

La adenomectomía prostática transvesical

Dres. LUDER, O. I.; ROLANDELLI J. C.*

RESUMEN

Exponemos los criterios para indicar la adenomectomía prostática transvesical.

Describimos el método quirúrgico utilizado.

Analizamos la evolución, complicaciones y resultados obtenidos con esta conducta.

(Revista Argentina de Urología Vol. 56, Pag. 79, 1991)

Palabra clave: **Próstata - Adenomectomía transvesical.**

INTRODUCCION

Desde 1987 efectuamos adenomectomía prostática transvesical según la técnica que describimos a continuación.

Está inspirada en la descripción de Vincent O'Connors de Chicago (2) publicada en español en 1986; con las lógicas modificaciones, debidas a las diferencias del medio en que se actúa.

No hemos considerado en este trabajos a aquellos pacientes de los cuales perdimos el seguimiento.

MATERIAL Y METODO

Indicaciones:

Efectuamos la adenomectomía transvesical en 75 pacientes que representan el 36% de los prostáticos operados en este período.

Fue intervenido por esta vía todo adenoma de peso mayor de 40 grs.

Esta regla no es absoluta, ya que se han efectuado RTU a adenomas mayores, cuando, concomitantemente, presentaron cardiopatía o neumopatías importantes.

En cambio, se han operado a cielo abierto, adeno-

mas pequeños, cuando el paciente tuvo su residencia alejada. La razón es que la cirugía abierta tiene menos complicaciones tardías.

También se realizó cirugía transvesical en pacientes con divertículos vesicales que debían ser corregidos.

Los individuos con estenosis uretrales graves, anquilosis de cadera, cálculos vesicales y hernias inguinales pequeñas también fueron operados por vía abdominal.

Anestesia:

Utilizamos anestesia espinal. Si el paciente es aprensivo, agregamos hipnóticos. Si hay dificultades técnicas para la realización, hacemos anestesia endovenosa.

Técnica quirúrgica:

La noche anterior a la operación se higieniza al paciente con una solución de detergente aplicada a toda la región abdominogenital. Una hora antes de la cirugía es rasurado e higienizado. Es colocado en la mesa de operaciones, horizontal; se desinfecta con povidona yodada y se prepara el campo quirúrgico en la forma habitual.

Unos 4 cm por encima del pubis se efectúa una incisión horizontal en la piel incidiendo el celular subcutáneo y abriendo en la misma dirección la aponeu-

* Castelli 1147, Esperanza, Santa Fe

rosis abdominal. Luego se separa la cara anterior de los músculos rectos del abdomen, utilizando disección roma y cortante hacia arriba, hasta la proximidad del ombligo y, hacia abajo, hasta el pubis. A continuación se incide la línea blanca con tijeras y se amplía la brecha, arriba y abajo. Luego se realiza disección roma de la cara posterior de los músculos rectos.

En este momento se coloca en el plano prevesical un separador autoestático, se identifica la cara anterior de la vejiga, rechazando hacia arriba el peritoneo, y se jalona aquella con dos puntos de lino. Se incide horizontalmente la vejiga, con tijeras, entre los puntos; se evacua el contenido vesical con el aspirador y, a continuación, se agranda en sentido transversal, con los dedos, la incisión vesical, y se colocan otros dos puntos de lino en los extremos de ésta.

Se lava la vejiga con solución diluída de povidona yodada.

Se traslada el separador autoestático al interior de la vejiga, se la examina y se agregan uno o más separadores, según necesidad, para el logro de un campo adecuado. A continuación con electrobisturí se procede a incidir la mucosa vesical, circunferencialmente alrededor del orificio uretral, pasando a suficiente distancia de los meatos ureterales y tratando de adaptar el diámetro de la incisión al volumen del adenoma.

La disección del adenoma se efectúa con tijeras, iniciándola por el lóbulo medio. Se completa la disección digitalmente y se secciona la uretra distalmente al adenoma con tijeras. Sólo muy excepcionalmente se coloca un dedo rectal (creemos que es una maniobra contaminante y tratamos de evitarla).

Luego se coloca una mecha de gasa en el fondo de la cavidad prostática. A continuación con catgut simple O y con agujas curvas de tamaño adecuado a la loge, se colocan dos puntos en equis, uno en hora cuatro y otro en la hora ocho. Entre ambos se agregan algunos puntos, según la necesidad de la hemostasia y asegurando la unión de la mucosa vesical con la falsa cápsula prostática. Luego se revisa el interior de la cavidad y se hace hemostasia de cualquier otro vaso sangrante con puntos en equis horizontales. A veces, se completa la hemostasia con corriente de coagulación.

