

11246
1994
13779138

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
FACULTAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
DE MEDICINA
NACIONAL SIGLO XXI. "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
☆ ABR. 20 1994 ☆
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
MDMR

MANEJO DE LA CONTRACTURA DEL CUELLO
VESICAL SECUNDARIA A LA PROSTATECTOMIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN:
UROLOGIA
PRESENTA:
DR. JUAN CECILIO CONDE DIONICIO



IMSS

FEBRERO DE 1994

TESIS CON
FALLA DE COPY



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 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

AGRADECIMIENTOS.....	1
TITULO.....	3
RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS.....	8
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	13
CONCLUSIONES.....	14
BLIBLIOGRAFIA.....	15

INVESTIGADOR:

*Dr. Juan Cecilio Conde Dionicio.
Residente del cuarto año del curso
de especialización en Urología.
Hospital de Especialidades del Centro
Médico Nacional Siglo XXI, I.M.S.S.*

ASESORES DE TESIS:

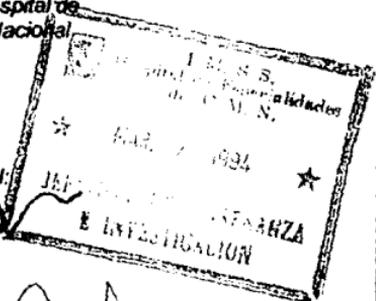
*Dr. Eduardo Alonso Serrano Brambila
Médico adscrito al Servicio de Urología
del Hospital de Especialidades del
Centro Médico Nacional Siglo XXI, I.M.S.S.*

*Dr. Jorge Moreno Aranda.
Jefe del Servicio de Urología del Hospital de
Especialidades del Centro Médico Nacional
Siglo XXI, I.M.S.S.*

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION:

*Dr. Neils Wachter Rodarte.
Jefe de Enseñanza e investigación.*

*Dr. Abdiel Antonio Ocampo.
Coordinador del Departamento de
Epidemiología Clínica.*



DR. JORGE MORENO ARANDA
JEFE DEL SERVICIO DE UROLOGIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
UROLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI. I.M.S.S.

DR. EDUARDO ALONSO SERRANO BRAMBILA
ASESOR DE TESIS.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE UROLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI. I.M.S.S.

DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI I.M.S.S.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

Gracias por dejarme vivir hasta éste momento de mi vida, y dame fuerza de espíritu, para tener fé en que Yo culminara mi carrera con éxito. Así mismo le pido infunda en mi amor para practicar la medicina y que me inspire caridad y cariño para mis enfermos.

A MIS PADRES

Por la paciencia con que me han querido y apoyado siempre, alentandome en los momentos difíciles y compartiendo Mis alegrías, ayudandome así a lograr lo que me he propuesto.

A MIS HERMANOS.

Por el amor fraternal que nos ha unido, por su apoyo y comprensión siempre que lo he necesitado.

A MI ESPOSA E HIJOS.

Por sacrificar momentos de alegría y descanso apoyándome y acompañándome en los momentos difíciles y de desvelo durante esta etapa de mi vida, siendo mi inspiración para poder continuar con las metas fijadas.

A MIS MAESTROS.

Por compartir sus experiencias y enseñanzas para mi formación profesional.

A todos los demás familiares y amigos, especialmente a Doña Amalia y a Sandra y a todos los pacientes que intervinieron para poder culminar esta etapa de mi desarrollo profesional.

A TODOS ELLOS GRACIAS.

DR. JUAN CECILIO CONDE DIONICIO.

**Manejo de la Contractura del cuello vesical
secundaria a la prostatectomía**

RESUMEN.

