



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

SERVICIO DE UROLOGIA

C.M.N 20 de NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E

***CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL USO DE UROLUME
EN EL MANEJO DE ESTENOSIS DE URETRA BULBAR EN
EL CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE.***

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

P R E S E N T A

DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ BELTRÁN

ASESOR DE TESIS:

DR. ERNESTO ANTONIO NEAVE SÁNCHEZ

C.M.N 20 NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E

JEFE DE SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO:

DR. ROBERTO CORTEZ BETANCOURT

Nº DE REGISTRO:

311.2011

MÉXICO, D. F. AGOSTO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

DRA. AURA ARGENTINA ERAZO VALLE SOLIS
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ROBERTO CORTEZ BETANCOURT
JEFE DEL SERVICIO DE UROLOGÍA

DR. ERNESTO ANTONIO NEAVE SÁNCHEZ
ASESOR

DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ BELTRÁN
MÉDICO RESIDENTE UROLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme la oportunidad de vivir y lograr mis metas.

A mi madre y abuela por ser incondicionales, su apoyo, quienes disfrutan mis logros y están conmigo en los momentos difíciles gracias por todo, por ese ejemplo de vida y perseverancia.

A mi tío Margarito por ser parte de ese ejemplo a seguir y por el apoyo siempre brindado junto con mi madrina Gloria. Gracias.

A mis maestros Dr. Cortez, Dr. Neave, Dr. Alias, Dr. Morales por todo lo aprendido en la urología y por sus enseñanzas de vida los recordare siempre con aprecio y profundo respeto.

Gracias Amore, por tenerme paciencia y estar siempre conmigo.

A mis amigos y compañeros muchas gracias por compartir el camino recorrido, en las buenas y las malas.

INDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	7
Definición del problema.....	12
Justificación.....	13
Hipótesis.....	13
Objetivo general y específicos.....	13
Material y métodos.....	14
Resultados.....	15
Discusión.....	17
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	24
Anexos.....	19

RESUMEN

Estenosis de uretra es una enfermedad de la uretra, secundaria a algún tipo de lesión traumática o infecciosa en alguna porción de la uretra. Que se define como la disminución del calibre de la luz uretral, de manera parcial o hasta total. Dentro de su etiología se ha involucrado factores traumáticos e infecciosos: La traumática puede ser accidental o iatrogénica. El tratamiento de la estrechez uretral se remonta a los inicios de la urología. Se ha tenido un progreso importante en los últimos años el cual ha permitido reconstruir de manera confiable muchas de las estenosis más complejas en una sola etapa.

Objetivo: Conocer si el uso de Urolume en pacientes con estenosis de uretra bulbar mantiene un calibre miccional adecuado reflejado en permeabilidad de la luz uretral demostrado por uretrocistografía.

Material y métodos: Se revisaron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de estenosis de uretra bulbar manejados con endoprotesis Urolume (20 pacientes) del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE en 5 años (2007- 2011), estudiando aspectos radiológicos valorados por uretrocistografía preoperatorio y postoperatoria para describir que la endoprotesis Urolume es un tratamiento benéfico para el manejo de esta patología.

Resultados: Durante el periodo de observación (cinco años), se estudiaron 20 pacientes con Estenosis de Uretra Bulbar (EUB), tratados con la colocación de endoprótesis Urolume en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.El 100% de los pacientes fueron hombres.La media de edad de los pacientes fue de 59.90 años, mediana de 63.5 años, moda de 64 y con un rango de 21 a 85 y una desviación estándar (DE) de 16.01.El 40% de pacientes tienen vida sexual activa (VSA), mientras que el 60% no la presentan. Sin encontrar diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes con VSA y los que no la presentan, con valor de Chi cuadrada de 0.80 y valor de $p=0.371$.Con los datos radiográficos, se observó que antes de la cirugía el 100% de los pacientes presentaban

