

# Funcionamiento de una unidad de cirugía endoscópica transuretral

Dres. Jorge Pereyra Bonasso, Mario Gayol Collete,  
Julio Viola Peluffo y Luis García Guido

Se expone la forma de funcionamiento de una unidad de cirugía endoscópica transuretral en que se han realizado 215 procedimientos de este tipo en 173 pacientes en el curso de 12 meses, con buenos resultados. Se trataron afecciones de la uretra, la próstata, el cuello vesical, la vejiga y el uréter terminal. No existió mortalidad.

*Palabras clave* (Key words, Mots clés) MEDLARS: Endoscopy.

El motivo de la presente comunicación es exponer brevemente la forma en que nuestro grupo está trabajando en cirugía transuretral, fundamentalmente en lo referente a organización e infraestructura para que el cirujano actúe sin sobresaltos brindando al paciente las mayores seguridades.

## ASPECTOS TECNICOS

Los integrantes del grupo han realizado cursos y entrenamiento en el exterior: al actuar conjuntamente se genera un permanente intercambio de conocimientos y experiencias adquiridos en diferentes escuelas, que se confrontan en cada caso clínico.

En cada intervención actúan el cirujano y su ayudante quirúrgico: los asiste la instrumentadora, correctamente entrenada tanto en el seguimiento del acto operatorio como en el manejo, cuidado y esterilización del instrumental.

El acto anestésico, preferentemente peridural, es realizado y controlado por anestesiólogos particularmente entrenados en dicha técnica y en el diagnóstico precoz de las complicaciones de la R.T.U.

Cada intervención es registrada en una ficha concebida para que consten en ella todos los datos referentes a la enfermedad, al acto quirúrgico y a la evolución postoperatoria, facilitando la rápida revisión de la casuística. Esta ficha se archiva y permanece junto al instrumental, por lo que siempre se encuentra a disposición del cirujano: esto es particularmente

*Unidad de Cirugía Urológica Transuretral. Hospital Italiano. Montevideo.*

útil en los pacientes portadores de neoplasias vesicales, que suelen requerir cirugías reiteradas en el tiempo.

## Instrumental

Se emplea instrumental ACMI en correctas condiciones de funcionamiento y con duplicación de todos sus elementos para cubrir eventuales desperfectos.

La mesa de R.T.U. cuenta con 2 resectoscopios, uno convencional y otro de flujo continuo, con todos sus accesorios. La mesa de uretrotomía interna cuenta con el uretrótomo endoscópico de Sasche y sus accesorios. La mesa de litiasis y biopsia incluye un cistolitotritor ciego, un cistolitotritor óptico, sondas de Dormia para cálculos ureterales, pinza de biopsia vesical y de extracción de cuerpo extraño vesical, y agujas de biopsia prostática (1, 2).

Para la iluminación se cuenta con 2 fuentes de luz y 2 cables de fibra óptica. Las fuentes eléctricas son un electrobisturí Valley - lab modelo 3 B y un electrobisturí Electrotom.

Se ha construido un carro de acero inoxidable con ruedas y puertas munidas de llave de seguridad, con las funciones de resguardo, traslado y apoyo del instrumental. Consta de dos compartimientos, uno superior y otro inferior, en los que se guarda el instrumental bajo llave. Pero la cara superior de cada compartimiento se utiliza como mesa de apoyo durante el acto quirúrgico: en la superior se colocan a la vista del cirujano la fuente de luz y el electrobisturí; en la inferior la reserva de líquido irrigante. El carro cuenta además a sus lados con 2 soportes para los irrigadores; éstos se conectan mediante un tubo en Y que permite reabastecer uno mientras se emplea el otro. Terminada la sesión quirúrgica todo el instrumental se restituye a los compartimientos bajo llave. Por otra parte cualquier sala quirúrgica convencional se transforma en sala de R.T.U. con sólo trasladar el carro (fig. 1).

## Antisepsia

Se han confeccionado campos en forma de piñera que simplifican la adecuada protección del campo operatorio, que se complementan con un campo fenestrado y el campo plástico en forma de embudo entre el paciente y el cirujano; éste evita el derrame del líquido

Presentado como Tema libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1980.

Profesor Agregado de Urología, Fac. de Medicina; Médico Urólogo del Hosp. de Rosario (Dpto. Colonia); Ex Profesor Agregado y Profesor Adjunto de Urología, Fac. de Medicina, Montevideo.

