



11246
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI. "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

FALLA DE ORIGEN

**FACTORES DE RIESGO PARA LA CONTRACTURA
DEL CUELLO VESICAL SECUNDARIA A LA
PROSTATECTOMIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN UROLOGIA
P R E S E N T A :
DR. EDUARDO OLIVERIO CORRALES ROLDAN



IMSS

FEBRERO 1995



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.

INVESTIGADOR:

Dr. Eduardo Oliverio Corrales Roldán.
Residente del cuarto año del curso
de especialización en Urología.
Hospital de Especialidades del Centro
Médico Nacional Siglo XXI, I.M.S.S.

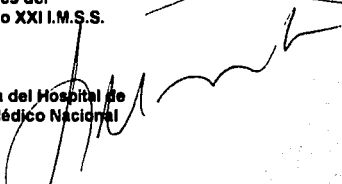
904

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.



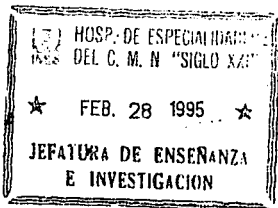
Dr. Jorge Moreno Aranda.
Jefe del Servicio de Urología del Hospital de
Especialidades del Centro Médico Nacional
Siglo XXI. I.M.S.S.



JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.



Dr. Neils Wachter Rodarte.
Jefe de Enseñanza e Investigación.
Hospital de Especialidades Centro
Médico Nacional Siglo XXI. I.M.S.S.



INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
TITULO	3
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	7
HIPOTESIS	7
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	8
UNIVERSO DE TRABAJO	8
DESCRIPCION OPERATIVA VARIABLES	9
SELECCION DE LA MUESTRA	10
PROCEDIMIENTOS	10
RESULTADOS	11
TABLAS	12
DISCUSION	14
CONCLUSION	15
BIBLIOGRAFIA	16

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias por dejarme vivir hasta este momento de mi vida, y darme la fuerza y fé en el Espiritu Santo para que yo culminara mi carrera con éxito. Asi 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 con sus oraciones, alentandome en los momentos dificiles y compartiendo mis alegrías y tristezas, ayudandome asi 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 los he necesitado.

A MI ESPOSA

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 mi primo Jesús y a todos los pacientes que intervinieron para poder culminar esta etapa de mi desarrollo profesional.

A TODOS ELLOS GRACIAS

DR. EDUARDO OLIVERIO CORRALES ROLDAN.

**FACTORES DE RIESGO PARA LA CONTRACTURA DEL
CUELLO VESICAL POSTERIOR A LA
PROSTATECTOMIA**

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 fibroelastosis 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 resecar 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 a 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 recurran 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 mas 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 ureteral 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 s.

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 s.

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 la revisión del cuello vesical es necesaria 10-11.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Serán la edad del paciente, el peso prostático, el antecedente de infección de vías urinarias, el antecedente de sonda vesical, el tipo de prostatectomía realizada y la presencia de prostatitis en el espécimen prostático, factores de riesgo para el desarrollo de la contractura de cuello vesical post-prostatectomía?

OBJETIVOS.

Conocer si:

- 1. La edad del paciente,**
- 2. El peso prostático,**
- 3. El antecedente de infección de vías urinarias,**
- 4. El antecedente de sonda vesical,**
- 5. El tipo de prostatectomía realizada**
- 6. Y la presencia de prostatitis en el espécimen prostático son factores de riesgo para desarrollo de contractura de cuello vesical seguida de la prostatectomía.**

HIPOTESIS.

La edad del paciente, el peso prostático, el antecedente de infección de vías urinarias, el antecedente de sonda vesical, el tipo de prostatectomía realizada y la presencia de prostatitis en el espécimen patológico son factores que contribuyen al desarrollo de contractura de cuello vesical seguida de la prostatectomía.

MATERIAL PACIENTES Y METODOS.

1) TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de casos y controles.

2) UNIVERSO DE TRABAJO.

Todos los pacientes que después de la prostatectomía presentaron recurrencia de los síntomas obstructivos y que fueron estudiados para determinar la causa, atendidos en el Servicio de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. del I.M.S.S., del 1 de enero de 1986 hasta el 31 de julio de 1993.

3) DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.

