

Abordaje quirúrgico de la estenosis de la anastomosis uretrovesical post-prostatectomía radical (PR)

Surgical approach to stenosis of the urethrovesical anastomosis after radical prostatectomy (RP)

D. Fernández Ortiz, W. Villamil, C. Cristalo, C. Andrade, J. Tejerizo, O. Damia, G. Favre, C. Giudice (h)

Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Argentina.

Introducción: La PR es el tratamiento de elección para el cáncer de próstata (CP) órgano-confinado. La incidencia de estenosis de la anastomosis uretrovesical (EAU-V) post-PR por CP, según datos del CaPSURE, es de un 8,4%.

El manejo de la EAU-V además de dificultoso es controvertido por no encontrar en la literatura series con gran número de casos que delinear pautas claras de tratamiento.

El objetivo de este trabajo es compartir nuestra experiencia en el tratamiento de esta complicación, intentando delinear pautas para su manejo.

Materiales y métodos: Se analizaron retrospectivamente pacientes que fueron tratados y/o seguidos en nuestro servicio, por EAU-V (confirmada por cistoscopia) post-PR por CP órgano-confinado, desde enero del 2002 a octubre del 2013.

A los pacientes que presentaban EAU-V con permeabilidad de la luz se les ofreció tratamiento endoscópico como maniobra terapéutica inicial hasta en dos ocasiones. A aquellos con estenosis con luz obliterada y los fracasos del tratamiento endoscópico se les realizó abordaje quirúrgico a cielo abierto.

Resultados: Se evaluaron 25 pacientes con EAU-V post-PR por CP.

La edad promedio de los pacientes fue de 66,8 años. La media de seguimiento global fue de 35,76 meses.

A 22 pacientes se los intervino inicialmente de manera endoscópica, 68% evolucionó libre de estenosis, luego de una o más intervenciones, con seguimiento promedio de 38,32 meses.

Los pacientes intervenidos a cielo abierto fueron nueve (3 de forma inicial por estenosis obliterativa y 6 luego del fracaso del tratamiento endoscópico); el 87,5% evolucionaron sin reestenosis con 34,8 meses promedio de seguimiento. Cabe mencionar que 5 quedaron incontinentes y cuatro continentes.

Conclusiones: Consideramos que el tratamiento endoscópico es válido en la estenosis con luz permeable y como primera alternativa terapéutica por presentar una baja morbilidad y razonable tasa de éxitos.

El abordaje a cielo abierto parece ser el más efectivo en el tratamiento de la EAU-V post-PR.

PALABRAS CLAVE: Estenosis uretrovesical, prostatectomía radical, cáncer de próstata.

Introduction: Radical Prostatectomy (RP) is the treatment of choice for the organ-confined prostate cancer (PC). According to CaPSURE data, the incidence of the vesico-urethral anastomosis stricture (VUAS) is 8.4%. Handling the VUAS is not only difficult but controversial since most related papers mention series with a few numbers of cases describing clear treatment guidelines.

The objective of this paper is to share the experience of "Hospital Italiano de Buenos Aires" (HIBA) in the treatment of VUAS and to suggest a surgical approach.

Methods and materials: A retrospective analysis was conducted between January 2002 and October 2013, on patients treated in our hospital for VUAS (confirmed by cystoscopy) post-RP due to PC. The patients that showed VUAS with no obliterated stenosis were treated with an endoscopy approach as an initial therapy, and in some cases this therapy was repeated a second time. The patients that presented obliterated stenosis and those that showed a failure of endoscopy treatment were then treated with an open surgical approach.

Results: 25 patients with VUAS post-RP due to PC were assessed. The patient's age average was 66.8 years old. The mean follow-up period was 35.76 months. 22 patients received an initial endoscopy approach; 68% of these patients did not develop stricture recurrence and had an average follow-up period of 38.32 months. Nine patients underwent open surgery (3 as an initial therapy for obliterated stricture and 6 after an endoscopy failure); 87.5% of these patients did not show stricture recurrence after an average follow-up period of 34.8 months. Nevertheless 5 patients ended up incontinent and 4 patients were continent.

Conclusion: It was shown that in patients with no obliterated VUAS post-RP, the endoscopy approach had a moderate success rate and low morbidity rate. Additionally it was shown that the open surgery approach of the vesico-urethral anastomosis post-RP was the most effective treatment.