Estenosis de Uretra Bulbar, la cistografía postoperatoria mostró que después de la colocación del Urolume todos los pacientes tuvieron una cistografía normal, es decir, sin estenosis. Dentro de las complicaciones tempranas, el 40% de los pacientes tuvieron presencia de sangrado, el 5% presentó un sangrado mínimo y el 55% no presentó sangrado. Encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre grupos con un valor de Chi cuadrada de 7.9 y un valor de $p=0.01$. El dolor postoperatorio se presentó en el 35% de los pacientes, como se muestra en la tabla 5. Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas con un valor de Chi cuadrada de 1.8 y valor de $p=0.18$. Dentro de la recidiva de estenosis, sólo un paciente la presentó que equivale al 5% de los pacientes tratados con endoprótesis Urolume, a dicho paciente se volvió a intervenir quirúrgicamente colocando nuevamente un Urolume. Diferencia estadísticamente significativa con un valor de Chi cuadrada de 16.2 y un valor $p=0.000$.

Ningún paciente presentó migración del Urolume.

Conclusión: En nuestro estudio se describió que los pacientes manejados con Urolume tuvieron una evolución favorable, ya que el método de medición uretrocistografía determinó que les va muy bien, y que sólo en un caso se presentó recidiva que requirió de la colocación de otro stent, no presentamos migración de la endoprótesis en ninguno de los casos, las complicaciones secundarias como sangrado y dolor se presentaron 40 y 35% de los pacientes respectivamente, además de que apoyados en la literatura y los resultados obtenidos apoyan continuar con el uso de esta endoprótesis.

INTRODUCCION

Estenosis de uretra es una enfermedad de la uretra, secundaria a algún tipo de lesión traumática o infecciosa en alguna porción de la uretra. (1 y 3)

Que se define como la disminución del calibre de la luz uretral, de manera parcial o hasta total.

Dentro de su etiología se ha involucrado factores traumáticos e infecciosos: (2)

La traumática puede ser accidental o iatrogénica.

El tratamiento de la estrechez uretral se remonta a los inicios de la urología. Se ha tenido un progreso importante en los últimos años el cual ha permitido reconstruir de manera confiable muchas de las estenosis más complejas en una sola etapa. (3)

Anteriormente se utilizó el concepto de escalera reconstructiva. Esto se basó en el concepto de que primero se debe empezar por lo más sencillo, y en ocasiones repetirlo antes de pensar en otras opciones más complejas.

Paciente y médico deben tener conocimiento de la meta que se persigue antes de efectuar alguna elección terapéutica. De hecho, algunos pacientes prefieren el manejo conservador con dilataciones en el consultorio, en casa o en el hospital que someterse a algún procedimiento quirúrgico, sin saber que el tratamiento quirúrgico tiene una tasa de éxito mayor del 90 a 95% para muchas estrecheces. (3)

Se debe comentar que dentro de los manejos la dilatación es el tratamiento más antiguo y más sencillo de la estrechez uretral. Por ejemplo, en pacientes con estrechez epitelial sin espongiotfibrosis la dilatación es curativa. La meta de la dilatación es el estiramiento de la cicatriz; pero en caso que ocurra sangrado durante el procedimiento es probable que se haya roto la estenosis y esto condicione más daño. (3 Y 4)

La uretrotomía interna (UTI) se introdujo en 1974 como manejo estándar en el tratamiento de estenosis de uretra anterior. Consiste en realizar una incisión de la estrechez por vía transuretral con la que se pretende profundizar hasta donde se encuentra tejido sano lo cual favorece que la cicatriz se amplíe y aumente la luz. Sin embargo la complicación más frecuente de la uretrotomía interna es la recurrencia. La tasa de curación

es de 20%. Lesiones de menos de 1.5 cm de longitud sin espongioplasia profunda tiene una tasa de éxito por UTI es de 74%. Como la UTI ha tenido pobre eficacia a largo plazo es por ello que se han ideado nuevas técnicas. (4, 5, 6)

Algunos estudios realizados como el Simple urethral dilatación, endoscopic uretrotomy and urethroplasty for urethral stricture disease in adult men , por Wong SS en que se trato de determinar cuál es la opción terapéutica mas eficaz, y rentabilidad, basándose en las bases de datos de Cochrane MEDLINE, EMBASE y OpenSIGLE , concluyeron que en dos estudios al azar para determinar dilatación quirúrgica y uretrotomía se encontró significancia entre ambas así como en otra parte del estudio se determino entre uretrotomía y uretroplastía teniendo ambas tasas de recidiva importantes que requirieron de realización de nuevos eventos quirúrgicos, por lo que al final del estudio concluyen que a pesar de que se obtuvieron datos de diversas bases de datos no se tiene estudios multicentricos ni meta análisis que sustenten cual es la técnica de elección para estos pacientes. (7)

