

# Adenomectomía prostática con técnica de Madigan

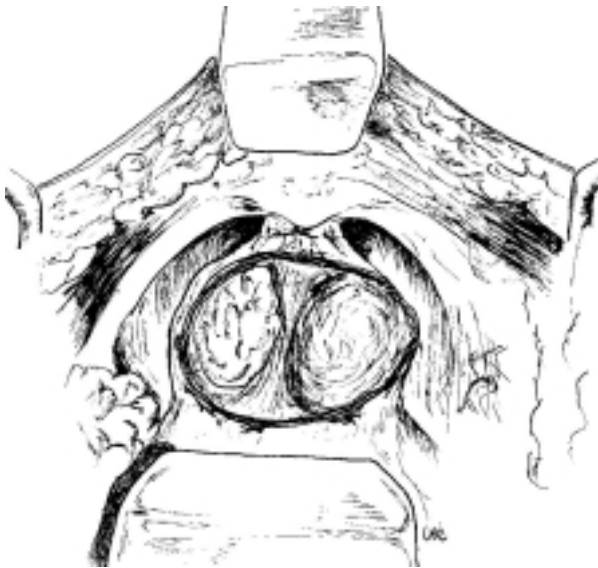
## Prostatic adenomectomy, Madigan technique

Dres. Borghi, M.;  
Cobrerros, C.;  
Becher, E..

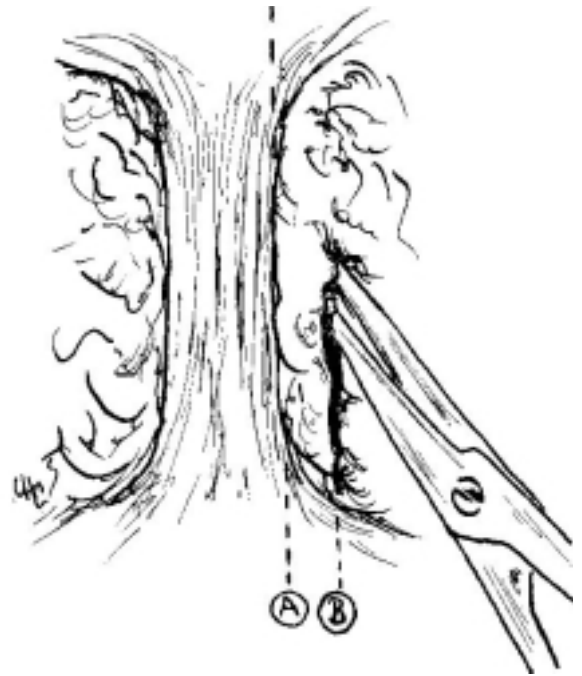
**Resumen:** La Técnica de *Madigan* ofrece en comparación con las técnicas habituales de Adenomectomía prostática (retropubiana o transvesical) la ventaja de la conservación de la uretra prostática. Por lo cual, al no abrir la vía urinaria se evitan complicaciones postoperatorias habituales de otras técnicas, tales como hematuria, bloqueo vesical por coágulos, y anticipa la extracción de la sonda vesical. Esta técnica tiene además como ventaja un tiempo de internación muy corto, no necesita de lavado vesical, el tiempo de permanencia de la sonda *Foley* doble vía tiene un promedio de 24 a 48 horas posquirúrgicas, y un alto porcentaje de los pacientes sometidos a esta técnica conservan la eyaculación anterógrada. A medida que progresamos en nuestra casuística incorporamos modificaciones a la técnica original (descrita por *Madigan* en 1990).



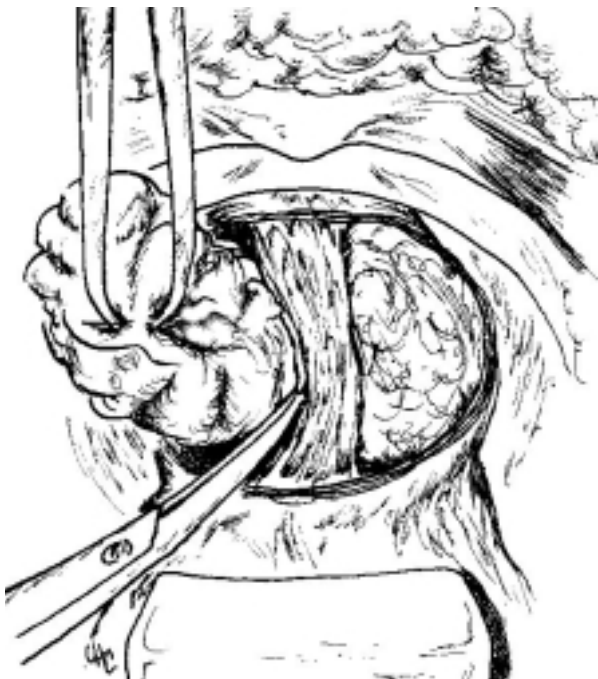
**Fig. 1.** Paciente con sonda *Foley* doble vía 18 Fr. Luego de incisión mediana infraumbilical, se expone la cara anterior prostática, ligando a distal el plexo venoso de Santorini y a proximal a una distancia de 3 cm (de acuerdo con el volumen prostático) de dicho punto se coloca una hilera de puntos hemostáticos, que compromete la cápsula, pero no el tejido adenomatoso.



