

ESCLEROSIS DE CUELLO VESICAL: SU TRATAMIENTO

Dr. Córlica, Luis H. - Dr. López Laur, José - Dr. Ojeda, Jorge A.

Las esclerosis del cuello vesical aparecen como complicación de la cirugía prostática benigna, ya sea siguiendo a las adenomec-tomías, como a las resecciones endoscópicas.

No es conocido con precisión el origen de esta patología; algunos autores la relacionan con el tipo histológico de la glándula extraída, pues refieren que se observa con mayor frecuencia en aquellos adenomas con predominio de componente fibromuscular; en cambio, otros autores, como Greene y Robinson,⁽¹⁾ en un trabajo realizado en la Clínica Mayo refieren que las esclerosis son más bien el resultado de un trauma importante sobre el cuello vesical. También concluyeron estos autores que las esclerosis aparecían fundamentalmente en los adenomas desarrollados en forma intrauretral, más que en los de proyección intravesical, y sobre todo en aquellos en que la resección había sido muy completa.

Se ha observado esta patología con mayor frecuencia luego de resecciones de glándulas cuyos pesos no superan los 20 a 30 g y sus síntomas aparecen precozmente en el posoperatorio, en la gran mayoría dentro del año que sigue a la intervención quirúrgica.^(2,3)

El tratamiento ideal de esta patología es todavía controvertido,⁽⁴⁾ pero aparentemente la cirugía endoscópica es la que ofrece en la actualidad los mejores resultados por su simpleza y efectividad. La cirugía endoscópica de cuello utilizando corriente de corte era, hasta hace poco tiempo, la técnica más utilizada, aunque el porcentaje de recidivas supera 15 ó 20 %, por lo cual se propuso el uso de corticoides inyectados a nivel de la resección del cuello, lo que disminuiría, aunque en forma leve, el porcentaje de recidivas. Por último, dentro de los tratamientos endoscópicos, el uso de corte frío iría seguido de muy bajo número de recurrencias.^(6,7)

Material y método

Se analizan 28 casos de operaciones por esclerosis de cuello vesical realizadas en 27 pacientes; de ellos, 7 fueron secundarios a adenomec-tomías suprapúbicas y 20 secundarios a R.T.U.

En 20 pacientes se pudo comprobar el tamaño de la glándula extraída y analizar el tipo histológico de la misma, concluyendo que el promedio de peso de todas las glándulas era de 16,5 g (máximo 45 g y mínimo 8 g) y que no existía predominio de glándulas con componentes fibromuscular.

La sintomatología apareció tempranamente en el posoperatorio y en todos los casos antes del año de la cirugía, los días promedio de aparición fueron 72, con un mínimo de 10 días y un máximo de 8 meses.

Encontramos 2 tipos diferentes de esclerosis, las diafragmáticas circunscritas al cuello vesical, y las largas, donde además del cuello parte de la cavidad prostática estaba también involucrada en la esclerosis.

En nuestros pacientes encontramos esclerosis diafragmáticas en 17 casos (60,7 %), y esclerosis largas en 11 casos (39,3 %).

En esta serie de 28 casos debemos separar 2 grupos de enfermos de acuerdo con diferentes métodos quirúrgicos utilizados para solucionar su patología.

En el primer grupo se incluyen 10 pacientes, en ellos se realizó R.T.U. del cuello y la técnica utilizada fue la resección total de la zona estenosada con corriente pura de corte, evitando en lo posible la coagulación.

En el segundo grupo se incluyen 18 casos; éstos fueron tratados con uretrotomía endoscópica utilizando la cuchilla de Schse para efectuar cortes en hora 6 y 12 a nivel del cuello en las esclerosis largas, pero que comenzaban a nivel del cuello y terminaban en las proximidades del veru.

De estos 28 casos, solamente tenemos control de seguimiento mayor de 6 meses en 20; por lo tanto, son los únicos tomados para analizar los resultados.

Para este análisis hemos clasificado los resultados obtenidos en:

Excelentes: cuando el procedimiento utilizado solucionó el problema.

Buenos: cuando se necesitaron dilataciones 1 vez por mes durante 3 meses.

Malos: cuando se necesitaron dilataciones periódicas permanentes u otro procedimiento endoscópico para solucionar el problema.

Del primer grupo de enfermos, donde se realizó R.T.U., sólo incluimos en el análisis a 7 pacientes:

- 3 casos de malos resultados (42,8 %), 2 continúan con dilataciones permanentes y en el restante se realizó uretrotomía con corte frío;
- 1 caso de buen resultado (14,2 %);
- 3 casos de excelentes resultados (42,8 %).

En el segundo grupo, donde se realizó uretrotomía con corte frío, sólo se extraen para el análisis 13 pacientes:

- 1 caso de malos resultados (7,7 %);
- 1 caso de buen resultado (7,7 %);
- 11 casos de excelentes resultados (84,6 %).

No encontramos diferencias en los resultados obtenidos, dependiendo del tipo de esclerosis.

Conclusiones

1. Las esclerosis de cuello son más frecuentes en adenomas pequeños. Nuestro peso promedio fue de 16,5 g.
2. No encontramos relación entre el tipo histológico y la incidencia de esclerosis. La causa es posiblemente el trauma causado sobre el cuello vesical.
3. No encontramos relación entre las fallas del tratamiento y el tipo de esclerosis.
4. La utilización de corriente nos brindó resultados buenos y excelentes en 57 % de los casos.
5. La utilización del corte frío nos brindó resultados buenos y excelentes en 92,3 % de los casos.
6. La E.C.V. en 538 R.T.U.-P realizada por los autores fueron 20 casos, lo que hace una incidencia de 3,7 %.

Bibliografía

1. Greene, L. F.; Robinson, H. P.: "Postoperative contracture of the vesical neck. V. Clinical findings, symptoms and diagnosis". J. Urol., 94:141, 1965.
2. Damico, C.; Mebust, W.; Valk, W.; y Foret, J.: "Triancinolone: adjuvant therapy for vesical neck contractures". J. Urol., 110:203, 1973.
3. Maleck, R.; y Greene, L.: "Corticosteroid therapy of postoperative contracture of the vesical neck". J. Urol., 110:297, 1973.
4. Shafik, A.: "Cystotomy: A technique for cure of bladder neck obstruction". J. Urol., 110:657, 1973.
5. Bissada, N.: "Incidence of vesical neck contracture complicating prostatic resection in hemodialysis patients". J. Urol., 117:192, 1977.
6. Weltanger, J.; y Kronmiller: "The management of postprostatectomy vesical neck contracture". J. Urol., 116:482, 1976.
7. Bannow, J.; Mebust, W.; Foret, J.; y Valk, W.: "A second look at injection of vesical neck contractures with triancinolone". J. Urol., 116:39, 1976.