KEY WORDS: Vesico-urethral stenosis, radical prostatectomy, prostate cancer.

Aceptado en Febrero de 2014
Conflicts of interest: ninguno

Accepted on February 2014
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: ferortdiego@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde la incorporación del antígeno prostático específico (PSA) en la detección del cáncer de próstata (CP), el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico ha migrado a estadios más tempranos. Consecuentemente, las indicaciones de tratamientos localizados con intención curativa como la prostatectomía radical (PR), radioterapia externa tridimensional conformada (RT3DC) y la braquiterapia (BQ) se han incrementado notablemente. En los últimos años con los procedimientos mínimamente invasivos como la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) y la prostatectomía radical laparoscópica asistida con tecnología robótica (PRLR), han aumentado significativamente el número de pacientes tratados con intención curativa¹.

La uretra masculina está involucrada en la PR, puesto que se extirpa la uretra prostática y se realiza una anastomosis uretrovesical.

En los EE.UU. se diagnostican aproximadamente 230.000 casos nuevos de CP al año, indicándose los tratamientos descritos anteriormente en el 80% de los casos de enfermedad localizada. Se calcula que se realizan en los EE.UU. no menos de 88.000 PR al año².

La incidencia de estenosis de la anastomosis uretrovesical (EAU-V) postratamiento localizado del CP, incluyendo todas las modalidades de tratamiento, según datos del CaPSURE es de un 5,6% (rango 1,1-8,4%). La PR es el tratamiento que desarrolla con mayor frecuencia esta complicación, de 3310 PR evaluadas, 227 pacientes desarrollaron EAU-V (6,8%)³.

La EAU-V tiene un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes, produciendo obstrucción urinaria baja, incontinencia urinaria, infecciones del tracto urinario, litiasis vesical entre otras complicaciones.

La mayoría de estos pacientes pueden manejarse con procedimientos endoscópicos⁴⁻⁵. Existe un subgrupo de pacientes con lesiones recidivantes, que lleva a los pacientes a interminables sesiones de dilataciones a lo largo de los años, empeorando considerablemente las posibilidades de una solución definitiva y deteriorando severamente la calidad de vida.

El nivel de evidencia respecto del manejo de esta complicación es bajo, observándose en la literatura diferentes opciones endourológicas como dilataciones, resección endoscópica, stents, uretrotomía inter-

na, etc.^{4,5,6,7}. Las escasas publicaciones con abordajes quirúrgicos a cielo abierto por vía abdominoperineal o perineal registran además reducido número de pacientes, haciendo difícil elaborar pautas de manejo^{8,9,10}.

El objetivo de este trabajo es compartir la experiencia de un servicio de alto volumen quirúrgico en CP y cirugía uretral reconstructiva, en el manejo de la EAU-V postratamiento localizado de próstata, intentando delinear algunas pautas para su manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente pacientes que fueron tratados y/o seguidos en el HIBA, por EAU-V post-prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata órgano-confinado, desde enero del 2002 a julio del 2013. De estos pacientes, 15 (56%) fueron operados por adenocarcinoma de próstata en nuestro servicio y 10 (44%) en otros centros.

Los criterios de inclusión tomados fueron: pacientes a los que se le realizó una prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata órgano-confinado que presentaron posterior a éste EAU-V, confirmada con cistoscopia.

Se evaluó preoperatoriamente a estos pacientes con uroflujometría, uretrocistografía retrógrada y miccional, y/o uretrocistoscopia con cistoscopio flexible 14 fr. Se evaluó también la enfermedad de base con antígeno prostático específico y tacto rectal. Todos los pacientes presentaban enfermedad de base controlada.

Los cultivos de orina positivos fueron debidamente tratados y todos los pacientes recibieron antibiocioterapia preoperatoria.

A los pacientes que presentaban estenosis con permeabilidad de la luz se les ofreció tratamiento endoscópico como maniobra terapéutica inicial hasta en dos ocasiones. Si la estenosis persistía se realizaba reanastomosis a cielo abierto excepto que el paciente no estuviese de acuerdo o su estado de salud no lo permitiese (**Figura 1**).

