

11246

15
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S. A.



ESCLEROSIS DEL CUELLO VESICAL EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGIA

P R E S E N T A
DR. RAMON ADALBERTO RODRIGUEZ LAY



MEXICO, D. F.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	1
I.- INTRODUCCION	
CONSIDERACIONES	
GENERALES	2
ANATOMIA	4
FISIOPATOGENIA	5
DIAGNOSTICO	6
TRATAMIENTO	7
II.- OBJETIVOS	8
III.- JUSTIFICACION	8
IV.- MATERIALES Y METODOS	9
V.- RESULTADOS	11
VI.- DISCUSION	22
VII.- CONCLUSIONES	32
VIII.- BIBLIOGRAFIA	33

RESUMEN

Se revisa la experiencia del servicio de Urología y Nefrología del Hospital General de México durante los últimos cinco años en el manejo de la esclerosis de cuello vesical, secundaria a cirugía de adenoma prostático. Se estudiaron cincuenta y tres pacientes que tuvieron expedientes (clínicos y radiológicos). Se evalúa el seguimiento clínico de cada uno luego de ser manejado quirúrgicamente bajo los lineamientos de la clasificación de la esclerosis de cuello establecida en nuestro servicio; y se procura implementar la misma como norma para el diagnóstico y tratamiento de esta afección.

Nosotros encontramos respuestas buenas en el 75% de los pacientes manejados con resección simple de cuello vesical, y 53% de respuestas buenas a los que se les practicó resección de cuello hasta grasa. Los pacientes multioperados que se agruparon en grado III de la clasificación se manejaron con colgajo de vejiga con 100% de respuestas buenas.

Pensamos que las técnicas utilizadas para corregir la esclerosis de cuello son alternativas importantes a considerar.

I.- INTRODUCCION

CONSIDERACIONES GENERALES :

La contractura del cuello vesical es una de las más antiguas y probablemente comunes de las afecciones urológicas. Hipócrates y Galeno pensaron en métodos transuretrales para el tratamiento de la contractura vesical. En 1525 Ambrosio Paré desarrolló un instrumento transuretral para incidir "las carnosidades del cuello vesical", y Guthrie en 1830 implementó las "valvas" que consistían en un dispositivo capaz de incidir las contracturas del cuello vesical. Además hubo otros como Mercier y Civiale que aportaron instrumentos similares. Albarrán(1870) hizo un instrumento transuretral con el cual podía cortar y fulgurar vasos sangrantes al mismo tiempo, pero no fué sino hasta 1910 cuando Hugh H. Young reportó una serie de aproximadamente 300 enfermos con obstrucción moderada, tratados con su famoso "sacabocado prostático con excelentes resultados. No cabe la menor duda que en los años veinte el electroresectoscopio de Stern-McCarthy revolucionó y relegó al pasado tanto técnicas como instrumentos previos.(1)

En 1918 Danslow, describió la esclerosis del cuello vesical como una complicación de la cirugía prostática (2) y en 1933 Marion preocupado por las afecciones del cuello vesical describió los tipos adquiridos y congénitos(nifios), ambos caracterizados por alteraciones miccionales causadas por el cuello vesical sin lesión visible y no imputable a lesiones nerviosas.(3,4)

A mediados del presente siglo el Irlandés Millin, popularizó la

prostatectomía retropúbica y reportó en sus primeros setenta y cinco casos, cinco contracturas del cuello vesical, situación que desapareció en los siguientes doscientos enfermos luego de trigonizar.(5) A partir de entonces y con el auge de la cirugía prostática (suprapúbica, perineal y endoscópica) surge una complicación tanto para el paciente como para el cirujano, que consiste en la formación de tejido cicatrizal excesivo en el cuello vesical que condiciona trastornos irritativos y/o obstructivos urinarios bajos, posterior a la cirugía.(4,5,6,7,8,9,10,11)

Rolnick en 1951, notó que la resección transuretral en pacientes con adenomas prostáticos intrauretrales tenían, resultados funcionales muy pobres comparados con grandes hipertrofias.(8,12) Salant y cols. en 1990, afirmaron este hecho.(11) Sin embargo Lundhus y cols. en 1987, evaluaron la extensión de la resección transuretral en pacientes con hipertrofia benigna en un estudio comparativo por peso de tejido obtenido, y no establecieron diferencia entre próstatas grandes y pequeñas en la predisposición de la esclerosis del cuello vesical.(13)

Hoy en los albores del siglo XXI, a pesar de modernos instrumentos y mejores técnicas quirúrgicas, esta complicación representa al urólogo un difícil problema de manejo. Muestra de esto son los altos porcentajes de incidencias presentados por Walsh, Bahnson y Catalona luego de la cirugía radical(2.6-23%).(14,19) Y otros autores como Salant, Sikafi, Robinson y Smith entre otros, luego de la cirugía para la hipertrofia benigna, en los que varía de 0.14-20%.(5,11,18) Pero lo más preocu-

pante es la alta tasa de recurrencia de esta complicación que se reporta en cifras del 10-90% según el método empleado. (5,11,18)

En el interés de establecer un ordenado método diagnóstico que garantice un óptimo manejo de nuestros pacientes, nosotros (Reyna y cols) hemos establecidos una clasificación de la esclerosis del cuello de la vejiga y además normando la conducta terapéutica según el grado de afección encontrado. Presentamos nuestra experiencia durante los últimos cinco años y ponemos a consideración nuestro manejo.

