

75 aniversario

75 anniversary

**TECNICA ANATOMICA PARA LA RESECCION
TRANSURETRAL DE LA HIPERPLASIA PROSTATICA
BENIGNA****ANATOMIC TECHNIQUE FOR THE TRANSURETHRAL
RESECTION OF THE BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

Dr. Villamil, A. A.*

RESUMEN: *Se describe una técnica para la resección endoscópica de la hiperplasia benigna de la próstata, que tiene como característica principal resecar por tiempo operatorio lóbulo por lóbulo, modalidad que justifica su denominación de "técnica anatómica".*

Se enumeran sus ventajas frente a otras técnicas, por la sencillez de su ejecución, la fácil orientación intraoperatoria para el cirujano novel, independientemente del volumen o la morfología prostática, con el control de la hemostasia por tiempo operatorio.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 1, Pág. 58, 1999)

Palabras clave: Próstata; Hiperplasia benigna; Resección endoscópica; Técnica anatómica.

SUMMARY: *A technique is described of endoscopic resection for benign hyperplasia of the prostate, which its main characteristic is a resection done in operative steps lobe by lobe. This mode justifies its denomination of "anatomic technique".*

Its advantages are stressed against other techniques done to the simplicity of its performance, its orientative phase for the novel resectionist, irrespective of the prostatic volume or morphology and with controlled hemostasis.

(Rev. Arg. de Urol., Vo. 64, N° 1, Pag. 58, 1999)

Key words: Prostate; Benign hyperplasia; Endoscopic resection; Anatomic technique.

INTRODUCCION

La resección transuretral de la próstata consiste en la remoción del tejido prostático hiperplásico, mediante el instrumental adecuado, introducido a través de la

uretra, vía natural de entrada al aparato urinario.

Es un verdadero tallado de la uretra posterior, que el reseccionista realiza con una sucesión coordinada y rítmica de cortes, con empleo mínimo de tiempo y pérdida reducida de sangre.

Todas las técnicas descritas tienen una variada dosis de ingenio, a las cuales cada cirujano entrenado les agrega ingredientes personales.

Para su selección se deberá tener en cuenta:

- 1) Sencillez en su ejecución.
- 2) Orientación intraoperatoria fácil.
- 3) Control hemostático por tiempo operatorio.

* Jefe del Servicio de Urología, Policlínico Ferroviario Central.
Ramón S. Castillo 350, (1104) Buenos Aires. Argentina
Tel.: 4311-2227.

4) Posibilidad de interrumpir la operación, completado alguno de sus tiempos.

5) Su utilización debe ser indiferente al tamaño o morfología de la próstata.

En términos generales, la técnica que se describe tiene principios "anatómicos", al resecar lóbulo por lóbulo, con el consiguiente control hemostático.

MATERIAL Y METODOS

Técnica: Con la introducción del resector, bajo el control visual con la óptica foroblicua, el cirujano primeramente inspecciona la uretra anterior y luego reconoce importantes referencias anatómicas: el esfínter externo, el veromontano, el cuello vesical y los meatos ureterales; visualiza toda la superficie de las paredes vesicales y si es necesario con ópticas de diferente ángulo. Calculará mentalmente el volumen a resecar.

Primer tiempo: Consiste en la resección de la totalidad del lóbulo medio. Se traza el primer corte a la hora 6 desde el cuello hasta la proximidad del vero, repitiendo sucesivos cortes hacia la derecha e izquierda entre las horas 5 y 7 (Figura 1).



Figura 1: Primer tiempo, lóbulo medio.

La profundidad de la resección dependerá del tipo y espesor del lóbulo, hasta descubrir las fibras longitudinales del cuello y la cápsula (Figuras 2 y 3).

Próximo al cuello, en las horas 5 y 7, se encuentra un pedículo arterial (arterias de *Gil Vernet*), que deben ser coaguladas (Foto 1).