A aquellos pacientes que presentaron estenosis obliterativas se les realizó una cirugía abierta, que consiste en una reanastomosis de la unión uretrovesical. La vía de abordaje fue decidida y consensuada con los pacientes de acuerdo a la continencia previa del ellos. A los que tenían continencia urinaria preservada se les realizó abordaje abdominal y a los que referían in-

continencia de orina se les realizó abordaje perineal (Figura 1).



Figura 1. Algoritmo terapéutico de EAU-U post-PR.

Procedimientos quirúrgicos

Uretrotomía interna: paciente en posición de litotomía, previa anestesia raquídea, se realiza uretroscopia con uretrotomo de 20 fr, se pasa guía hidrofílica por orificio estenótico, se secciona con cuchilla fría, en hora 12 de la estenosis hasta obtener un calibre adecuado y que permita pasar el uretrotomo hasta vejiga, se inyecta con aguja Williams de 5 fr. Triamcinolona 40 mg, en la fibrosis; se finaliza el procedimiento con la colocación de sonda transuretral de Foley de silastic 18 fr.

Resección transuretral de fibrosis de la estenosis: consiste en un procedimiento con los mismos pasos de la uretrotomía interna, pero al observarse mayor densidad de la fibrosis uretral, se reseca el tejido fibroso de la estenosis y se inyecta con aguja Williams de 5 fr, en el lecho cicatrizal, Triamcinolona 40 mg, finalizando con la colocación de sonda Foley de silastic 18 fr.

Resección y reanastomosis por vía perineal: paciente en posición de litotomía forzada, se realiza incisión perineal en lambda, disección por planos hasta la anastomosis uretrovesical. Se realiza cistoscopia con cistoscopio flexible 14 fr para confirmar localización de la estenosis. Se realiza amplia movilización de la uretra anterior y para mejorar el campo quirúrgico se realiza pubectomía parcial inferior. Sección de segmento uretral estenótico y anastomosis con puntos de PDS 4-0, con previa colocación de sonda Foley de silastic 18 fr. Se deja cistotomía suprapúbica. Cierre por planos de y colocación de drenaje que permanece por 24 hs.

Resección y reanastomosis por vía abdominal: paciente en decúbito dorsal, incisión mediana infraumbilical, diéresis por planos hasta espacio prevesical, y movilización de la vejiga. Para poder acceder al sitio de la anastomosis uretrovesical se realiza amplia pubectomía parcial. Cistoscopia con cistoscopio flexible 14 fr para identificar estenosis, y se realiza resección de uretra estenótica. Anastomosis con puntos de PDS 4-0 con previa colocación de sonda Foley de silastic 18 fr. Cistotomía suprapúbica y colocación de drenaje por contraabertura.

Evaluación postoperatoria

Los pacientes se evaluaron postquirúrgicamente cada 3 meses los dos primeros años y luego cada 6 meses, o cuando consultasen por síntomas obstructivos. Se les preguntó acerca de sintomatología miccional y se les entregó un cuestionario PROM para evaluar el resultado del tratamiento. También se les realizó uroflujometría y solo se realizó uretroscopiofibroscopia, con cistoscopio flexible 14 fr a los pacientes de los cuales se sospechaba de reestenosis.

El éxito del tratamiento se definió como paciente asintomático, con flujo máximo de 14 ml/seg en la uroflujometría de control postquirúrgico y/o anastomosis permeable a cistoscopio 14 fr.

RESULTADOS

Se evaluaron 25 pacientes con estenosis de unión uretrovesical post-prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata órgano-confinado. Tres (12%) pacientes presentaron estenosis post-PRLR, siete (28%) post-PRL y quince (60%) post-PR retropúbica.

La edad promedio de los pacientes fue 66,8 años, con un rango de edades que va desde 54 a 77 años.

La media de seguimiento global fue de 35,76 meses con un rango de 3 a 110 meses.

Se observó que 8,08 meses fue el promedio, en general, de aparición de la estenosis luego de la prostatectomía radical, con un rango entre 1 y 72 meses.

Todos los pacientes contaban, en la evaluación preoperatoria, con uretroscopiofibroscopia y uretroscopografía que confirmase la estenosis de la anastomosis uretrovesical y solo cinco pacientes tenían uroflujometría preoperatoria con rango de flujo máximo entre 4 y 6 ml/segundo.