En otro estudio realizado por Tracey S. Wilson en relación de Urolume Stents como parte de la experiencia comenta que si existe la posibilidad de que este tipo de endoprotesis puedan migrar de su sitio de colocación sobre todo en aquellos casos en los que se realizo una esfinterotomía transuretral anterior con un tasa de hasta el 22.7%, así mismo hacen mención de similitud que existe entre los manejos de la estenosis bulbar comentado que la eficacia de la dilatación y de la uretrotomía es de 65 y 68 % respectivamente y a largo plazo de 50 y 60 , mientras que con la colocación del Urolume la eficacia es de 63% en pacientes que han tenido recurrencia de estenosis. Además de que se concluye que es modo alternativo de tratamiento para los problemas de difícil manejo. (8)

El Urolume endoprótesis se introdujo en 1988 y se indicó para estenosis de uretra bulbar únicamente. Con el tiempo se fueron ampliando las indicaciones hasta incluir el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y en disinergia detrusor-esfínter. (8)

La mayor parte de la experiencia en el manejo de tutores la tienen en Europa y Reino Unido comunicando una tasa de eficacia del 84% a los 4.5 años con el Urolume.

Urolume fabricado a partir de una aleación, está ideado para ser incorporado en la pared de la uretra y del cuerpo esponjoso.

Los datos disponibles muestran que es mejor emplear el tutor para las estrecheces relativamente cortas de la uretra bulbar asociadas con una espongiofibrosis mínima.

Las prótesis permanentes como Urolume se asocian con algunas complicaciones por lo que sólo se deben colocar en uretra bulbar. Porque cuando son colocados más allá del área de uretra escrotal se han asociado con dolor al sentarse o al momento del coito. Algunos paciente sobre todo los jóvenes presentan dolor perineal, a menudo con actividad enérgica. Las estrecheces bulbares largas ocupan dos tutores sobrepuestos en forma parcial. Estos pueden migrar lejos uno de otro y dejar una brecha entre sí en donde la recurrencia de estreches es inevitable. Cuando esto ocurre se puede usar un tercer tutor.

También se tiene contraindicaciones específicas para el uso del Urolume. Se ha demostrado que los pacientes con antecedentes de reconstrucción uretral en la se empleó piel, no son buenos candidatos para el Urolume, ya que el contacto íntimo de éste con la piel puede ocasionar una cicatriz hipertrófica, presentado el paciente goteo postmiccional y en algunos casos puede ser tan importante la reacción hipertrófica que recidiva la estrechez. Otro tipo de pacientes en los que está contraindicado el uso de Urolume es los que tienen estrechez con espongiofibrosis profunda. Como por ejemplo, en aquellos que han sufrido lesión por separación uretral y lesión por caída a horcajadas. En Europa se recomienda únicamente en pacientes mayores de 50 años o en aquellos que tienen otros problemas clínicos importantes y que consideran menos atractiva la opción de una reconstrucción uretral prolongada a cielo abierto. Otras contraindicaciones son: adolescentes con estenosis por separación de uretra posterior y estrecheces en uretra anterior.

No se tiene bien documentado el número de tutores que se pueden colocar. Sin embargo, no es válido colocar más de tres Urolume.

Debido a que la experiencia mundial en relación a la colocación de esta prótesis, por costo beneficio y por todavía continuar con las técnicas ya establecidas para el manejo de esta patología es difícil poder tener estudios multicentricos o meta análisis sin embargo se tiene datos de una estudio multicentrico del departamento de urología de Long Island en New York en el que determino la endoprotesis Urolume para el

tratamiento de la estenosis de uretra, como resultado a largo plazo del Norte de estadounidense determinando endoprotesis prospectivamente en 175 pacientes con estenosis de uretra bulbar recidivante inscritos a la PDA de prueba de endoprotesis Urolume, de los cuales se les dio seguimiento a 1 año a 139 y de estos 81 a 2 años. De los resultados se obtuvo que clínica y estadísticamente al año y a los 2 años, disminuyendo el re-tratamiento en un 72.5%, el retiro de endoprotesis se realizó en 3 %. Concluyendo que la prótesis endouretral Urolume ofrece una ventaja significativa sobre los tratamientos actualmente disponibles para la estenosis de uretra bulbar recidivante. (9)