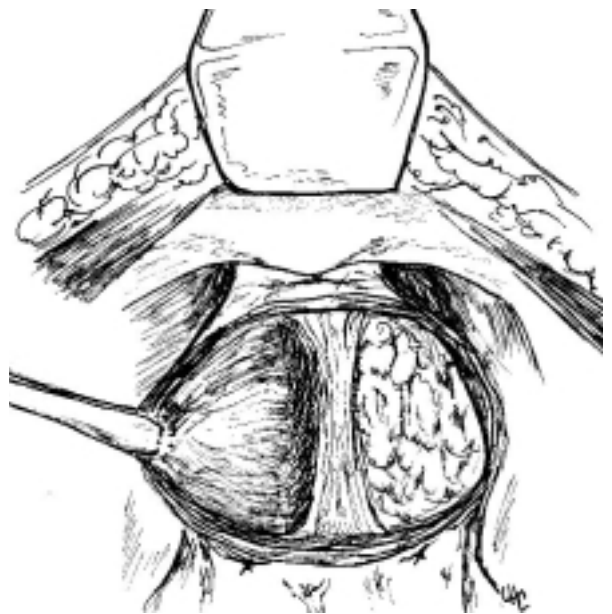
**Fig. 2.** Apertura de la cápsula prostática en dirección transversal a una distancia media de los puntos hemostáticos, exponiendo el tejido adenomatoso. Visualícese en el dibujo el adenoma izquierdo ya expuesto.



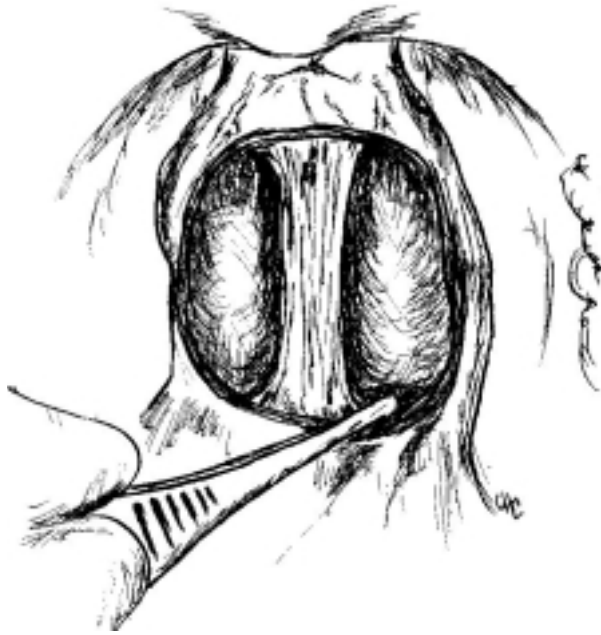
**Fig. 3.** La disección en la línea media la realizamos a unos 2 o 3 mm (B) de lo que hemos denominado "falso plano de clivaje" (A). En nuestra experiencia el ingresar por este plano que se manifiesta como el ideal entre el adenoma y el plano uretral significó siempre apertura uretral.



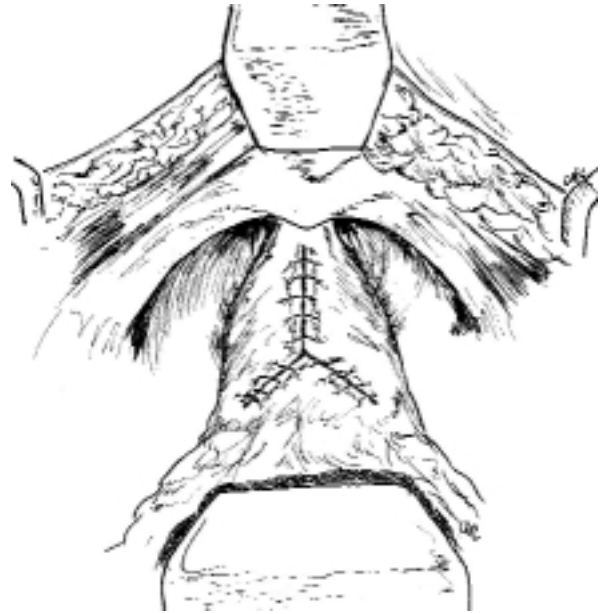
**Fig. 4.** Liberado el adenoma en la línea media se prosigue con maniobras romas a la enucleación del mismo. La exteriorización del adenoma se logra con una tracción suave hacia el cenit con una pinza herina. Las maniobras intempestivas o la tracción exagerada alteran la posición normal uretral, lo cual puede conllevar disrupción de la vía urinaria.



**Fig. 5.** Lecho adenomatoso izquierdo.



**Fig. 6.** De igual forma se procede con la exéresis del adenoma contralateral. Obsérvese que si bien en la línea media la porción anterior de la uretra se visualiza de un grosor considerable, hacia posterior dicho plano se afina de tal manera que se puede palpar la sonda Foley a través de la pared uretral.



**Fig. 7.** Finalmente se cierra la cápsula prostática en forma de "Y" con la finalidad de elongar la uretra. Esta modificación de la técnica busca evitar la disuria y frecuencia de los primeros días posquirúrgicos que observamos en algunos pacientes, lo cual lo atribuimos al pliegue de la uretra sobre sí misma (kinking). Se deja posteriormente drenaje por contrabertura. Se mantiene la sonda Foley doble vía 18 French con la cual se inició la cirugía. Síntesis por planos.