De los 25 pacientes, 3 fueron intervenidos a cielo abierto como primera opción terapéutica, por presentar estenosis obliterativa.

Veintidós fueron los pacientes a quienes se los intervino inicialmente de forma endoscópica. Luego del tratamiento endoscópico 9 (40,9%) tuvieron una evolución favorable; 12 necesitaron un segundo tratamiento endoscópico; a dos se les realizó un tercer tratamiento y por último, uno de ellos requirió realizar cuatro procedimientos endoscópicos. De los pacientes tratados con procedimientos endoscópicos en primera instancia a uno se le realizó cirugía a cielo abierto luego del primer procedimiento endoscópico, a cuatro luego del segundo y a uno luego del tercer tratamiento endoscópico.

El seguimiento promedio de estos pacientes fue de 38,36 meses (rango de 6 a 108 meses) durante este período 16 (68%) pacientes permanecen libres de estenosis con un flujo máximo promedio de 13,8 ml/seg y rango entre 10,5 y 16,8 ml/seg.

Con respecto a los pacientes que solo recibieron tratamiento endoscópico se registraron 7 pacientes con incontinencia de orina (IO), 5 con IO leve y dos con IO moderada a los cuales se le colocó un sling. Por último, un paciente presentó un síndrome de reabsorción con insuficiencia renal aguda que requirió de internación prolongada (9 días), pero no requirió de diálisis.

Nueve pacientes fueron operados a cielo abierto (cinco por vía perineal y cuatro por vía abdominal). Como mencionamos, 6 requirieron tratamiento quirúrgico a cielo abierto luego del fracaso del tratamiento endoscópico (uno luego del primer, cuatro luego del segundo y uno luego de un tercer tratamiento endoscópico) y a tres pacientes se los operó a cielo abierto como primera maniobra terapéutica por presentar estenosis obliterativa.

En forma global, con un seguimiento promedio a partir de la cirugía abierta de 37,8 meses (rango entre 5- meses 96), 7 de los 9 (87,5%) pacientes operados a cielo abierto evolucionaron sin reestenosis, requiriendo uno de ellos una dilatación uretral a los 22 meses, que fue exitosa, y evoluciona libre de estenosis luego de 86 meses de seguimiento; el otro requirió una uretrotomía interna a los 3 y otra a 5 meses, actualmente con buena micción. En el control, el flujo máximo promedio fue de 14,5 ml/seg con un rango de 12,1 a 17 ml/seg.

Quedó incontinente un paciente con cirugía a cielo abierto y vía de abordaje abdominal; a éste se le implantó al año de seguimiento un esfínter artificial que se tuvo que retirar porque el cuff erosionó la uretra; a los 25 meses de seguimiento desde la reanastomosis se colocó un sling que por erosión de la uretra también fue retirado; actualmente se encuentra con una incontinencia moderada. De los abordados por vía perineal, un caso refiere incontinencia postoperatoria mínima que no requiere de tratamiento. En cuanto a los otros tres pacientes abordados por vía perineal e incontinentes se les colocó a dos un sling y al restante un esfínter urinario artificial que debió ser retirado por erosión de la uretra; éste actualmente está incontinente, en plan de un segundo esfínter urinario artificial. En este mismo grupo, un paciente se reinternó por síndrome febril a foco urinario y otro paciente presentó una fistula que resolvió con tratamiento conservador (permanencia de sonda vesical por 45 días).

DISCUSIÓN

La PR con cualquiera de sus abordajes continúa siendo el gold standard del tratamiento localizado del CP.

La uretra posterior está directamente involucrada y puede sufrir complicaciones a consecuencia de la cirugía.

La EAU-V postratamiento localizado del CP tiene, en la literatura, varias denominaciones que pueden llevar a confusión. Se la conoce como estenosis de la anastomosis vesicouretral (EAV-U), contractura del cuello vesical (CCV), estenosis de la uretra prostática y estenosis bulbo-membranosa.

Consideraremos en esta presentación la EAV-U post-PR que tiene la característica que, habitualmente, se localiza proximal al esfínter externo.

Su incidencia oscila entre 1,4-29%^{11,12,13,14,15,16}.