Dirección: 18 de Julio 1712, Montevideo. (Dr. J. Pereyra Bonasso)

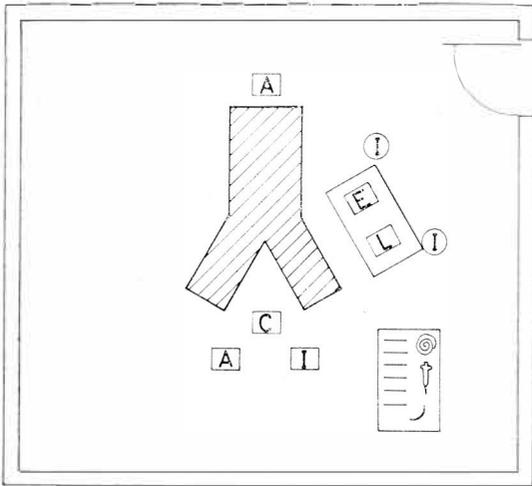


FIG. 1.— Adaptación de la sala quirúrgica convencional a cirugía transuretral. Equipo quirúrgico compuesto por cirujano (C), ayudante a su izquierda (A) e instrumentadora a su derecha (I). Anestesiólogo (A). El carro a la izquierda del paciente con la fuente lumínica (L) y la fuente eléctrica (E) en la mesa superior y la reserva de irrigante en la mesa inferior. Suspendidos en 2 ángulos del carro están los reservorios de irrigante (I-I), a la altura regulable. La mesa de instrumental a la derecha de la instrumentadora. Finalizada la sesión el instrumental queda depositado bajo llave en el carro y éste se retira de la sala.

irrigante y facilita la recolección del material extirpado.

Se cuenta con variedad de sondas uretrovesicales y de bolsas de recolección de orina con llave de vaciado. De esta forma toda la manipulación queda completada en la propia sala quirúrgica, evitando dificultades luego del traslado, y la orina se recoge en sistema cerrado hasta que se considere oportuno el retiro definitivo de la sonda vesical.

**CASUÍSTICA**

En el término de 12 meses se han efectuado 215 procedimientos de cirugía endoscópica transuretral en 173 pacientes (tablas I y II), con resultados muy satisfactorios. No ha existido mortalidad. La morbilidad ha sido similar a la registrada en la literatura (1, 2) (tabla III).

TABLA I

En 173 pacientes se realizaron 215 procedimientos de cirugía transuretral. En 12 pacientes con carcinoma vesical recidivante se realizaron 33 intervenciones. En 21 pacientes se realizaron 2 procedimientos simultáneos.

Ca. superficial multicéntrico ..	17
Carcinoma superficial	36
Carcinoma invasor	13
Ca. invasor multicéntrico	4
	70

TABLA II

En 49 pacientes se realizaron 70 resecciones transuretrales de carcinoma vesical; 12 pacientes con carcinoma recidivante requirieron 33 intervenciones.

<b>Uretra</b>	
Estrechez uretral .....	12
<b>Próstata</b>	
Adenoma prostático .....	100
Carcinoma prostático .....	12
Prostatitis crónica .....	1
<b>Cuello</b>	
Esclerosis cervical .....	2
<b>Vejiga</b>	
Carcinoma vesical .....	70
Litiasis vesical .....	13
Cérvico-trigonitis .....	1
Fistula vésico-vaginal .....	2
<b>Uréter</b>	
Tumor uréter terminal .....	1
Ureterocele .....	1
	215

TABLA III

Complicaciones ocurridas en 215 cirugías transuretrales efectuadas a 173 pacientes en el curso de 12 meses. No existió mortalidad. Ocurrió una complicación irreversible (incontinencia de orina).

	%	
Mortalidad	0	0
Morbilidad	0	0.5

**RESUME**

**Fonctionnement d'une unité de chirurgie endoscopique transurétrale**

On expose le mode de fonctionnement d'une unité de chirurgie endoscopique transurétrale, dans laquelle on a réalisé 215 procédés de ce type chez 173 patients, pendant 12 mois. Avec de bons résultats. On a traité des affections de l'urètre, de la prostate, du col vésical, de la vessie et de l'uretère terminal. Il n'y a pas eu de mortalité.

**SUMMARY**

**Performance of a Transuretral Endoscopic Surgery Unit**

Report on performance of a transuretral endoscopic surgery unit covering 215 such operations on 173 patients during the course of a 12-month period, with good results. Correctional procedures were performed on urethra, prostate, neck of bladder and terminal ureter.

There were no deaths.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- PURPON I. Prostatectomia transuretral endoscópica. Madrid. Queromon, 1979.
- VICENTE J. Adenomectomia transuretral. Barcelona. Eco, 1979.