ANATOMIA

La anatomía del cuello vesical se describe basado en la musculatura del trígono, músculo detrusor y la ureteral. El trígono está compuesto por dos capas musculares : una superficial, que es continuación directa de la musculatura ureteral, y una profunda que continúa a la vaina de Waldeyer. (15) De aquí que el cuello vesical no constituya un verdadero esfínter circular, sino un engrosamiento formado por la convergencia y entrelazamiento de fibras musculares. (16)

A pesar que frecuentemente se describen tres capas musculares vesicales, el único sitio en donde realmente se encuentran estas capas es a nivel del orificio que comunica la vejiga con uretra. La capa interna consiste en fibras puramente longitudinales, la media es circular y la longitudinal externa forma casi una lámina completa de haces musculares de disposición radial alrededor de la pared vesical por arriba del nivel del meato interno y en la vecindad del cuello vesical. (15)

La irrigación arterial la provee la arteria vesical inferior y la prostática en el varón. El drenaje venoso lo realiza el plexo

periprostático que tiene conexiones con la vena dorsal profunda del pene y las venas hipogástricas. Los linfáticos drenan en los ganglios vesicales, hipogástricos, sacros e ilíacos externos. (16)

La función de las vías urinarias inferiores está bajo control de los sistemas nerviosos, tanto somático como autónomo; este último constituido por fibras simpáticas y parasimpáticas. Las neuronas simpáticas se originan en la región toracolumbar de la médula espinal, mientras que los nervios parasimpáticos proceden del área sacra. El trigono y las porciones proximales de la uretra albergan receptores alfa, mientras que en la vejiga (cuerpo y fondo) receptores beta. La estimulación simpática de los receptores alfa, causa tensión de los músculos del trigono y proximales a la uretra. La estimulación de los receptores beta conduce a la relajación del músculo detrusor. Los nervios parasimpáticos inervan receptores colinérgicos en el fondo vesical y los somáticos S2-S4 inervan al esfínter externo. (17)

FISIOPATOGENIA

Fisiopatológicamente no se conoce el mecanismo íntimo de la problemática celular subyacente. Las teorías de Robinson y Greene, basadas en modelos experimentales en perros y su amplia experiencia clínica, sugieren que la resección y la electrocoagulación extensa resultan en esclerosis del cuello. Resultados similares obtuvieron Campbell y Greene usando abordaje suprapúbico. (7) En nuestra experiencia el uso de suturas absorbibles de grueso calibre para contener la hemorragia del cuello durante la cirugía abierta, es una noxa tan importante como la producida en la cirugía endoscópica.

Los reportes histopatológicos del material resecado reportan presencia de inflamación crónica, fibrosis extensa y tejido muscular. (6,9,18)

La asociación más frecuente de próstatas pequeñas con la esclerosis de cuello, la han atribuido diversos autores a la poca protección del cuello vesical por parte del adenoma, situación que lo hace más vulnerable. Sin embargo la cirugía de los grandes adenomas puede también resultar en esclerosis de cuello. (5,7,8,9,11)

La esclerosis del cuello vesical es el resultado de el trauma directo recibido, ya sea por vía endoscópica o abierta y que se traduce en la elevación del labio posterior del cuello o una estrechez circunferencial y rigidez localizada. (7) Nosotros pensamos que la orina infectada, prostatitis y litiasis vesical son factores condicionantes en la recurrencia de esta patología.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la esclerosis de cuello se debe sospechar en pacientes post operados de próstata que regresan con sintomatología obstructiva y/o irritativa urinaria baja (5,6), en períodos que pueden variar de semanas a años. (5) Greene y Leary describieron la patología en 1967 en un paciente, 23 días posterior a la resección. (7,10)

La uretrocistografía es el estudio de imagen inicial ante la sospecha diagnóstica; y la presencia del signo de "la pasta de dientes" caracteriza esta complicación. (5) La exploración endoscópica confirma los cambios locales del cuello con elevación del labio posterior en casos leves hasta la presencia del diafragma cicatrizal, que puede inclusive cerrar el paso de orina. El

paso ciego de instrumentos dilatadores de uretra no deja de perder utilidad diagnóstica , sin embargo se debe tener sumo cuidado en no forzar su libre recorrido.