También se tiene referencia de un estudio realizado en este mismo centro urológico en New York en el que se analizaron los resultados de 11 años de endoprotesis Urolume para el manejo de la estenosis de uretra bulbar recidivante, en demostrando que en este estudio multicéntrico donde se informó de dos años los resultados de seguimiento de los pacientes tratados con Urolume entre 1989 y 1996 y a partir de ese mismo estudio se reportaron a largo plazo la eficacia y los resultados de seguridad de 24 de 179 pacientes, todos han completado 11 años de seguimiento. Se les dio seguimiento con la realización de uroflujometría, puntuación de síntomas urinarios, cambios del tejido local y porcentaje de stent recubierto por epitelio. Como resultados se obtuvo las tasas de medias de flujo antes y después del stent fueron de 9.5 y 20.8 ml por segundo respectivamente y la media de las puntuaciones de los síntomas urinarios fue de 11.3 antes y después de 3.04 con el stent. No hubo cambios en el tejido demostrable se visualizaron en el sitio del stent en el 31.8 %, mientras que 40.9 % tenía leves, 22.7% moderado y 4.6 % cambios importantes. Concluyeron que cuando se usa apropiadamente el Urolume es un tratamiento efectivo para la estenosis de uretra bulbar recidivante, con una baja morbilidad, nuevo tratamiento y cambios en tejido local en la mayoría de los pacientes. (6)

Como parte del estudio de esta patología este mismo grupo en Long Island encabezado por Tillem SM, determinaron el uso de múltiples prótesis Urolume endouretral en la estenosis compleja de uretra bulbar, en este caso se estudiaron un total de 41 pacientes que recibieron múltiples stents de Urolume, encontrando 23 % requirió de colocación de múltiples stents. En pacientes con estenosis de más de 2.5 cm de longitud, estenosis junto al stent, tejido hiperplásico en el stent. Tasas

de repetición del tratamiento fue de 43.9 % versus 14.3 % para el grupo de estudio en general. Tasa de flujo urinario y puntuación de los síntomas en el grupo de stent múltiples mostraron una mejoría similar a la del grupo de estudio en general. Los pacientes requirieron de múltiples stents tuvieron una tasa mayor de repetición del tratamiento, pero igualmente mejoría de los flujos de orina y las puntuaciones de los síntomas, que se mantuvo durante 2 años. (10)

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La estenosis de uretra es la estrechez de la luz uretral con disminución o hasta obstrucción de la salida del chorro urinario, que deteriora de manera importante la calidad de vida de los pacientes, por su alta recurrencia, por tal motivo se han realizado o implementado varios métodos para manejar esta patología.

En este caso el estudio a realizar trata demostrar que el uso de endoprotesis Urolume permite mantener un calibre adecuad del chorro urinario.

JUSTIFICACIÓN

La importancia en la realización de este estudio radica en la que la estenosis de uretra es un padecimiento que merma mucho la calidad de vida de los pacientes sobre todo en los que son más jóvenes ya que en muchas de las ocasiones requieren de varios tipos de manejo como son calibraciones, uretrotomía interna endoscópica, plastia de uretra y en el último de los casos colocación de endoprotesis Urolume. De ahí la importancia en la realización de este documento ya que se describirá en base al método radiográfico uretrocistografía la estenosis de uretra, y posterior a la colocación del Urolume el calibre de la luz uretral.

Ya que con estos datos se podrá demostrar si el empleo de este dispositivo es método que permite mantener un calibre urinario adecuado demostrado radiográficamente, además de que la estenosis de uretra es una patología que tiene demanda en la consulta del servicio de Urología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” contado con 108 pacientes de 2007 a 2011, de los cuales el 100% se manejaron calibraciones inicialmente, 90% con uretrotomía, 15 con plastia uretral y 18.5 % con colocación de Urolume.