Se revisaron 45 casos de pacientes con diagnóstico de contractura de cuello vesical, secundaria a prostatectomía, manejados del 1 enero de 1986 al 31 de diciembre de 1993. El promedio de edad fué de 67.7 años. El tiempo promedio de seguimiento fué de 16.4 meses (rango 3 a 60 meses). Diez y ocho pacientes presentaron la contractura de cuello vesical secundaria a resección transuretral de próstata, 24 a prostatectomía abierta y 3 a prostatectomía radical. Se efectuó resección transuretral de cuello vesical en 37 pacientes, Cervicotomía en frío en 5 y dilataciones del cuello vesical en 3. Del total 14 pacientes presentaron recurrencias de la contractura de cuello vesical (12 con resección transuretral y 2 con dilataciones), no hubo recurrencia en los pacientes manejados con cervicotomía en frío. La infección de vías urinarias, el grado de la contractura y la presencia de sonda transuretral no tuvieron significancia para la recurrencia de la contractura del cuello vesical. Conclusiones: La cervicotomía en frío fué mejor que la resección transuretral para evitar la recurrencia. Se necesitan futuros estudios controlados para definir el papel de cada uno de los procedimientos, sobre la recurrencia de la contractura.

ANTECEDENTES:

En 1927 Marion ¹ describió anatómicamente la obstrucción del cuello vesical, pensando que ésta era debida a hipertrofia congénita del cuello (esfínter interno).

Estudios subsecuentes en necropsias, notaron anomalías histológicas variables, incluyendo hipertrofia muscular, fibrosis y fibroblastosis que sugería podía ser una forma adquirida de obstrucción del cuello vesical. ^{2,3}

Posteriormente Budenoch ⁴, describió la misma condición en pacientes masculinos de 7 a 60 años. Pensó que la obstrucción era análoga a la estenosis pilórica y reportó resultados después de resear los bordes del cuello vesical hipertrofiado.

La contractura iatrogénica del cuello vesical puede ser vista en niños como complicación de cirugía previa del cuello de la vejiga o de la reparación del ano imperforado. La contractura fibrosa del cuello vesical ha sido reportada en el 3 al 12% de los hombres sometidos a prostatectomía radical. ⁵

La contractura del cuello vesical es también una complicación de la resección transuretral y de la cirugía abierta para hipertrofia benigna de próstata. ⁶

La electroresección, durante los procedimientos endoscópicos, parece causar más daño que la cirugía abierta, ⁷ especialmente cuando hay glándulas relativamente pequeñas con poco tejido prostático a nivel del cuello vesical, además de lesiones inflamatorias como prostatitis. ⁸

La contractura del cuello vesical se define como un proceso esclerosante y obstructivo del cuello vesical, secundario al trauma operatorio. El diagnóstico es sospechado cuando los síntomas de obstrucción recurren rápidamente (2 a 6 semanas), después de que se ha llevado a cabo una resección adecuada.

Los síntomas iniciales son polaquiuria, disuria, disminución del calibre y fuerza del chorro urinario, pesantez en hipogastrio, dolor irradiado al glande y en fases más avanzadas retención aguda de orina, situación en la que suele terminar el enfermo al final de la evolución de la esclerosis del cuello vesical.

La histopatología se caracteriza por la esclerosis fibrosante del cuello vesical y depósito de fibras de colágeno.

En la forma leve, hay un estrechamiento circunferencial o asimétrico y rigidez del cuello vesical. La cicatrización severa puede ocluir la salida de la vejiga. Con la contractura moderada, la uretrografía retrógrada es muchas veces normal, pero en los casos severos, el cuello vesical contracturado, contrasta sorprendentemente con la uretra distensible. Si la contractura impide la cateterización uretral, se requiere una punción suprapúbica. Ocasionalmente se desarrolla obstrucción uretral si los meatos ureterales son involucrados en la fibrosis del cuello vesical.

La imagen endoscópica revela una disminución considerable de la luz del cuello vesical y frecuentemente no es posible franquearla para entrar a la vejiga, la imagen corresponde a un diafragma semicerrado con un orificio pequeño, con pliegues a veces radiados en su contorno que es fino, anacarado y casi translúcido.

Una prueba urodinámica objetiva, tras la evaluación endoscópica a menudo es requerida, y ambos hacen o excluyen un diagnóstico de contractura del cuello vesical.

