fragmentos y coagular los puntos sangrantes



Posición quirúrgica

Posición de Litotomía

Irrigación

Procedimiento encaminado a mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical

- Glicina 1.5%
- Sorbitol 3%
- Agua inyectable
- Solución salina 0.9%



Tipo de anestesia

Regional- Epidural

TIEMANN	
COUVELAIRE	
MERCIER	
DUFOUR	
FOLYSIL	

Premonadcanstés.

- MERCIER. Usada después de resección de adenoma prostático.
- TIEMANN. En pacientes prostáticos o de vaciado dificultoso.
- COUVELAIRE. En pacientes con hematuria o para mantener cicuito de lavado.
- DUFOUR. Para lavados vesicales con coagulos
- FOLYSIL. Postoperatorio de prostactectomía radical.