Es menos frecuente luego de la prostatectomía radical perineal y menos frecuente aún luego de la PRL y de la PRLR^{14,15,16}. En estas series contemporáneas, la incidencia no supera el 3%. En nuestra experiencia de los últimos 10 años, en 901 PR realizadas por diferentes abordajes, 14 (1,5%) pacientes desarrollaron una EAU-V. Cifra que coincide con otros centros de alto volumen quirúrgico de adenocarcinoma de próstata.

Aparentemente, una defectuosa aposición mucocosa podría ser un factor que predisponga a esta complicación aunque esto no ha sido demostrado¹⁷.

Esta observación surge de la menor incidencia de EAV-U en la PR perineal y la PRLR, donde se postula que en estos abordajes el contacto muco-mucoso es mejor^{14,15,16}.

La experiencia del cirujano es un factor descrito en algunas series que disminuye la aparición de esta y otras complicaciones de la PR. Erikson y cols. refieren, como único cirujano, que la incidencia de esta complicación en la primera mitad de su experiencia fue del 17% y en la segunda mitad del 1%¹³. Hu y cols., en una revisión de la base de datos de Medicare, también demuestran que la incidencia de la EAV-U es un 10% menor en hospitales de alto volumen quirúrgico en relación a centros de menor volumen¹¹.

Según algunos autores, el sangrado postoperatorio puede generar un hematoma que ponga tensión sobre la anastomosis y así favorecer la aparición de la estenosis^{4,16}.

Otros factores de riesgo mencionados en la literatura son la edad, la obesidad y el tabaquismo^{4,18}.

Esta complicación se asocia con frecuencia a algún grado de incontinencia urinaria (IO) y menos frecuentemente a fístula uretro-rectal¹⁹.

La mayoría de las estenosis pueden ser manejadas con procedimientos endoscópicos como las dilataciones, la uretrotomía interna y la resección endoscópica del tejido fibroso con diferentes tipos de energía, no encontrando diferencias significativas entre los distintos tratamientos^{5,6}.

Las tasas de éxito con las dilataciones en lesiones con escasa fibrosis responden entre un 40–100%^{18,20}.

Similares resultados se publican con la UI y la resección endoscópica^{4,21}.

Con el objetivo de aumentar las posibilidades de éxito, otros autores agregan al procedimiento endoscópico la inyección intralesional de inhibidores de la proliferación celular.

Vanni y cols. publican una serie de 18 pacientes con EAV-U refractaria al tratamiento endoscópico tratados con UI radiada y la inyección intralesional de mitomicina C (MMC). La MMC *in-vitro* y en animales de experimentación ha demostrado inhibir la proliferación de fibroblastos, la deposición de colágeno y la formación de la cicatriz fibrosa. Con 12 meses de seguimiento promedio (4-26 m), el 72% de los pacientes se encuentran en buena evolución. Tres pacientes necesitaron dos procedimientos y uno de 4 intentos⁶.

Eltahawy y cols. trataron 24 pacientes con EAV-U post-PR, con cortes con láser holmium en hora 3 y 9. En el mismo momento aplicaron 40 mg de corticoides, con el objetivo de prevenir la formación de una cicatriz, aumentando la producción de colagenasa endógena. Los autores reportan una tasa de éxito del 83% con un seguimiento promedio de 24 meses (rango 6-72 meses)⁵.

En esta línea de tratamiento, nuestro protocolo de tratamiento de la EAV-U post-PR incluye la UI/resección del tejido fibroso, más la aplicación intralesional de 40 mg de triamcinolona.

De 22 pacientes al cabo de 33,8 meses de media de seguimiento con un rango de 3 a 110 meses, 9 pacientes se encuentran libres de estenosis, con un solo tratamiento endoscópico (media de seguimiento 18,4 meses, rango de 3 y 63 meses). Seis pacientes necesitaron 2 procedimientos endoscópicos (media de seguimiento de 56,6 meses desde el primer procedimiento y rango entre 4 y 110 meses) para quedar libres de estenosis. Uno necesitó un tercer y otro un cuarto procedimientos endoscópicos para quedar libre de estenosis.

Siempre pasamos una guía de seguridad a través de la estenosis y no recomendamos realizar este procedimiento a ciegas, es decir en estenosis obliteradas. El tratamiento de este modo es seguro, bien tolerado y con una posibilidad razonable de resolver el problema con una maniobra controlada.