Independiente:

- 1. Edad.**
- 2. Peso prostático**
- 3. Ant. de portador de sonda vesical (transuretral o de cistostomía).**
- 4. IVU**
- 5. Tipo de cirugía realizada.**
- 6. RHP**

Dependientes"

Síntomas con contractura del cuello vesical.

DESCRIPCION OPERATIVA.

INDEPENDIENTES.

1. Edad en años se recabó del expediente.
2. Peso de la próstata en gramos se recabó del expediente.
3. Ant. de portador de sonda vesical del expediente.
4. Infección de vías urinarias se recabó del expediente.
5. Tipo de cirugía realizada. se recabó del expediente.
 - a) Resección transuretral.
 - b) Transvesical.
 - c) Transcapsular.
 - d) Radical.
6. RHP se recabó del reporte de patología.
 - a) Hiperplasia prostática benigna.
 - b) Prostatitis aguda o crónica.
 - c) Cáncer de próstata en estadios tempranos.

DEPENDIENTE.

Contractura del cuello vesical . Se define como un proceso esclerosante y obstructivo del cuello vesical, secundario al trauma operatorio.

Grado de las contractura: por medio de uretrocistoscopia, o bien por medio de cistouretrograma:

	CUG	Uretrocistoscopia.
Leve	Mayor de 15 Fr.	Franqueable la contractura con el cistoscopio.
Moderada	Entre 15 y 5Fr.	No franqueable pero no llega a ser puntiforme.
Severa	Menor de 5Fr.	Puntiforme o en fondo de saco.

SELECCION DE LA MUESTRA:

a) Tamaño de la muestra. Grupo I: 52 pacientes con contractura vesical, Grupo II: 52 pacientes sin contractura de cuello vesical.

b) Criterios de selección.

i).Criterios de inclusión: todos los pacientes que posterior a la prostatectomía presentaron los síntomas obstructivos.

ii).Criterios de No inclusión: todos los pacientes que tuvieron alguna otra causa de obstrucción de las vías urinarias bajas además de contractura cuello vesical. (Medicamentos, tumoraciones, lesiones neurogénicas):

PROCEDIMIENTOS:

Se revisaron los expedientes de los pacientes que fueron sometidos a prostatectomía y que fueron estudiados por presentar síntomas obstructivos, dividiendolos en dos grupos GI: aquellos que presentaron contractura del cuello vesical y GII: aquellos que tuvieron otra causa de obstrucción Ejem: Tejido prostático residual, estenosis de uretra.

RESULTADOS.

Se revisaron los expedientes de 104 pacientes que presentaron síntomas obstructivos secundarios a la prostatectomía, dividiéndolos en dos grupos: Grupo I: 52 pacientes que corresponden a aquellos que desarrollaron contractura de cuello vesical., y Grupo II: 36 pacientes con estenosis de uretra y 16 pacientes con tejido prostático residual, sin evidencia de contractura de cuello vesical.

En el Grupo I la edad promedio fue de 67 +/- 7 años y en el Grupo II fue de 69 +/-7, el valor de p no fué significativo (NS). El peso prostático en el Grupo I promedió 30 +/- 12gr y el Grupo II de 40 +/- 13 gr (p=0.0001).Tabla I. El antecedente de sonda vesical en el Grupo I fué de 25 (48.07%) pacientes y el Grupo II fué de 30 (57.68%) pacientes (NS). La infección de vías urinarias estuvo presente en 48 (92.3%) pacientes del Grupo I y en 43 (82.64%)del Grupo II, (NS). En cuanto al tipo de cirugía en el Grupo I se realizaron 25 (48.07%) resecciones transuretrales prostáticas y 27 (51.9%) prostatectomías abiertas , en el Grupo II se realizaron 43 (82.69%) resecciones transuretrales y 9 (17.3%) cirugías abiertas (p=0.0004). Antecedente de prostatitis, en el Grupo I 13 (25.9%) pacientes tuvieron prostatitis aguda y en el Grupo II 20(38.4%) pacientes (NS). Hubo 17(32.6%) pacientes con prostatitis crónica en el Grupo I y 9(17:3%) pacientes en el Grupo II (NS). Tabla II.