Una vez que se encuentra un flujo urinario deteriorado el cistouretrograma brinda información segura del nivel de la obstrucción.

El tratamiento de la forma moderada de la contractura del cuello vesical es con dilataciones muchas veces la obstrucción severa, requiere resección transuretral o incisión, pero la recurrencia es común, en los casos severos, la cirugía abierta para revisión del cuello vesical es necesaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El manejo de la contractura del cuello vesical después de la prostatectomía en los pacientes del Servicio de Urología de nuestro Hospital, en general se realiza mediante electroresección del cuello vesical y algunas veces mediante dilatación, cervicotomía en frío y plastía abierta, sin embargo, desconocemos la cantidad de pacientes que han sido manejados con las diferentes técnicas y su evolución, por lo que este estudio está encaminado a conocer estos puntos.

OBJETIVOS.

Conocer el tipo y número de cirugías para contractura de cuello vesical secundarias a la prostatectomía realizadas en el Servicio de Urología del HE CMN Siglo XXI. del I.M.S.S.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

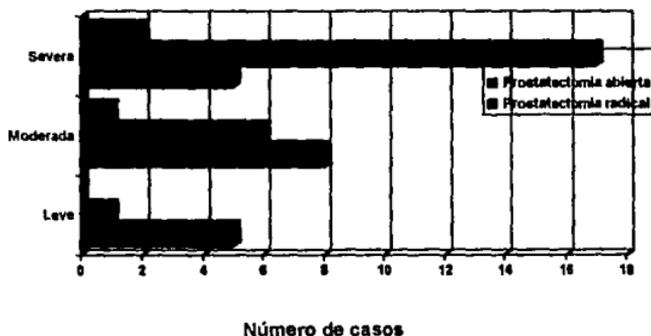
Es un estudio de revisión de casos de pacientes con diagnóstico de contractura de cuello vesical, secundaria a la prostatectomía, que fueron manejados en el Servicio de Urología del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 1o. de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1993.

RESULTADOS:

Se revisaron 45 casos de contractura del cuello vesical secundaria a la prostatectomía. del 1° de enero de 1986 al 31 de diciembre de 1993, del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del I.M.S.S.El promedio de edad fué de 67.7 años (rango 54-88 años), Diez y ocho pacientes tenían antecedente de resección transuretral de la próstata, 24 de prostatectomía abierta y 3 de prostatectomía radical.

El grado de la contractura del cuello vesical en base a la cistouretrografía y a la cistouretroscopia fué de Leve 6 casos (13.3%), Moderada 15 casos (33.3%) y Severa 24 casos (53.3%). Fig. 1.

Figura 1: Relacion del grado de la contractura y tipo de prostatectomía realizada.



El número de pacientes que usaron sonda transuretral o de cistostomía, previo al manejo de la contractura del cuello vesical fueron en total 17 (37.7%), de los cuales 10 tuvieron sonda transuretral y 7 tuvieron sonda de cistostomía. Figura 2.

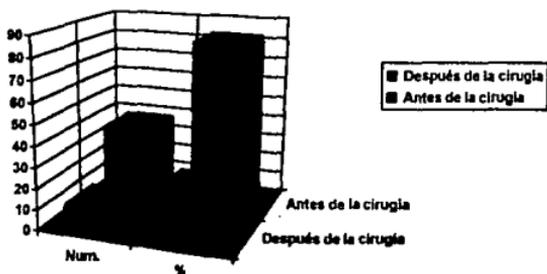
Figura 2: Uso de sonda previo a la cirugía para contractura del cuello vesical



Los pacientes que presentaron infección de vías urinarias antes de la cirugía para la contractura de cuello vesical fueron 37 (82.2%) y después de la cirugía 11 (24.4%).

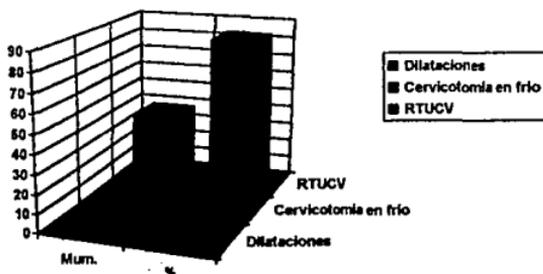
Figura 3.