Como complicación Clavien grado 4a, reportamos un síndrome de absorción que requirió 9 días de internación sin necesidad de diálisis.

Algunos autores han reportado el uso del urolumen en el tratamiento de esta complicación y la consecuente colocación de un esfínter urinario artificial (EUA) para solucionar la IO. Los prometedores resultados preliminares no se han podido mantener en el tiempo. Mangera y cols. reportan que a 3 años de seguimiento, el 48% de los casos tratados requiere de tratamiento adicional y 24% de los casos fracasaron por completo^{22,23} quedando a la fecha en revisión esta modalidad terapéutica.

Para las estenosis refractarias al tratamiento endoscópico, indicamos rehacer la anastomosis a cielo abierto.

La vía de abordaje la decidimos del siguiente modo: si durante los períodos en los que el paciente orinó, nos refiere que se encontraba continente, prefe-

rimos abordar a estos pacientes por vía abdominal en orden de preservar el esfínter externo, que se encuentra por debajo de la estenosis. En caso de pacientes incontinentes, preferimos el abordaje perineal. La vía perineal es un abordaje virgen de tratamiento quirúrgico y/o radiante, es familiar para la mayoría de los urólogos y en pacientes previamente incontinentes, no agravaría su situación. Estos pacientes necesitarán de un procedimiento adicional para restaurar la continencia urinaria.

Con un seguimiento promedio de 37,8 meses, el 100% de los pacientes operados a cielo abierto se encuentran con un calibre uretral normal, pero cabe hacer la salvedad que un paciente recibió una dilatación y otro necesitó de dos uretrotomía interna post-reanastomosis a cielo abierto.

Tres de los cuatro pacientes abordados por vía abdominal conservan la continencia urinaria. El cuarto paciente perdió la continencia a consecuencia de la cirugía.

De los seis pacientes incontinentes (5 operados vía perineal y 1 por vía abdominal), dos recuperaron la continencia a los que se les colocó un sling. Dos pacientes debieron ser reoperados para retirar el cuff porque oradó la uretra y el quinto paciente aún está a la espera de recibir su EUA por parte de la obra social.

En nuestra experiencia, la alta frecuencia de perforación uretral por el cuff del EUA nos obliga a considerar el implante del cuff de forma transcavernosa.

Mundy y cols. publican la serie de casos más numerosa, 23 pacientes, con excelentes resultados funcionales. Estos autores indican la cirugía abierta como primera opción de tratamiento. Todos los pacientes son abordados por vía perineal y a todos se les coloca un EUA. El motivo de la elección del abordaje es evitar un campo quirúrgico operado y, en algunos casos, irradiado, aún a expensas de la segura IO postoperatoria²⁴.

El resto de las series presentan un número de casos menor al nuestro, alternando abordajes perineales y abdominoperineales, con excelentes resultados en cuanto al calibre uretral. Wessels y cols., con un seguimiento promedio de 33 meses, publican que los cuatro pacientes de la serie se encuentran libres de estenosis. En dos casos, el abordaje fue transpubiano, en uno perineal y en el restante abdominoperineal. Emplearon diferentes técnicas de transferencia de tejidos de acuerdo a la complejidad del caso, concluyendo que es posible liberar a los pacientes de la estenosis pero que todos los casos sufrieron IO postoperatoria⁸.

Schlossberg y cols. publican dos casos de reconstrucción de la anastomosis vesicouretral post-PR con seguimiento de 18 y 7 meses. Abordan a los pacientes vía abdominoperineal, realizan amplias pubectomías y cubre la nueva anastomosis con epiplón mayor. A cabo del mencionado seguimiento, los pacientes están libre de estenosis y con IO leve⁹.

Herschon publica buenos resultados en los cinco pacientes de la serie, aclarando que a tres de ellos por estar continentes los abordó por vía abdominal. Describe que los tres pacientes abordados vía abdominal mantuvieron la continencia urinaria al respetar el esfínter externo distal a la estenosis¹⁰.

Consideramos que la EAV-U postratamiento localizado del CP órgano-confinado, es una complicación de difícil manejo, con consecuencias importantes en la calidad de vida y que debería ser comentada a los pacientes antes de realizar la cirugía. Es importante considerar todos los factores de riesgo comentados, a los efectos de disminuir la posibilidad de esta complicación.