Turner-Warwick en 1973, desarrolló una combinación de estudios de urodinámia y video cistografía , y lo consideró el estudio que proporcionaba la verdadera información sobre el problema local.(5)

Nosotros hemos integrado los diagnósticos de los enfermos a través de; una historia clínica y luego de una manipulación uretral con dilatadores,panendoscopia y uretrocistografía. Y los clasificamos en tres grupos según el grado de afección.

TRATAMIENTO

El manejo adecuado de esta pequeña y terrible complicación se ha constituido en una de las más caras batallas del urólogo desde inicios de siglo, hasta nuestros días. Las opciones terapéuticas han variado a través de la historia. El manejo contemporáneo de la esclerosis implica primero un conocimiento específico de la anatomía (endoscópica y radiológica) y segundo un tratamiento cuidadoso del tejido de manera tal, que el acto quirúrgico represente un mínimo riesgo como agente causal de una nueva esclerosis. Greene y Leary manejaron el concepto terapéutico conservador con dilataciones , inclusive en grados de esclerosis avanzada, como terapia inicial. En caso de fracaso realizaban resecciones endoscópicas, repetidas si era necesario. No obstante no pudieron valorar en el momento , la utilidad de la incisión transuretral del cuello, ni de la incisión abierta por el escaso número de pacientes .(7) Por su parte Sikafi y

cols., obtuvieron resultados buenos en pacientes que presentaron la complicación luego de resección endoscópica de la próstata hasta en un 91% en los manejados con incisión de cuello y hasta en el 54% a los tratados con resección endoscópica de la esclerosis. (5) Otro tipo de tratamiento es el que promueve Salant y cols. (1990) a base de laser yag, del que reporta respuestas buenas hasta en el 86%. (11)

Nosotros pensamos que la extensión de la resección endoscópica de la esclerosis, se debe normar por grupos según la afección. En el presente trabajo demostramos la eficacia de este método y por eso seguimos apoyando la resección como alternativa quirúrgica en grados I y II de nuestra clasificación y el colgajo de vejiga en casos severos de esclerosis (grados III).

II.- OBJETIVOS

Revisar la experiencia de nuestro servicio en el manejo de la esclerosis de cuello vesical durante los últimos cinco años.

Evaluar los resultados de las técnicas quirúrgicas utilizadas.

Implementar nuestra clasificación para la esclerosis de cuello de manera que sirva para normar la conducta terapéutica.

III.- JUSTIFICACION

El motivo por el cual se realiza esta revisión obedece a la inquietud de normar criterios en el tratamiento de la esclerosis del cuello vesical. Para esto, se establece una clasificación según el grado de afección y se divide en tres grandes grupos. El uso de la uretrocistografía y la exploración endoscópica son fundamentales para poder realizar este propósito.

IV.- MATERIALES Y METODOS

Se revisaron los expedientes de la consulta externa del servicio de Urología y Nefrología "Dr. Aquilino Villanueva" del Hospital General de México de la secretaría de salud, al igual que los archivos de cirugía endoscópica de todos aquellos pacientes con diagnóstico de esclerosis de cuello de vejiga posterior a cirugía prostática, tratados en el período comprendido de septiembre de 1986 a octubre de 1991. De estos evaluamos el curso clínico de quienes tuvieron expedientes (clínico y radiológico) completo, por un período de tres a doce meses posterior al tratamiento bajo criterios de la clasificación de la esclerosis de cuello vesical que a continuación detallamos:

GRADO I : 0 -50%

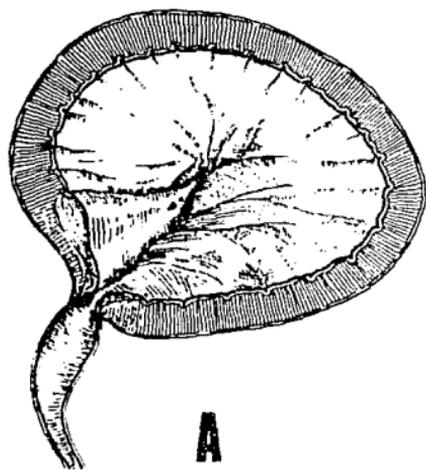
GRADO IIa: 50-90%

GRADO IIb: 90-100%

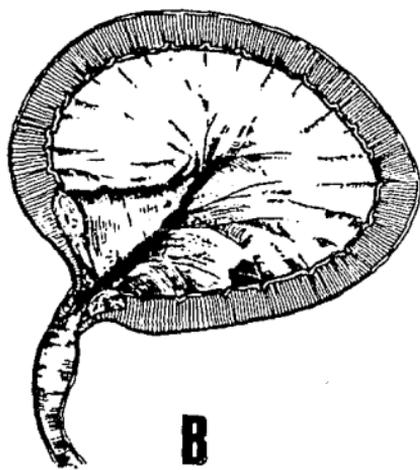
GRADO III: 100% más esclerosis de la grasa pericervical.