Figura 3: IVU antes y después de la cirugía para la contractura



El tipo de cirugía efectuada para la corrección de la contractura del cuello vesical fué resección transuretral del cuello vesical (RTUCV) en 37 pacientes (82.2%), cervicotomía en frío en 5 pacientes (11.1%), dilataciones en 3 pacientes (6.7%) y no se efectuó ninguna plastia abierta del cuello vesical. Figura 4.

Figura 4: Tipo de cirugía efectuada para la contractura de cuello vesical.



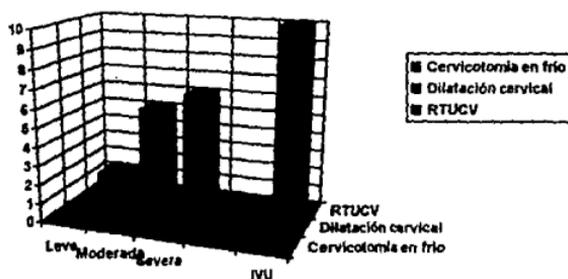
Los pacientes que presentaron recurrencia de la contractura del cuello vesical de acuerdo al tipo de cirugía efectuada fueron 14 (31.1%). A 12 pacientes se les efectuó resección transuretral de cuello vesical (RTUCV), dilataciones a 2 pacientes y ningún paciente con cervicotomía en frío presentó recurrencia. Figura 5.

Los pacientes que presentaron recurrencia de la contractura del cuello vesical en relación al tipo de cirugía, al grado de la contractura y a la presencia de infección de vías urinarias, se presenta en la Figura 6.

Figura 5: Recurrencia de la contractura del cuello vesical de acuerdo al tipo de cirugía



Figura 6: Relación de la recurrencia con el tipo de cirugía, grado de la contractura e IVU



El tiempo de seguimiento fué de 722 meses en total con un promedio de 18.04 meses y un rango de 3-60 meses. De los cuales 33 pacientes se dieron de alta por mejoría, 5 pacientes se perdieron porque ya no acudieron a su cita y 7 pacientes continúan en la consulta externa, 2 pacientes se darán de alta en el

mes de marzo de 1994, 3 pacientes están incontinentes y 2 pacientes de cirugía de próstata radical continuaran vigilancia en la consulta externa de nuestro servicio.

DISCUSION:

Existen muy pocos reportes acerca del manejo de la contractura del cuello vesical secundaria a la prostatectomía. En nuestra serie encontramos que la mayoría de los pacientes fueron manejados con resección transuretral del cuello vesical (37 pacientes); a pesar de que la diatermia teóricamente produce mayor zona de lesión, con ello mayor cicatrización y mayor posibilidad de recurrencia de la contractura del cuello de la vejiga, que en nuestra serie fue del 26.7%. Pocos pacientes (5 pacientes) fueron manejados con cervicotomía en frío y ninguno de ellos recurrió. Las dilatación de cuello vesical contracturado son inefectivas y solo se usan mientras se le ofrece al paciente un tratamiento definitivo.

El grado de la contractura no tuvo aparentemente influencia sobre el resultado de la cirugía.

La infección de vías urinarias estuvo presente 82.2% de los pacientes con contractura de cuello vesical y después del manejo solo en el 24.4% que correspondieron a pacientes manejados con resección transuretral del cuello vesical y la mitad de ellos habían recurrido: Ninguno de los pacientes manejados con cervicotomía en frío tuvo infección posterior al manejo.