Pensamos que con estudios multiinstitucionales a nivel nacional, que aporten mayor número de casos, podremos determinar factores de riesgo, para disminuir su incidencia y delinear más claramente pautas de tratamiento.

CONCLUSIONES

Entendemos que el número de la serie no es suficiente para obtener datos estadísticos, pero sí podemos establecer algunas observaciones:

El tratamiento endoscópico tiene mayor tasa de recaída, de todos modos consideramos que es válido, en los pacientes con estenosis permeable, que esta opción sea indicada como primera alternativa terapéutica.

La cirugía abierta de la estenosis de la anastomosis uretrovesical sería la mejor solución para los casos de obstrucción completa y para los refractarios recalcitrantes a métodos menos invasivos. El abordaje podría decidirse en base a la continencia previa del paciente, en orden de intentar conservarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cooperberg MR, Lubeck DP, Meng MV y cols. The changing face of low-risk prostate cancer. Trends in clinical and primary management. *J*

- Clin Oncol.* 2004, 22 (1):2141-2149.
2. How Intuitive Surgical's Success Suggests The Next Paradigm Shift In Neurosurgery. Thursday, October 25, 2012. <http://lastfinancier.com/author/admin/>
 3. Elliott SP, Meng MV, Elkin EP y cols. Incidence of urethral stricture after primary treatment for prostate cancer. Data from CaPSURE. *J Urol* 2007, 178(2):529-534.
 4. Borboroglu PG, Sands JP, Roberts JL y cols. Risk factors for vesicourethral anastomotic stricture after radical prostatectomy. *Urology* 2000, 56(1):96-100.
 5. Eltahawy E, Gur U, Virasoro R y cols. Management of recurrent anastomotic stenosis following radical prostatectomy using holmium laser and steroid injection. *BJU Int.* 2008, 102(7):517-520.
 6. Vanni AJ, Zinman LN and Buckley JC. Radial urethrotomy and intralesional Mitomycin C for the management of recurrent bladder neck contractures. *J Urol.* 2011, 186:156-160.
 7. Magera JS, Inman BA and Elliott DS. Outcome analysis of urethral wall stent insertion with artificial urinary sphincter placement for severe recurrent bladder neck contracture following radical prostatectomy. *J Urol.* 2009; 181:1236.
 8. Wessels H, Morey AF, McAninch JW. Obliterative vesicourethral strictures following radical prostatectomy for prostate cancer. Reconstructive armamentarium. *J Urol.* 1998, 160(4):1373-1375.
 9. Schlossberg S, Jordan GH, Schellhammer P. Repair of obliterative vesicourethral stricture after radical prostatectomy: a technique for preservation of continence. *Urology* 1995, 45(3):510-513.
 10. Herschorn S. Management of post-radical prostatectomy complete bladder neck occlusion (abstract). *J Urol.* 2007, 177(4):14.
 11. Hu JC, Gold KF, Pashos CL y cols. Role of surgeon volume in radical prostatectomy outcomes. *J Clin Oncol.* 2003, 21(3):401-405.
 12. Yildirim A, Basok EK, Ilhan AI y cols. The impact of the urinary drainage on the development of anastomotic stricture after radical prostatectomy. *Int Urol Nephrol.* 2008, 40(3):667-673.
 13. Erickson BA, Meeks JJ, Roehl KA y cols. Bladder neck contracture after retropubic radical prostatectomy: Incidence and risk factors from a large single surgeon experience. *BJU Int.* 2009, 104(11):1615-1619.
 14. Carlsson S, Nilsson AE, Schumacher MC y cols. Surgery-related complications in 1253 robot-assisted and 485 open retropubic radical prostatectomies at the Karolinska University Hospital, Sweden. *Urology* 2010, 75 (5):1092-1097.
 15. Breyer BN, Davis CB, Cowan JE y cols. Incidence of bladder neck contracture after robot-assisted laparoscopic and open radical prostatectomy. *BJU Int.* 2010, 106(11):1734-1738.
 16. Gillitzer R, Thomas C, Weisner C y cols. Single center comparison of anastomotic strictures after radical perineal and radical retropubic prostatectomy. *Urology* 2010, 76(2):417-422.
 17. Srougi M, Parahos M, Leite KM y cols. The influence of bladder neck mucosal eversion and early urinary extravasation on patient outcome after radical retropubic prostatectomy: a prospective controlled trial. *BJU Int.* 2005, 95(6):757-760.
 18. Thiel DD, Igel TC, Brisson TE y cols. Outcomes with an alternative anastomotic technique after radical retropubic prostatectomy: 10 years experience. *Urology* 2006, 68(1):132-136.
 19. Buckley JC. Complications after radical prostatectomy: anastomotic stricture and rectourethral fistula. *Curr Op in Urology* 2011, 21:461-464.
 20. Park R, Martin S, Goldberg JD y cols. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: Insights into incidence, effectiveness of intervention, effect on continence, and factors predisposing to occurrence. *Urology* 2001, 57(4):742-746.
 21. Popken G, Sommerkamp H, Schultze-Seemann W y cols. Anastomotic stricture after radical prostatectomy. Incidence, findings and treatment. *Eur Urol.* 1998, 45(4):382-386.
 22. Magera JS Jr, Inman BA, Elliott DS. Outcome analysis of urethral wall stent insertion with artificial urinary sphincter placement for severe recurrent bladder neck contracture following radical prostatectomy. *J Urol.* 2009, 181:1236-1241.