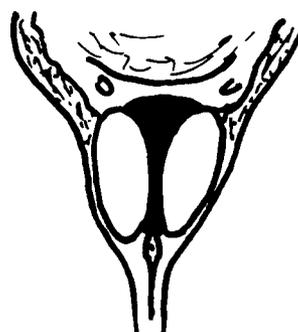
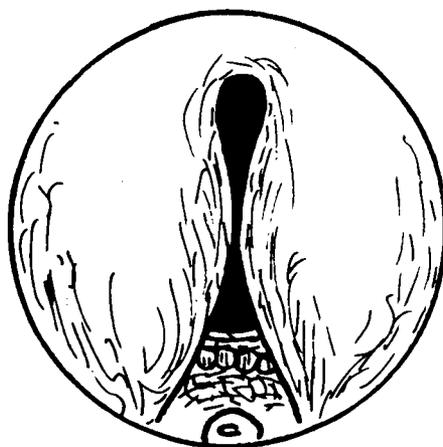


Figura 2: Lóbulo medio resecado.

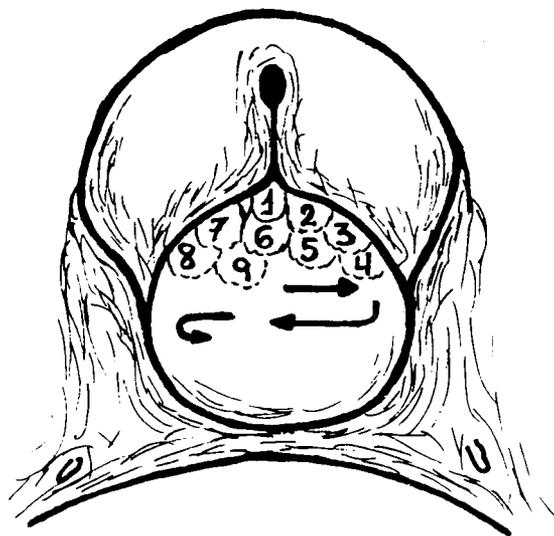


Figura 3: Visión endovesical.



Foto 1

Segundo tiempo: Se comienza con el lóbulo de mayor volumen, trazándose un surco entre las horas 1 y 3 u 11 y 15 de acuerdo con el lado elegido (Figura 4). El lóbulo sin su sostén inferior, aportado por el lóbulo medio y desprendido ahora de su sostén superior, cae hacia la línea media, facilitando su resección, que incluye la correspondiente zona apical (Figura 5).

Finalizado este segundo tiempo, puede observarse una desobstrucción parcial de la uretra posterior (Foto 2).

Tercer tiempo: Se procede de la misma forma, con el lóbulo lateral restante (Figura 6).

Cuarto tiempo: Entre las horas 11 y 1 se extiende la zona anterior o peligrosa, como la denomina *Iglesias*. Generalmente de escaso espesor, sangra con facilidad, especialmente sobre el labio anterior del cuello vesical y de engorrosa hemostasia, por la dificultad de identificar los vasos. Su resección debe ser cautelosa, enganchando el ansa más distal al cuello, para lograr eludirlo (Figura 7).

Con la longitud de los cortes, el reseccionista tendrá en cuenta dos aspectos: por un lado, la falta de visualización del vero por la posición invertida de la óptica, y por la otra, la disposición anatómica del esfínter externo, más proximal en su vertiente superior que en la inferior, para evitar dañarlo.

Los minutos finales se emplearán en regularizar las paredes tonelizadas de la lodge prostática y en revisar minuciosamente la hemostasia.