Por lo general, en este momento sólo persiste algo de sangrado venoso en la cara anterior. Se coloca una sonda Foley N° 22 y se realizan uno o dos puntos de sutura en la comisura anterior, utilizando una aguja grande. Si la hemostasia no es satisfactoria se colocan algunas trozos de esponja de celulosa oxidada

dentro de la cavidad.

A través de la cúpula vesical se instala una sonda Pezzer descabezada, que se hace salir por una contraabertura en la aponeurosis y piel, por arriba de la herida.

Un tubo de drenaje delgado se deja en el Retzius y se saca por contraabertura por debajo de la herida.

Se cierra la vejiga con un plano de sutura continua de catgut simple cero realizada con puntos pasados y una segunda, superpuesta a la primera, de puntos separados.

Se cierra la aponeurosis con una sutura continua de catgut crómico, se la refuerza con algunos puntos sueltos, luego se fijan los drenajes a la piel y se sutura la misma.

Se efectúa ligadura percutánea de los deferentes con catgut simple.

Siempre se realiza la incisión de la vejiga horizontalmente y cerca del cuello de la misma, esto nos brinda mejor visión del campo operatorio.

El tubo de drenaje transabdominal se coloca a través de la pared vesical anterior lo más alto posible.

Post-operatorio:

Los pacientes reciben antibióticoterapia, hidratación por venoclisis (4 litros cada 24 horas); se realizan transfusiones según necesidad.

Durante las primeras 12 horas se efectúa control de presión y pulso cada hora.

Habitualmente se realiza lavaje continuo de la vejiga con suero salino, que se mantiene 24 ó 36 horas. La venoclisis se suspende al tercer día y el paciente deambula.

Se le ordena al paciente que comience a mover las piernas cuando recupera la motilidad, luego de la anestesia espinal, el mismo día de la operación.

Al tercer o cuarto día se retira la sonda uretral. Entre el sexto y el octavo día, se retira el tubo transabdominal.

Si el paciente pierde orina por este orificio durante más de veinticuatro horas, se repone una sonda uretral calibre 16 que se deja entre tres y cinco días más.

Patología concomitante:

Las afecciones halladas en este grupo de pacientes, las podemos clasificar en locales y generales.

Las locales fueron:

- a) Obstrucción urinaria. Dieciocho enfermos eran portadores de sonda en el momento de la operación.

- b) Divertículos vesicales. Dos pacientes presentaron divertículo de gran tamaño, que se corrigió en el mismo acto quirúrgico.
- c) Fimosis. Dos pacientes tenían fimosis que se operaron simultáneamente.
- d) Hernia inguinal. Cinco pacientes presentaron hernias inguinales; dos de ellas fueron corregidas por la vía de Henry y otras tres, más grandes, fueron operadas por vía inguinal.

Las generales fueron:

- a) Hipertensión arterial, en 23 casos.
- b) Diabetes, en 11 pacientes.
- c) Insuficiencia respiratoria, en 5 pacientes.
- d) Insuficiencia renal, en 6 pacientes.
- e) Esquizofrenia, en 1 paciente.

Complicaciones:

Hubo dos infecciones quirúrgicas, que afectaron el celular subcutáneo, se drenaron y se dejaron cicatrizar por segunda.

Hubo dos epididimitis, no graves, que cedieron con antibióticos y antiinflamatorios.

Dos pacientes presentaron sangrado post-operatorio que obstruyó la sonda necesitando repetidos lavajes con jeringa Boneau; en uno de ellos fue necesario cambiar la sonda y reponer sangre.

Un paciente requirió lavaje vesical con solución alcalina para disolver restos de spongostán.

No hubo incontinencia urinaria, excepto alguna que desapareció, antes de los dos meses de operado.

Hasta el momento de escribir esto, no hubo estrechez uretral en este grupo.

La mortalidad fue cero.

CONCLUSIONES

Pensamos que este procedimiento para efectuar la

adenomectomía prostática ha permitido acortar la internación.

En los últimos tres años se operaron 75 enfermos con esta técnica y el promedio de internación fue de 7,6 días. El paciente que estuvo menos tiempo internado permaneció 4 días y el que más, 14.

Creemos que retirar precozmente el catéter uretral ha evitado la aparición de estenosis uretrales en el posoperatorio. Además el enfermo tiene más confort y han disminuído los cuadros febriles.

La incisión horizontal de la vejiga cicatriza mejor, creemos que esto ocurre porque desvasculariza menos.