HIPOTESIS

El uso de Urolume para el manejo de estenosis de uretra bulbar en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, ¿permite mantener un calibre adecuado de la uretra ayudando con esto a mantener una mecánica miccional adecuada?

OBJETIVO GENERAL

Conocer si el uso de Urolume en pacientes con estenosis de uretra bulbar mantiene un calibre miccional adecuado reflejado en permeabilidad de la luz uretral demostrado por uretrocistografía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la diferencia radiológica entre la uretrocistografía pre y postoperatoria en pacientes con estenosis de uretra bulbar sometidos a colocación de endoprótesis intrauretral Urolume.
2. Determinar la edad en la que existe la mayor prevalencia de estenosis de uretra bulbar en la población derechohabiente del servicio de Urología del CMN 20 noviembre.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de estenosis de uretra bulbar manejados con endoprotesis Urolume (20 pacientes) del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE en 5 años (2007- 2011), estudiando aspectos radiológicos valorados por uretrocistografía preoperatorio y postoperatoria para describir que la endoprotesis Urolume es un tratamiento benéfico para el manejo de esta patología.

Se excluyeron a todos los pacientes con estenosis de uretra bulbar independientemente de la edad ya que algunos de ellos se encontraban en vida sexual activa.

RESULTADOS

Durante el periodo de observación (cinco años), se estudiaron 20 pacientes con Estenosis de Uretra Bulbar (EUB), tratados con la colocación de endoprótesis Urolume en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

El 100% de los pacientes fueron hombres.

La media de edad de los pacientes fue de 59.90 años, mediana de 63.5 años, moda de 64 y con un rango de 21 a 85 y una desviación estándar (DE) de 16.01. La distribución de la edad se muestra en la **gráfica 1**.

El 40% de pacientes tienen vida sexual activa (VSA), mientras que el 60% no la presentan. Sin encontrar diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes con VSA y los que no la presentan, con valor de Chi cuadrada de 0.80 y valor de $p=0.371$. **Tabla 1**.

Con los datos radiográficos, se observó que antes de la cirugía el 100% de los pacientes presentaban Estenosis de Uretra Bulbar, la cistografía postoperatoria mostró que después de la colocación del Urolume todos los pacientes tuvieron una cistografía normal, es decir, sin estenosis. **Tabla 2 y 3**.

Dentro de las complicaciones tempranas, el 40% de los pacientes tuvieron presencia de sangrado, el 5% presentó un sangrado mínimo y el 55% no presentó sangrado. Encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre grupos con un valor de Chi cuadrada de 7.9 y un valor de $p=0.01$ **Tabla 4 y gráfica 2**.

El dolor postoperatorio se presentó en el 35% de los pacientes, como se muestra en la tabla 5. Sin encontrar diferencias estadísticamente

significativas con un valor de Chi cuadrada de 1.8 y valor de $p=0.18$. **Tabla 5 y grafica 3.**

Dentro de la recidiva de estenosis, sólo un paciente la presentó que equivale al 5% de los pacientes tratados con endoprótesis Urolume, a dicho paciente se volvió a intervenir quirúrgicamente colocando nuevamente un Urolume. Diferencia estadísticamente significativa con un valor de Chi cuadrada de 16.2 y un valor $p=0.000$. **Tabla 6.**

Ningún paciente presentó migración del Urolume.

Para explicar el número de Urolume utilizados para cada paciente se realizó una regresión lineal múltiple. La cual explica el 63% del fenómeno, el modelo fue significativo con una $F=6.33$ valor de $p=0.003$. La ecuación se resume de la siguiente manera:

Y (número de Urolume) = $1.907 + \text{Edad} (-0.12) + \text{Vida sexual activa} (0=\text{no}, 1=\text{si}) (-0.29) + \text{Presencia de Sangrado postoperatorio} (1 \text{ nulo}, 2 \text{ mínimo}, 3 \text{ presente}) (-0.032) + \text{Presencia de Dolor Postoperatorio} (1 \text{ nulo}, 2 \text{ presente}) (0.024)$. **Tablas 6, 7 y 8.**