TABLA 1

VARIABLE	GI=CON CONTRACTURA N=52 X+-1DS	GII=SIN CONTRACTURA N=52 X+-1DS	VALOR DE "P"
EDAD	67+-7	69+-7	N.S.
PESO	30+-12	40+-13	0.0001

EVALUADOS POR LA PRUEBA DE t-studen

TABLA II

VARIABLE	GI=CON CONTRACTURA N=52 N %	GII=SIN CONTRACTURA N=52 N %	VALOR DE "P"
SONDA	25 (48 %)	30 (57 %)	N.S.
I.V.U.	48 (92 %)	43 (82 %)	N.S.
CIRUGIA ABIERTA RTUP	27 (51 %)	9 (17 %)	0.0004
	25 (48 %)	43 (82 %)	N.S.
PROSTATITIS CRONICA	17 (32%)	9 (17 %)	N.S.
PROSTATITIS AGUDA	13 (25 %)	20 (38 %)	N.S.

EVALUADO POR LA PRUEBA DE CHI-CUADRADA

DISCUSION.

Existen muy pocos reportes acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de la contractura de cuello vesical. Greene y cols.⁶ encontraron que pacientes con lesiones inflamatorias como prostatitis y glándulas pequeñas con poco tejido prostático, tendrían mas riesgo de desarrollar contractura del cuello vesical.

En nuestra serie estudiamos 6 posibles factores de riesgo para el desarrollo de contractura de cuello vesical secundaria a la prostatectomía en dos grupos de pacientes: con y sin contractura de cuello vesical. El peso prostático fué significativamente menor en el grupo que desarrolló la contractura de cuello vesical. El número de cirugías abiertas fue significativamente mayor y el número de resecciones transuretrales fué significativamente menor para el grupo que desarrolló la contractura del cuello vesical. Sikafi y cols.⁷ reportan en su estudio que la electrorresección fué un factor importante para el desarrollo de la contractura del cuello vesical, en comparación con la cirugía abierta. Contrariamente, en nuestro estudio encontramos que la cirugía abierta tuvo mayor número de contractura del cuello vesical a pesar de que sensiblemente se realizaron mas resecciones transuretrales. Posiblemente esté relacionado el hecho, que frecuentemente, la cirugía abierta de próstata sea realizada por el residente de segundo año que apenas empieza a incursionar en la cirugía urológica y no tenga especial cuidado en la disección digital del adenoma, con aumento importante del sangrado trans y postoperatorio, manipulación excesiva del cuello vesical y lóculo prostático, y la necesidad de tracción exagerada de la sonda en el postoperatorio inmediato. Esta hipótesis tendrá que ser estudiada posteriormente.

La edad, el antecedente de prostatitis aguda o crónica, la infección de vías urinarias y el antecedente de sonda vesical no influyeron en el desarrollo de contractura de cuello vesical.

CONCLUSIONES.

La cirugía abierta y el tamaño prostático pequeño son dos factores de riesgo para el desarrollo de la contractura de cuello vesical secundario a la prostatectomía importantes, que se tendrán que considerar especialmente si se trabaja en un Hospital diseñado para el entrenamiento de nuevos especialistas en urología.

La edad, presencia de sonda, infección de vías urinarias y prostatitis parecen no tener influencia sobre el desarrollo de contractura del cuello vesical.

Estudios prospectivos y comparativos, entre los diferentes factores de riesgo, serán necesarios a fin de conocer el papel de cada uno de ellos, en el desarrollo de esta 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" (mariokn disease). *Br J Urol* 1957;29:393.
- 4) Badenoch AW. Congenital obstruction at the bladder neck. *Ann Roy Coll Surg* 1945; 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; 76.
- 6) Greene LF, Robinson HP. Postoperative contracture of the vesical neck. V. Cincinal findings, symptoms and diagnosis. *J Urol* 1965;44:141.
- 7) Sikafi A, Butler MR, Lane V, et al. Bladder neck contracture following prostatectomy. *Br J Urol* 1977;57:86.
- 8) Romeo F. Enfermedades del cuello vesical en ambos sexos. *Prob. Ac. de Urol Salvat Editores* 1977;57:86.
- 9) Turner Warwick, Whiteside C, Worth P, et al. Surodynamic view of the clinical problems associated with bladder neck dysfunction and its treatment by endoscopic incision and transtrigonal posterior prostatectomy. *Br J Urol* 1973;45:44.
- 10) Grenne LF, Robinson HP. Postoperative contracture of the vesical neck, prophylaxis and treatment. *J Urol* 1966;95:520.
- 11) Olli S, Miettinen MD. Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine. Comparative analysis of two rates. 140.