Hacer la incisión vesical baja nos brinda mejor visión de la cavidad prostática y de esta forma la hemostasia es más exacta.

La incisión de Pfannenstiel no presentó eventraciones. Creemos que es una virtud de esta incisión, cicatrizar más rápido y no dejar puntos débiles.

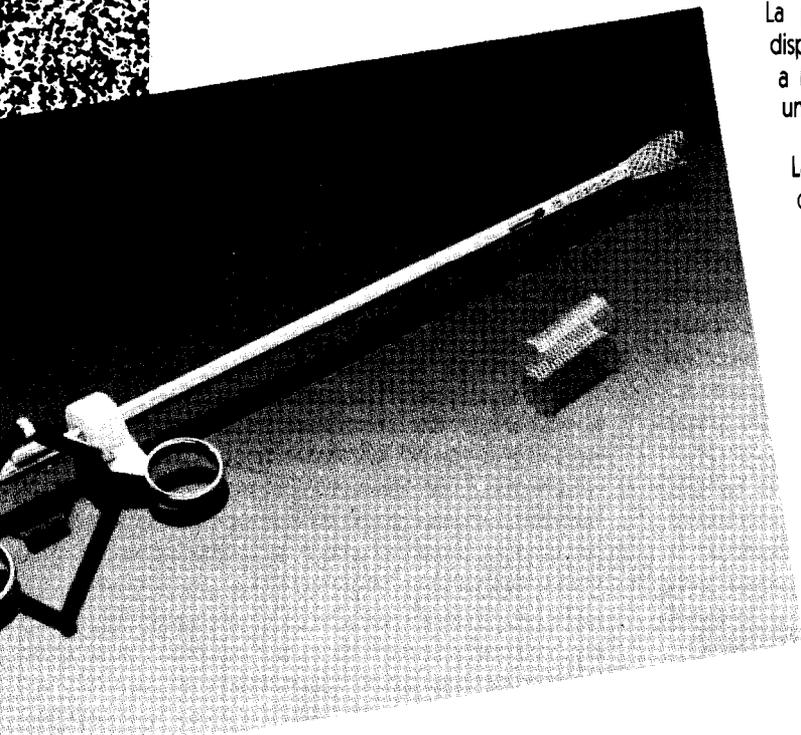
Por último, debemos observar que hubo un alto número de pacientes portadores de sonda uretral, todos ellos eran habitantes de zonas rurales que consultaron tardíamente.

BIBLIOGRAFIA

1. BLANDY J. P. 1981. Resección transuretral. p. 43 Editorial Jims S.A.
2. O'CONNORS V. J. 1986. Cirugía urológica de J. Glenn p. 863 Editorial Salvat, Barcelona.
3. PUIGVERT, ANTONIO 1971. Tratado de operatoria urológica p. 470. Editorial Labor, Barcelona.
4. SWINNEY J. y HAMMERSLEY D. P. 1965. Cirugía urológica p. 213 Editorial Salvat, Barcelona.

PROTESIS ENDOURETRAL WALLSTENT AMS - UROLUME

Ya se realizaron en la Argentina los primeros implantes



La prótesis endouretral UroLume (Wallstent) de AMS es dispositivo implantable destinado a los hombres que necesitan un tratamiento para mitigar la obstrucción urinaria

La prótesis consiste en un cilindro de malla trenzada fabricada con hilo de superaleación biocompatible.

Por su diseño exclusivo, la prótesis ejerce una fuerza radial que permite lograr y conservar la expansión, manteniendo al mismo tiempo la flexibilidad.

El ureterio crece sobre la endoprótesis con lo que la misma queda englobada en la pared uretral.

El implante es sencillo: una especial herramienta de aplicación, provista con la prótesis, facilita la visualización citoscópica del posicionamiento del UroLume, que puede ser así implantado en el lugar exacto de la estenosis.

El procedimiento dura unos 20 a 30 minutos.

SERVICIOS DE UROLAB

Ofrecemos la ayuda de un colega urólogo con experiencia en el implante de UroLume, para que asista durante el procedimiento.

Ofrecemos suministrar dos medidas de prótesis (2 cm y 3 cm) en el momento del implante. La longitud correcta se determina durante el procedimiento.

Ofrecemos asistir al paciente o a su familia para la obtención de cobertura por parte de la Obra Social.

UROLAB

DIVISION DE CARDIOLAB S.A.

Av. Córdoba 1345, 9° piso 1055 - BUENOS AIRES 42-9620/9629/9690/9699 Fax. (01) 953-0069

Distribuidores y representantes en 20 ciudades del interior del país.