23. Borawski K, Webster G. Long term consequences in the management of the devastated, obstructed outlet using combined urolume stent with subsequent artificial urinary sphincter placement. *J Urol.* 2010, 183(4 Suppl):427.
24. Mundy AR and Andrich DE. Posterior urethral complication of the treatment of prostate cancer. *BJU Int.* 2012, 110:304-325.

COMENTARIO EDITORIAL

La incidencia de estenosis de la anastomosis vesico-uretral (EAVU) o la contractura del cuello vesical luego del tratamiento por cáncer de próstata localizado se ha incrementado debido al lógico aumento en el número de pacientes que son diagnosticados en forma precoz. La mayoría de los pacientes pueden ser manejados con terapias conservadoras, pero no faltan los pacientes que presentan cicatrices complejas que imponen un desafío aun para el urólogo experimentado en cirugía reconstructiva. Es el consenso de la mayoría de los cirujanos reconstructivos, que este tipo de estenosis requieren de la mayor experiencia, ya que se encuentran entre los casos mas difíciles de manejar.

En este interesante artículo, los autores nos presentan su extensa serie de pacientes operados en los últimos 10 años, la cual fue revisada en forma retrospectiva. Se trata de una serie heterogénea de pacientes con EAVU post-prostatectomía radical, los cuales fueron divididos en dos grupos dependiendo del grado de estenosis de la luz uretral. En base a este criterio, los pacientes fueron aconsejados con una de dos alternativas: intento de tratamiento endoscópico o reconstrucción uretral. Asimismo, la vía de abordaje, en el caso de reconstrucción uretral, se decidió, en consenso con el paciente, dependiendo del grado de continencia que presentaban previo al tratamiento. Los autores evaluaron los pacientes, como está prácticamente establecido en la gran mayoría de los centros, con estudios radiológicos y endoscopia. El seguimiento fue adecuado, tanto en tiempo como metodología, nuevamente, siguiendo estándares reconocidos mundialmente. La definición de éxito de la técnica quirúrgica se basó en los síntomas del paciente y en la falta de necesidad de subsiguientes tratamientos. Los autores han logrado un éxito si-

milar o superior a otras series publicadas, tanto en el tratamiento conservador como con la reconstrucción uretral. Los mismos nos confirman que este grupo de pacientes son extremadamente dificultosos, y que el tratamiento debe adaptarse a la particular situación del paciente y sus necesidades individuales. La complicación mas temida con estos procedimientos, incontinencia de orina, fue aceptable, teniendo en cuenta que el número de la serie es pequeña, aunque cabe preguntarse si los pacientes que tuvieron erosión del manguito del esfínter artificial habían recibido tratamiento radiante adyuvante, o bien la movilización uretral fue tan extensa que el bulbo esponjoso quedó pobremente vascularizado. Felicito a los autores por esta recopilación.

Ramón Virasoro
Norfolk, Virginia, EE.UU.