Los grados variaron de acuerdo a la oclusión de la luz del cuello, valorados por endoscopia y uretrocistografía. (Fig. 1) Endoscópicamente se consideró grado I a los que visto desde el verum montanum, se apreciaba una reducción de la luz del cuello, hasta en el 50%, se podía ver el fondo vesical e inclusive podía pasar un cistoscópio con camisa 15,5 Fr (apretado); en el grado IIa visto desde el verum montanum se podía ver fondo vesical a través de una estrechez de más del 50% y por ende no pasaba la camisa 15.5 Fr. a vejiga; el IIb visto desde el verum montanum, no se observa la vejiga y únicamente se pudo pasar en ocasiones un cateter 4Fr., sin detectarse rigidez localizada al cuello; el

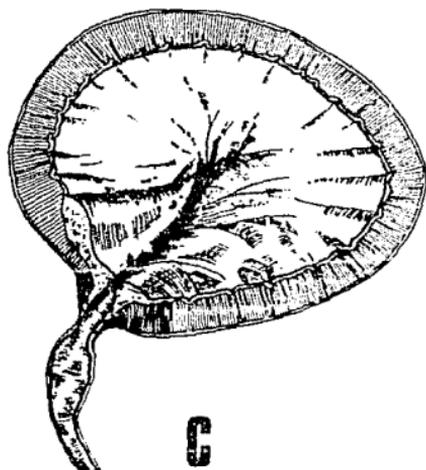
GRADOS DE AFECCION



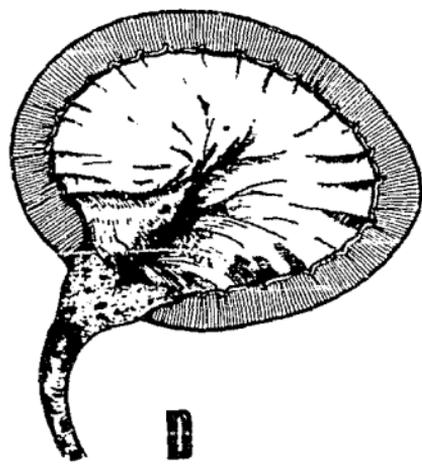
A



B



C



D

FIGURA. 1

A. GRADO I

C. GRADO II_b

B. GRADO II_a

D. GRADO III

III no se podía ver la vejiga y en el área del cuello se notó una rigidez (esclerosis de la grasa) importante. Se consideró criterio de exclusión del estudio a todos los pacientes que además de tener esclerosis de cuello presentaron: cáncer de próstata, estenosis de uretra, vejiga neurogénica y litiasis vesical.

La evolución clínica post operatoria se calificó en: buena, regular y mala. Se consideró con evolución buena a todos los que presentaron chorro miccional grueso y ausencia de sintomatología obstructiva o irritativa y que no requirieron de dilatación uretral; regular a quienes presentaron síntomas obstructivos o chorro miccional delgado y que se manejaron con dilataciones uretrales y mala a los que presentaron retención aguda de orina después de cualesquiera de los tratamientos instituidos.

Se correlaciona la presencia de cultivo de orina positivo con el número de cirugías previas al estudio. El tamaño prostático previo y el tipo de cirugía realizada para la hipertrofia se valoraron como factores predisponentes a la esclerosis del cuello. Se tabulan las edades de los enfermos y analizan los resultados de las técnicas empleadas y la evolución postoperatoria de cada uno.

El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva a través de media y porcentaje.

V.- RESULTADOS

Se incluyeron únicamente cincuenta y tres pacientes que reunieron los criterios establecidos. El manejo de los enfermos fue el siguiente: a todos aquellos con grado I y a siete de dieciséis con grado IIa se les realizó resección transuretral de

cuello simple (RTUC); la resección transuretral de cuello hasta la grasa (RTUCG) se les efectuó a todos los pacientes con grado IIB y a nueve pacientes con grado IIA; los pacientes con grado avanzado de esclerosis (grado III) se les realizó colgajo de vejiga, excepto a uno que no aceptó el procedimiento. A este enfermo se le realizó una derivación urinaria tipo ureterosigmoidostomía.

La técnica de RTUC consistió en resecar toda el área de fibrosis visible hasta encontrar tejido sano con corte de baja frecuencia y mínima fulguración. Se consideró tejido sano al que durante la cirugía la mostró un color gris perlado. La RTUCG implicó cortes profundos en surcos hasta ver la grasa pericervical de aspecto brillante, en las localizaciones de 3 y 9 (con referencia a la carátula del reloj); y el corte de las 6 hasta llegar a ver la fumarola de líquido seminal. (Fig. 2)