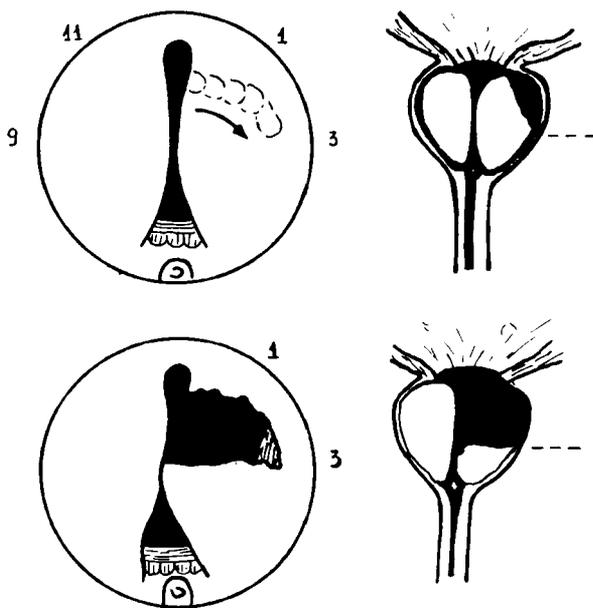


Figura 4: Segundo tiempo: lóbulo lateral.

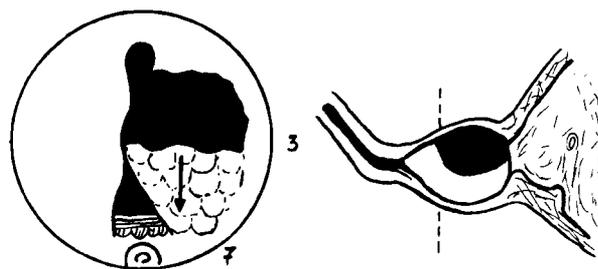


Figura 5: Zona apical del lóbulo lateral.

Una vez evacuados los trozos de tejido depositados en el fondo vesical, se procede al llenado de la vejiga con líquido de irrigación, observándose, al retirar el endoscopio y por la presión manual suprapúbica, la calidad del chorro que espontáneamente sale por la uretra. El aspecto del chorro es directamente proporcional a la desobstrucción lograda.

Se coloca una sonda *Foley* de triple vía, calibre 22 o 24 Fr con mandril, para evitar traumatismos, especialmente sobre el labio posterior del cuello. El balón es inflado dentro de la cavidad vesical. El lavado continuo con solución fisiológica se mantiene durante las primeras 6 a 12 horas, de acuerdo con las necesidades.

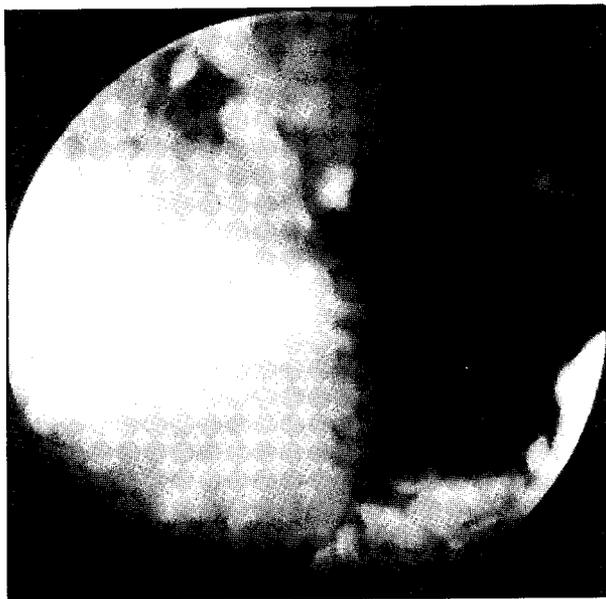


Foto 2



Figura 6: Tercer tiempo: lóbulo contralateral.