Los portadores de sonda no tuvieron mayor incidencia de infección que los no portadores, esto debido seguramente a que tanto la sonda como la obstrucción a la salida de la vejiga son factores condicionantes de ésta.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con contractura del cuello vesical secundaria a prostatectomía manejados con cervicotomía en frío, no tuvieron recurrencia de la contractura, a diferencia de los manejados con resección transuretral del cuello vesical que tuvieron un 26.7% de recurrencias. La presencia de infección de vías urinarias, de sonda transuretral o de cistostomía previo al manejo de la contractura del cuello vesical y el grado de la contractura, parecen no tener influencia sobre la recurrencia de la contractura. El éxito del tratamiento disminuyó la infección de vías urinarias. Estudios prospectivos y comparativos entre la resección del cuello vesical y la cervicotomía en frío serán necesarios a fin de conocer el papel de cada uno en la recurrencia de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Marion G: De L' hypertrophie congenitale du col vesical. J. Urol Med Chir 1927: 23, 97.
- 2) Marion G: Surgery of the neck of the bladder. Br. J. Urol. 1933: 5, 351.
- 3) Bodian M: Some observations on the pathology of congenital "idiopathic bladder neck obstruction" (Marion disease). Br. J. Urol. 1957: 29, 393.
- 4) Badenoch AW: Congenital obstruction at the bladder neck. Ann Roy Coll Surg. 1949: 4, 295.
- 5) Walsh PC: Radical retropubic prostatectomy. In Walsh PC, Gitt RF, Permuter AD, Stamey TA (eds), Campbell's Urology 5th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1986 Chap. 76.
- 6) Greene LF, Robinson HP: Postoperative contracture of the vesical neck. V. Clinical findings, symptoms and diagnosis. J.Urol. 1965: 44, 141.
- 7) Sikefi A, Butler MR, Lane V, et al. Bladder neck contracture following prostatectomy. Br.J. Urol. 1985: 57, 306.
- 8) Romeo F. Enfermedades del cuello vesical en ambos sexos. Prob. Ac. de Urol. Salvat Editores. 1977: 57, 86-91.

- 9) Turner Warwick, Whiteside C, Worth P, et al. A urodynamic view of the clinical problems associated with bladder neck dysfunction and its treatment by endoscopic incision and trans trigonal posterior prostatectomy. Br. J. Urol. 1973; 45, 44-59.
- 10) Grenne LF, Robinson HP. Postoperative contracture of the vesical neck, prophylaxis and treatment. J. Urol. 1968; 95, 520.
- 11) Perez A, Cameo Rico, Valdivia U, Espuela O. Aportaciones al conocimiento de la esclerosis postoperatoria del cuello vesical: Mecanismos patogénicos. Arch. Esp. Urol. 1991 Dec 44 (10) 1167-76.
- 12) Perez A, Cameo Rico, Valdivia U, Espuela O. Aportaciones al conocimiento de la esclerosis post operatoria del cuello vesical: Tratamiento Quirúrgico. Arch. Esp. Urol. 1991 Dec. 44 (19) 1177-84.
- 13). Gil Sanz, Rioja Sanz, Romeo extemar, Minguez Peman. Incisión trigono-cervico-prostática. Actas Urol. Esp. 1992 Feb, 16 (2) 148-51.
- 14) Katz P., Greenstein A., Ratliff J., Marks S., Transurethral incision of the bladder neck and prostate. J: Urol. 1990 sep. 144 (3) 894-8.
- 15) Mobb G, Moisey C., Long - Term follow-up of unilateral bladder neck incision Br. J. Urol. 1988 August, 62 (2) : 160-2.

- 16). Deleere K., Debrayne F., Moonen W., Extended bladder neck incision for outflow obstruction in male patients. British J.Urol 1983 (55) 225-228.
- 17) Moisey C., Stephenson and Evans C. A subjective and urodynamic assessment of unilateral bladder neck incision for bladder neck obstruction. Br.J. Urol. 1982 54 114-117.
- 18). Christensen M Nordling J, Andersen J., Hald T. Functional bladder neck obstruction. Results of endoscopic bladder neck incision in 131 consecutive patients.Br. J. Urol. 1985 57 60-62.
- 19). Surya B., Provet J, JohansonK and Brown J. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: Risk factors and management. J. Urol. 43. 755 1990.