La técnica del colgajo consistió en los siguientes pasos; se talló un colgajo de la cara anterior de la vejiga de aproximadamente 3 cm. de ancho y 5 cm. de longitud. Se tubularizó el mismo y se reseco el área fibrótica del cuello, hasta encontrarse uretra prostática sana. En el labio anterior del cuello se realizó una insición de aproximadamente 2 cm. que facilita la ampliación de la estrechez. El tubo de vejiga previamente formado se anastomosa termino terminal con uretra, dejando ferulizada esta unión con una sonda de silastic 18 ó 20 Fr. En la vejiga se deja cistostomía como seguridad y se cierra en dos planos con material de sutura absorbible. En el espacio de Retzius se colocan drenajes de Penrose de modo tal que exista

TECNICA ENDOSCOPICA

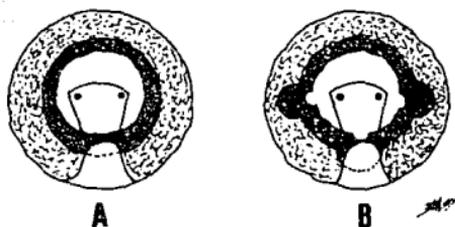


FIGURA. 2

A. POST RTUC.

B. POST RTUCG.

una buena evacuación local .(Fig. 3) Tres meses después se corta el colgajo en su base (pedículo) por vía endoscópica , se retira la sonda de cistotomía y se deja una sonda transuretral hasta que cierre la fistula vesicocutánea.

El promedio de edad fué de 67.3 años con un rango mínimo de 50 y máximo de 80 años. La técnica quirúrgica para el adenoma prostático que más se complicó con esclerosis de cuello fué la endoscópica con un 57%; la prostatectomía suprapúbica (transvesical,vesicocapsular o retropúbica) lo hizo en el 43%. (Fig. 4) Los grados I y II de esclerosis ocuparon el 92.5% de los pacientes. (Tabla. I) Las próstatas pequeñas y medianas se encontraron en el 94.3% de los pacientes. (Tabla. II)

El 55% de los pacientes tenían cirugía previa para la esclerosis de cuello al momento de incluirlos en el estudio. (Fig. 5) de los cuales 4 pacientes(7.5%) tuvieron solo una ,veinte(37.7%) tuvieron de dos a tres y solo cinco pacientes (9.5%) se les había realizado más de cuatro. El mayor número de cirugías realizadas a un enfermo fué de siete.

El grado de afección de nuestra clasificación varió en forma directa con el número de cirugías previas. De los 4 pacientes con una cirugía previa 3(75%) se ubicaron en grado I y solo 1(25%) lo hizo en el IIa, mientras que aquellos con 2 a 3 cirugías la afección ocupó grados II de forma mayoritaria(Fig. 6) y los multioperados la afección principal fue la III.

Solo trece de los pacientes estudiados (24%) presentaron cultivos de orina positivo. Parámetro poco valorable por la administración poco mesurada de antisépticos en la consulta externa de

TECNICA DEL COLGAJO VESICAL

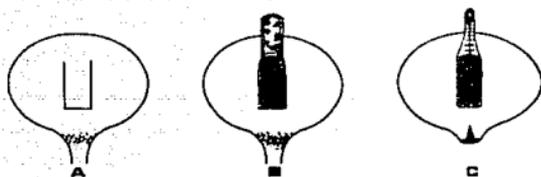
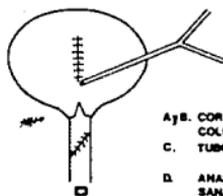


FIGURA. 3



- A y B. CORTE Y DISECCION DE COLGAJO.
- C. TUBO DE VESIGA.
- D. ANASTOMOSIS CON URETRA SANA.

**TIPOS DE CIRUGIAS PREVIAS
PARA EL ADENOMA PROSTATICO**

ENDOSCOPICA

30 PACIENTES

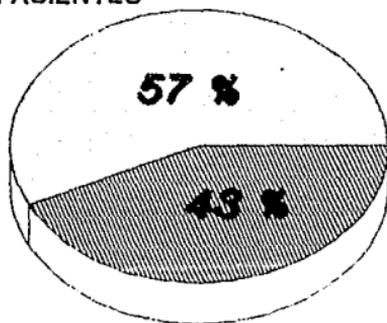


FIGURA. 4

SUPRAPUBICA

23 PACIENTES

CLASIFICACION DE LA ESCLEROSIS DEL CUELLO. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

<u>GRADO</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
I	25	47.2
II a	16	30.2
II b	8	15.1
III	4	7.5

TABLA. I

**TAMAÑO PROSTATICO DIAGNOSTICADO
PARA LA CIRUGIA DEL ADENOMA**

<u>GRADOS</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1 a 1.5	22	41.5
2 a 2.5	28	52.8
3	3	5.7

TABLA . II

MANEJO QUIRURGICO DE LA ESCLEROSIS DEL CUELLO VESICAL

TIPO DE CIRUGIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
RTUC	32	60.4
RTUCG	17	32.1
COLGAJO VES.	3	5.7
DER. URINARIA	1	1.8