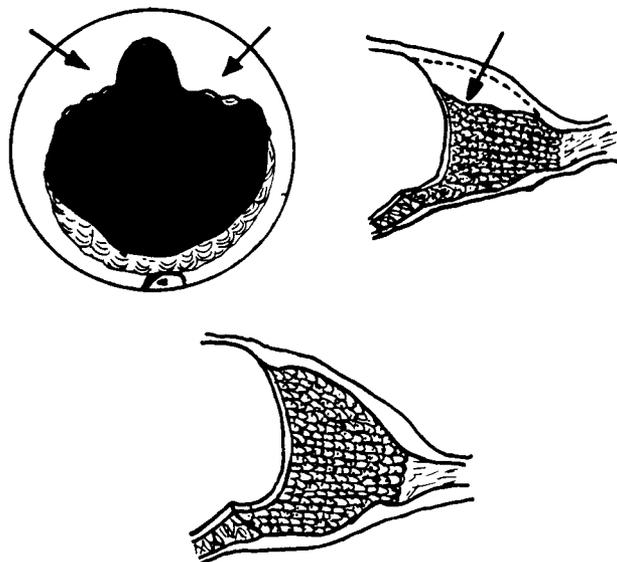


Figura 7: Cuarto tiempo: Resección de la zona anterior.

En adenomas pequeños con escasa hemorragia o nula, el lavado vesical no es utilizado.

Se moviliza al paciente dentro de las 12 a 24 horas y la sonda se retira entre las 24 a 48 horas, de acuerdo con el aclaramiento de la orina y su estado general.

DISCUSION

Toda operación correctamente ejecutada debe cumplir con las cuatro reglas de *Browne*, con el resector con la óptica foroblicua bien centrado y el vero visible: 1) no debe caer ninguna masa a la luz uretral; 2) el cuello vesical redondeado y abierto debe mostrar sus fibras circulares en toda su circunferencia, desprovisto de tejido prostático; 3) la cavidad prostática debe ser de paredes cóncavas y lisas; 4) la integridad anatómica del vero debe observarse, junto con la ausencia de las masas apicales. Personalmente agrego una quinta regla: hemostasia satisfactoria (Foto 3).

COMENTARIO

La técnica descrita cumple con los requisitos previamente fijados:

1) *Sencillez en su ejecución*: ausencia de surcos y colgajos a ambos lados del eje prostático, que pueden confundir especialmente a los cirujanos más noveles y que obliga a posiciones y maniobras extremas con el endoscopio.

2) *Orientación intraoperatoria fácil*: el orden de tra-



Foto 3

tar lóbulo por lóbulo hasta su total resección no permite saltar tiempos ni maniobras.

3) *Control hemostático por tiempo operatorio*: asegura una mínima pérdida de sangre.

4) *Posibilidad de interrumpir la operación, comple-*

tado alguno de sus tiempos: si por alguna circunstancia el cirujano se ve obligado a suspender la intervención una vez concluido alguno de sus tiempos, quedará la uretra parcialmente desobstruida y con la hemostasia terminada. En una segunda intervención se ejecutará el o los tiempos restantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Blandy, J. P.: The history and current problems of prostatic obstruction in benign prostatic hypertrophy. *En*: Blandy, J. P. y Litton (eds.): *The Prostate*. Bultrwoths, London, 1986.
2. Blandy, J. P.: *Resección Transuretral*. Editorial Jims, Barcelona, 1981.
3. Cifuentes Delatte: *Cirugía Urológica Endoscópica*. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1981.
4. Greene, L. P.: Use of hemostatic bag after transurethral prostatectomy. *J. Urol.*, 106: 915-919, 1997.
5. Greene-Segura: *En*: *Transurethral Surgery*. Saunders Company, 1979.
6. Nesbit, R. M.: *Transurethral Prostatectomy*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas Publisher, 1943.
7. Nesbit R. M.: A history of transurethral prostatic resection. *En*: Silberg, S. J. (ed.): *Transurethral Resection*. New York, Appleton-Century-Croft, 1977; p. 1.
8. Orandi, A.: Transurethral incision of the prostate. *J. Urol.*, 110: 229-231, 1973.
9. Vicente, R.: *En*: *Tratado de Endourología*. Ediciones Pulso, Barcelona, 1996.