DISCUSIÓN

Existen otros estudios citados con anterioridad en este trabajo se ha determinado que el pronóstico de los pacientes manejo de Urolume es adecuado resolviendo hasta el 63 % de las estenosis en nuestro estudio se logro describir que el 100% de los pacientes lograron tener permeable la uretra con paso de medio de contraste manteniendo una luz uretral, esto determinado por uretrocistografía pre y postoperatoria, cabe mencionar que solamente existió un paciente con recidiva lo que llevo a colocación de otro Urolume. Alguna otra literatura Europea menciona que existe hasta 84 % de eficacia a los 4.5 años después de colocar la endoprotesis. En otro estudio se determino que la estenosis de uretra bulbar manejada con este dispositivo y en seguimiento a 1 y a los 2 años tuvo importancia significativa disminuyendo el re-tratamiento en el 72.5 % de los pacientes. En otros estudios se avala la colocación de varios stents dependiendo de la longitud de la estenosis lo que valida en el caso que recidivo que se pueda colocar otro Urolume.

Sin embargo no existen otros trabajos en la literatura mundial hasta esta fecha donde se haya estudiado las complicaciones inmediatas al momento de la colocación del Urolume.

En nuestro servicio se decidió colocar Urolume por el éxito que se ha tenido a lo largo de los años y por la mejoría rápida y evolución satisfactoria de los pacientes con este manejo.

Es necesario realizar más estudios para establecer adecuadamente la asociación funcional previa y posterior a la colocación de Urolume por medio de pruebas de uroflujometría que hasta esta fecha se ha logrado

contar con el equipo así se podrá determinar la evolución y control más cercano de estos pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se describió que los pacientes manejados con Urolume tuvieron una evolución favorable, ya que el método de medición uretrocistografía determino que les va muy bien, y que solo en un caso se presento recidiva que requirió de la colocación de otro stent, no presentamos migración de le endoprotesis en ninguno de los casos, las complicaciones secundarias como sangrado y dolor se presentaron 40 y 35% de los pacientes respectivamente, además de que apoyados en la literatura y los resultados obtenidos apoyan continuar con el uso de esta endoprotesis.

ANEXOS

GRAFICAS

Grafica 1. Distribución de la edad de pacientes con EUB con endoprótesis Urolume.

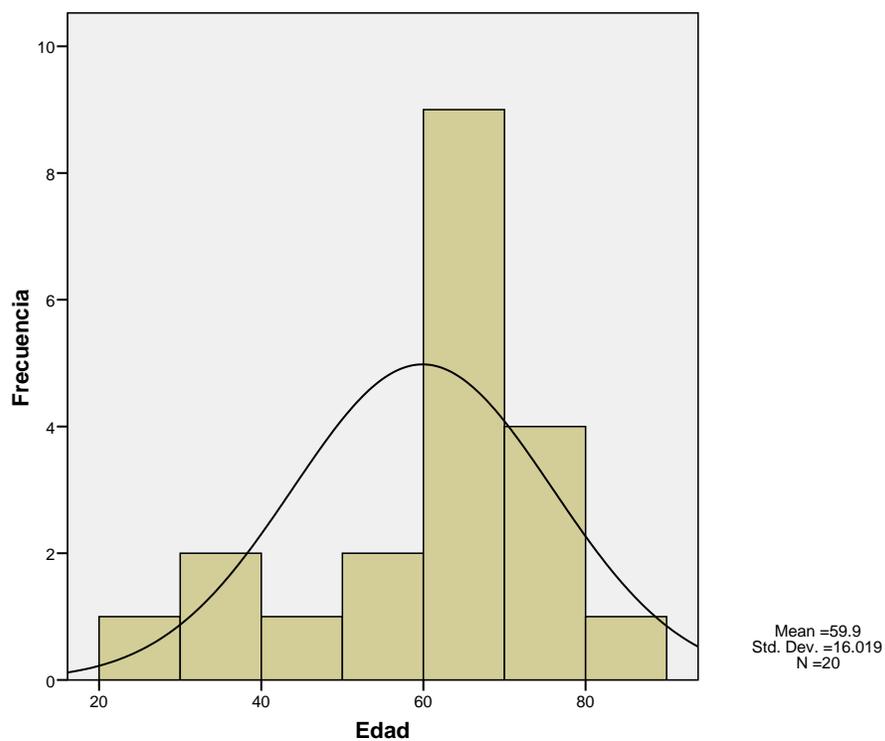


Tabla 1. Pacientes con EUB y endoprótesis Urolume con vida sexual activa

Vida sexual Activa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Si	8	40.0	40.0	40.0
No	12	60.0	60.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tabla 2. Cistografía Preoperatoria de pacientes con diagnóstico de Estenosis Uretral bulbar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valid	Con Estenosis	20	100.0	100.0	100.0