TABLA. III

CIRUGIAS PREVIAS PARA LA ESCLEROSIS DEL CUELLO VESICAL

NINGUNA
24 PACIENTES

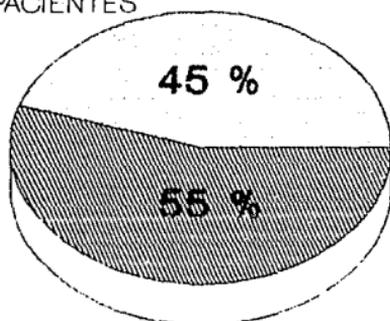


FIGURA. 5

UNA Y MAS
29 PACIENTES

GRADO DE AFECCION EN PACIENTES 2 A 3 CIRUGIAS PREVIAS

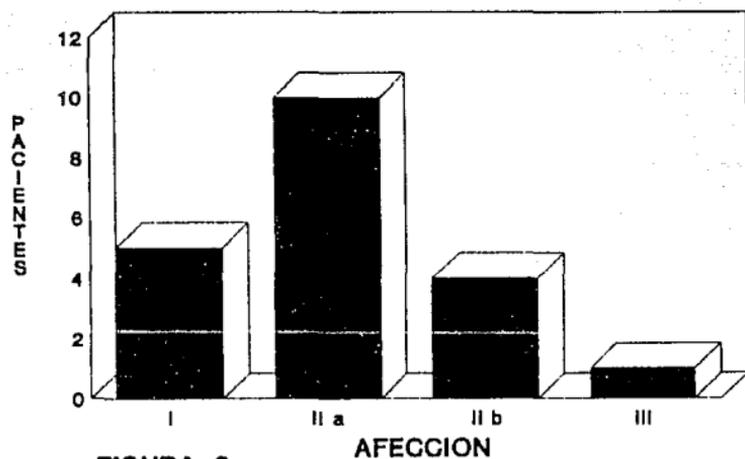


FIGURA. 6

nuestro servicio. Sin embargo el 69% de estos (9 pacientes) ya tenían de 1 a 7 cirugías previas. (Fig. 7) Las bacterias más frecuentes fueron gram negativas predominando la Klebsiella sp. en 46.1% y la E. coli en el 23.1%.

Al 60.4% de los pacientes se le efectuó RTUC, seguido por la RTUCG en el 32.1%; en 3 pacientes (5.7%) se realizó colgajo de vejiga y a solo uno se le realizó derivación urinaria a sigmoides. (Tabla. III) Del 60.4% tratados con RTUC el 75% (24 pacientes) presentaron buena evolución (Fig. 8) y de los 9 (32.1%) sometidos a RTUCG solo el 53% registró buena evolución. (Fig. 9) El 100% de los pacientes sometidos a la técnica del colgajo evolucionaron con éxito. Comprabado por el control radiológico post operatorio. (Figs. 10-13)

Nosotros observamos en 12 pacientes (23%) sintomatología obstructiva sin llegar a retención urinaria y en 4 de ellos (7.5%), retención urinaria. Por último los estudios histopatológicos informaron fibrosis e inflamación extensa. (Fig. 14)

VI.- DISCUSION

El trauma térmico que produce la resección endoscópica del adenoma prostático (5,7) y el empleo de material de sutura inadecuado para reparar y/o hacer hemostasia sobre el cuello vesical en la cirugía abierta parecen ser las causas más citadas por los autores. (5,7,8,9,11) Otros factores como el tamaño prostático y la infección de la orina tienen igual importancia en la etiopatogenia sin embargo no suelen ser considerados formalmente. Nosotros pensamos que la infección urinaria concomitante al tiempo

**RELACION DEL UROCULTIVO POSITIVO
Y CIRUGIAS PREVIAS**

CIRUGIA PREVIA

9 PACIENTES

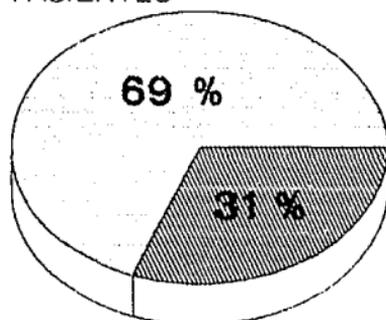


FIGURA. 7

SIN CIRUGIA

4 PACIENTES

**EVOLUCION DE LOS ENFERMOS MANEJADOS
CON RESECCION DE CUELLO SIMPLE**

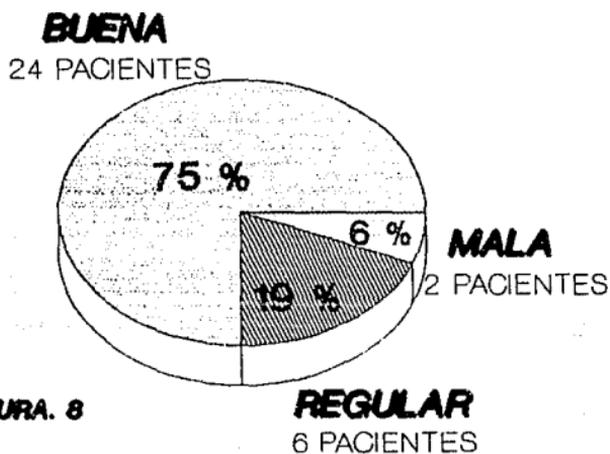


FIGURA. 8

**EVOLUCION DE LOS ENFERMOS MANEJADOS
CON RESECCION DE CUELLO HASTA GRASA**

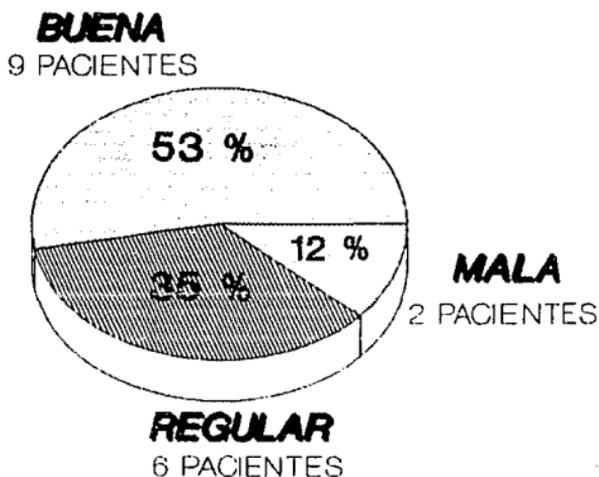


FIGURA. 9

EVOLUCION RADIOLOGICA

GRADO I

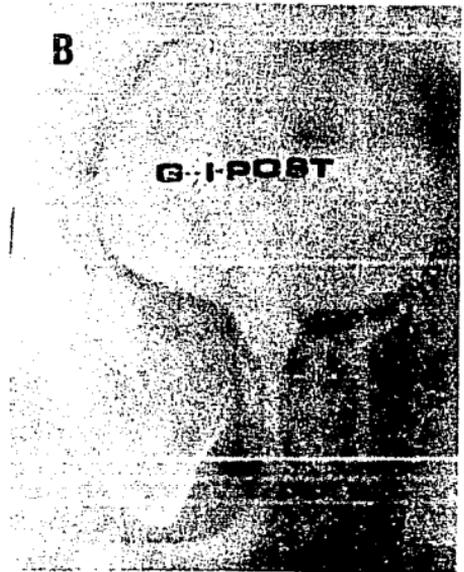


FIGURA. 10

A. PREOPERATORIA

B. POSTOPERATORIA

EVOLUCION RADIOLOGICA

GRADO II a



FIGURA. II

A. PREOPERATORIA
SIGNO DE LA PASTA
DE DIENTES.

B. POSTOPERATORIA

EVOLUCION RADIOLOGICA

GRADO IIb

A



B

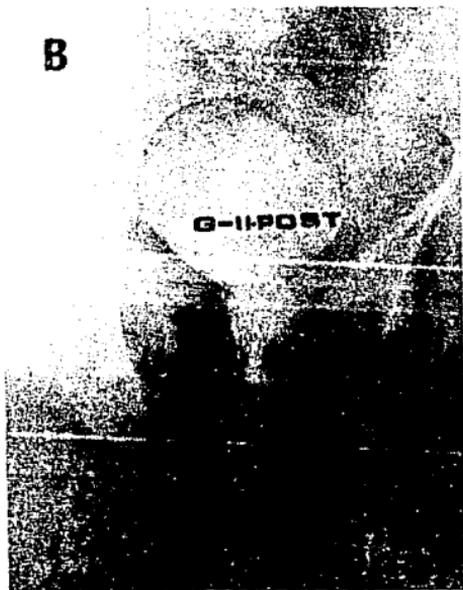


FIGURA. 12

A. PREOPERATORIA

B. POSTOPERATORIA

EVOLUCION RADIOLOGICA

GRADO III



FIGURA. 13

A. PREOPERATORIA

B. POSTOPERATORIA

ESTA TESIS NO DEBE
b SALIR DE LA BIBLIOTECA

HISTOPATOLOGICO



FIGURA. 14

- A. UROTELIO
- B. INFLAMACION
- C. FIBROSIS

quirúrgico juega un papel importante en el proceso inflamatorio post quirúrgico y por ende en la cicatrización excesiva que se genera.

Aunque nosotros no identificamos una variación importante en la cirugía para la hipertrofia prostática como factor condicional a la esclerosis; autores en series internacionales señalan a la cirugía endoscópica como responsable de la mayor incidencia de esta complicación. (5,7,8) Pensamiento que compartimos, sin embargo en hospitales de enseñanza, como lo es nuestro medio, la cirugía abierta de la próstata representa un paso fundamental en la formación del especialista. Es por esto que para nosotros este tipo de cirugía sigue registrando cifras altas en nuestras estadísticas como factor predisponente a la esclerosis de cuello vesical.