Tabla 3. Cistografía Postoperatoria de pacientes con diagnóstico de Estenosis Uretral bulbar.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valid	Normal (sin estenosis)	(sin	20	100.0	100.0	100.0

Tabla 4. Presencia de Sangrado Postoperatorio en pacientes con EUB y tratados con endoprótesis Urolume

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valid	Nulo	11	55.0	55.0	55.0
	Mínimo	1	5.0	5.0	60.0
	Presente	8	40.0	40.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

GRAFICA 2.

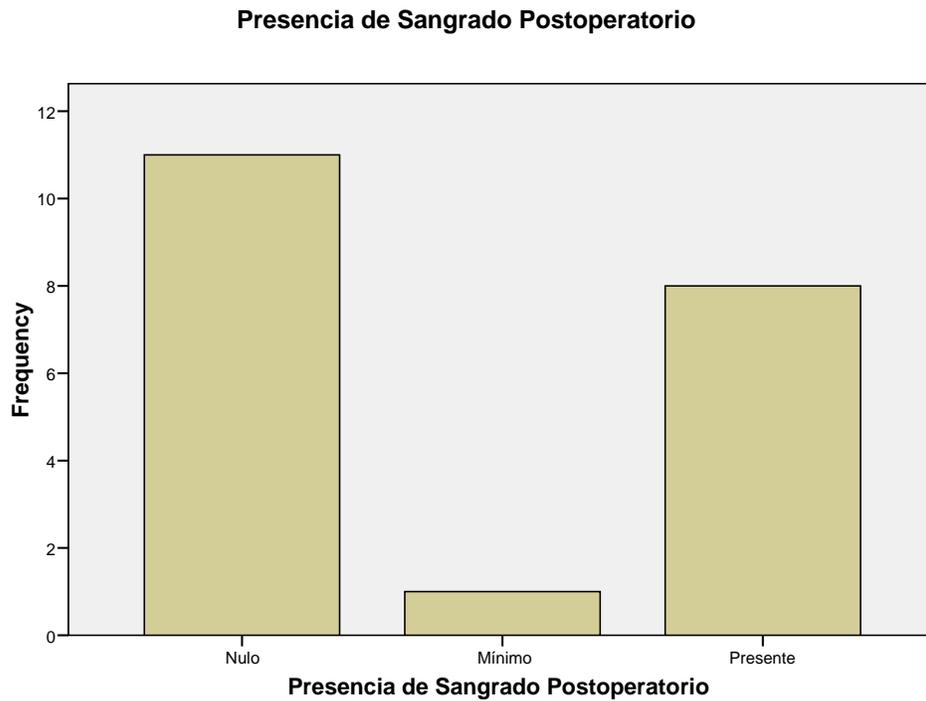


Tabla 5. Presencia de Dolor Postoperatorio en pacientes con EUB y tratados con endoprótesis Urolume.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valid	Nulo	13	65.0	65.0	65.0
	Presente	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

GRAFICA 3.

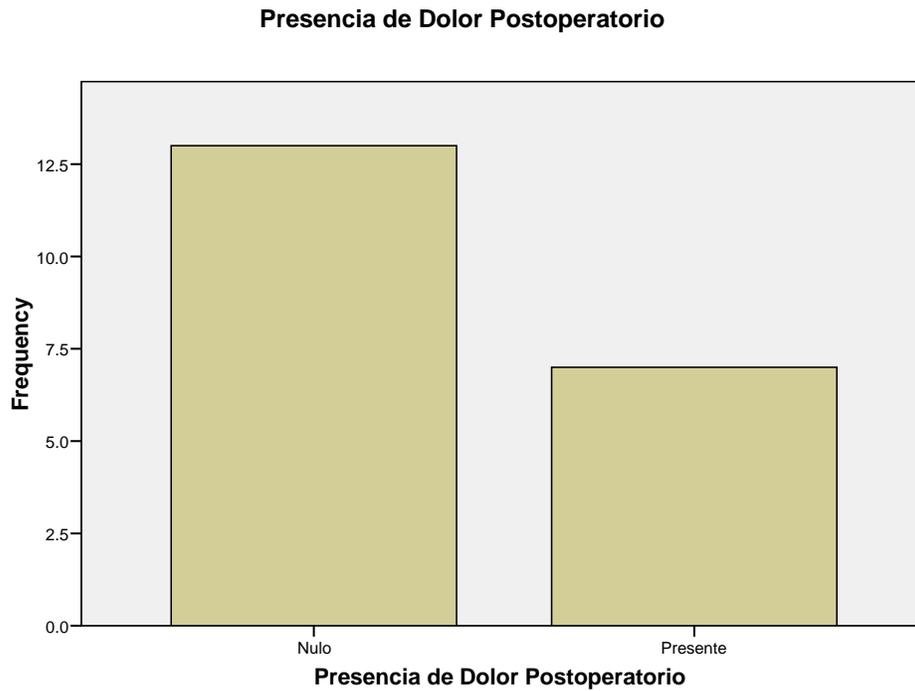


Tabla 6. Frecuencia de recidiva de estenosis en pacientes con endoprótesis de Urolume.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valid	No	19	95.0	95.0	95.0
	Si	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Modelo de regresion lineal multiple.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.794(a)	.630	.531	.15314

a Predictors: (Constant), Presencia de Dolor Postoperatorio, vida sexual activa, Edad, Presencia de Sangrado Postoperatorio

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.598	4	.150	6.377	.003(a)
	Residual	.352	15	.023		
	Total	.950	19			

a Predictors: (Constant), Presencia de Dolor Postoperatorio, vida sexual activa, Edad, Presencia de Sangrado Postoperatorio

b Dependent Variable: nourolume

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	1.907	.185		10.334	.000
	Edad	-.012	.003	-.854	-4.591	.000
	vida sexual activa	-.290	.084	-.651	-3.462	.003
	Presencia de Sangrado Postoperatorio	-.032	.043	-.141	-.748	.466
	Presencia de Dolor Postoperatorio	.024	.082	.052	.288	.777

a Dependent Variable: no urolume

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia c. Nuestra experiencia en el uso de la prótesis intrauretral urolume.. arch. esp. urol., 60, 7 (731-736), 2007.
2. Armitage j. Epithelializing stent for benign prostatic hyperplasia: a systematic review of the literature the journal of urology vol. 177, 1619-1624, may 2007
3. Tracey s. Urolume stents: lessons learned. The Journal of Urology® vol. 167, 2477–2480, june 2002
4. Jerzy b. Removal of urolume endoprosthesis: experience of the north american study group for detrusor-sphincter dyssynergia application. The Journal of Urology® vol. 163, 773–776, march 2000
5. Euan m. Long-term results of urolume urethral stent for recurrent urethral strictures the journal of urology vol. 155, 904-908. march 1996
6. Darshan k. 11-year outcome analysis of endourethral prosthesis for the treatment of recurrent bulbar urethral stricture. The Journal of Urology® vol. 170, 1255–1258, october 2003.
7. Wong SS. Simple urethral dilatation, endoscopic urethrotomy, and urethroplasty for urethral stricture disease in adult men. Department of Urology, Freeman Hospital, Newcastle-upon-Tyne, UK, NE7 7DN. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Apr 14;(4):CD006934.
8. Wilson TS UroLume stents: lessons learned. J Urol. 2002 Jun;167(6):2477-80.
9. Badlani GH. Urolume endourethral prosthesis for the treatment of urethral stricture disease: long-term results of the North American Multicenter UroLume Trial. Urology. 1995 May;45(5):846-56.
10. Tillem SM. Use of multiple urolume endourethral prostheses in complex bulbar urethral strictures. J Urol. 1997 May;157(5):1665-8.