El diagnóstico de la esclerosis de cuello se puede establecer una vez se presenten los síntomas obstructivos urinarios bajos, utilizando la panendoscopia y la uretrocistografía. (5,6)

El manejo terapéutico de esta afección, constantemente tiene modificaciones, señal de la excelencia buscada en la evolución post operatoria por el urólogo. En ese sentido nosotros seguimos pensando que bajo nuestros lineamientos la RTUC y la RTUCG resultan satisfactorias en el manejo de estos enfermos. Y recomendamos el colgajo vesical como técnica de elección en aquellos pacientes grado III basados en nuestros resultados.

El estudio histopatológico del material que se obtiene de la resección del área fibrótica no aporta bases explicativas al fenómeno celular.

VII.- CONCLUSIONES

Después de revisar los expedientes de los pacientes con esclerosis de cuello de la vejiga posterior a la cirugía para el adenoma prostático, de cinco años a la fecha, vemos que nuestro servicio cuenta con cincuenta y tres pacientes con expedientes completos.

Las técnicas quirúrgicas endoscópicas utilizadas por nosotros constituyen una alternativa favorable en el difícil manejo de esta complicación. Y la técnica del colgajo vesical constituye el método de elección en el manejo de pacientes multioperados (grado III).

Es necesario clasificar al enfermo adecuadamente según nuestros criterios establecidos, para que de ahí emane el tratamiento correspondiente.

VI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Keitzer,W.,Tandon,B.,Allen,J.:Urethrotomy visualized for bladder neck contracture in male patients.J.Urol. 102:577-580,1969.
- 2.- Neikov,K.,Tachev,S.,Panchev,P.:Postoperative sclerosis of the bladder neck in men.(Med. Line-ABSTRACT). Khirurgia 42(1):47-54,1989.
- 3.- Marion,G.:Surgery of the neck of the bladder.Br.J.Urol. 5:351-356,1933.
- 4.- Yalla,S.,Blute,R.,Snyder,H.:Isolated bladder neck obstruction of undetermined etiology.In adult male. Urol. 17(1):99-108,1981.
- 5.- Sikafi,Z.,Butler,M.,Lane,V.:Bladder neck contracture following prostatectomy. Br.J.Urol 57:308-310,1985.
- 6.- Ajamil,L.,Valverde,M.:Estenosis cicatrizal del cuello de la vejiga como complicación de la prostectomía retropúbica.Rev.Mex.Uro.11:219-224,1953.
- 7.- Greene,L.,Leary,F.:Contracture of the vesical neck following transurethral prostatic resection. Sur.Gyn.Obs. 124:1277-1281,1967.
8. Uhle,C.,Kohler,F.:Postoperative vesical neck contracture.J.Urol. 101:302-304,1969.
- 9.- Robinson,H.,Greene,L.:Postoperative contracture of the vesical neck.II.Experimental production of contracture in dogs:Transurethral series.J.Urol 87(4):610-616,1962.
- 10.- Greens.L.,Robinson,H.:Postoperative contracture of the vesical neck.V.Clinical findings,Sytomps and Diagnosis.J.Urol. 914:141-147,1965.

- 11.- Salant,R.,Cohen,M.,Warner,R.:Neodymium:YAG laser treatment of postoperative bladder neck contractures. Urol 35(5):385-387,1990.
- 12.- Rolnick,H.,Robbinns,M.:Functional results following transurethral resection and retropubic prostatectomy. J.Urol. 65:408,1951.
- 13.- Lundhus,E.,Dirfkingler,T.,Moller-Madsen,B.:Significance of the extent of transurethral prostatic resection for postoperative complications(Med line-ABSTRACT)Scand.J.Nephrol.21(1):9-12,1987.
- 14.- Walsh,P.:Prostatectomía retropública radical. Campbell-Urología,Ed.Médica Panamericana 5Ed. 3007,1988.
- 15.- Tanagho,E.:Anatomía del tracto urinario inferior. Campbell-Urología,Ed.Médica Panamericana 5Ed. 48-59,1988.
- 16.- Tanagho,E.:Anatomía del sistema genitourinario. Urología-General,Ed.El Manual Moderno,9a Ed.1989.
- 17.- Bauer,S.:Disfunción neurógena de la vejiga urinaria. Ped.Clin.North.Am. 134(5):1201-1205,1987.
- 18.- Smith,R.:Complications of transurethral surgery.Complications of Urologic Surgery.W.B. Saunders Company. 2Ed.355-376,1990.
- 19.- Bahnsen,R.,Catalona,W.:Complications of Radical retropubic prostatectomy.Complications of Urologic Surgery.W.B. Saunders Company. 2Ed.386-393,1990.