

11246
2e
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
ISSSTE

Mano

**URETROTOMIA OPTICA EN
PACIENTE AMBULATORIO**

Alcalá

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGIA
P R E S E N T A :
DR. JORGE ALBERTO BELTRAN MINJARES

ASESOR DE TESIS:

DR. DANIEL ESPINOSA ESCALONA

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE UROLOGIA
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS



MEXICO, D. F.

1987

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Mano



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

	PAG.
PROTOCOLO	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	4
TECNICA QUIRURGICA	6
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES	11
BIBLIOGRAFIA	13

P R O L O G O

Los avances de la medicina, encaminados siempre a una mejor atención del enfermo, obligan al médico a mantenerse al tanto de los mismos y a buscar dentro de ellos procedimientos sencillos que --brinden los mejores resultados con la menor agresión posible para nuestros pacientes.

Es por esto, que en el presente trabajo se revisa y evalúa un --procedimiento sencillo para un problema difícil que aqueja al --hombre desde la antigüedad, como es la Estenosis de la Uretra.

I N T R O D U C C I O N

La Estenosis de la Uretra es un problema al que se ha enfrentado el ser humano desde tiempos remotos, encontrando evidencia de -- ello en el Ayurveda 600 años A.de C., en el que se hace mención de dilatadores de metal y madera para su tratamiento (1). Más -- tarde, Ferri de Nápoles en el siglo XVI, dejó asentado el uso de sondas metálicas cortantes en el manejo del problema (2). Evolucionando paulatinamente en el diseño y manejo de los Uretrotomos, llegamos a los instrumentos diseñados por Maisonneuve en 1854 y - Otis en 1872, cuyos principios básicos y Uretrotomos se mantuvie ron en uso hasta fechas recientes (3,4). A partir del año de --- 1972, Sachse (5) puso en la práctica un Uretrotomo equipado por una lente 0o y una cuchilla cortante, el cual permite el corte en frfo y a visión directa del área estenótica, a diferencia del -- procedimiento ciego de Maisonneuve y Otis. En 1974, Sachse repor ta tasas de 80% de éxito en el tratamiento de las Estenosis con este Uretrotomo (6). A partir de Esto, su uso se ha difundido am pliamente haciendo ver como obsoletos los procedimientos ciegos para el manejo primario de las Estenosis.

Las tasas de resultados satisfactorios oscilan de 53 a 93% (7,8), mientras que las tasas de complicaciones se reportan entre el -

9 y el 15% (9), siendo el edema peneano, la hemorragia y la infección las más frecuentes.

En el presente estudio, reportamos los resultados de 30 pacientes a quienes se les practicó Uretrotomía Interna o Corte Frío - de Cuello Vesical a visión directa, como procedimiento de consultorio, mediante el uso de Lidocaina al 1% 300mg instilada a través de la Uretra.

MATERIAL, METODOS Y PROTOCOLO DE ESTUDIO

En el Servicio de Urología del Hospital Regional Adolfo López - Mateos ISSSTE, hemos manejado en un periodo de nueve meses, de marzo a noviembre de 1986, a 30 pacientes con Estenosis Uretral y Fibrosis de Cuello Vesical, cuyas edades variaron entre 25 y 78 años, (Tabla 1), siendo la séptima década de la vida la época más frecuente de presentación. Todos los pacientes referían síntomas obstructivos bajos y algunos ya diagnosticados previamente, requerían dilataciones periódicas cada uno o dos meses. (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución por edades

Edad (años)	No. Pts.
21-30	1
31-40	1
41-50	2
51-60	7
61-70	13
71-80	6

En el protocolo de diagnóstico se incluyó Urografía Excretora -- con Uretrografía Miccional, Cistografía Miccional en algunos casos y Uretroscopia en otros, se midió también el flujo urinario y se tomaron muestras de orina para examen y cultivo de la misma, tanto preoperatoria como postoperatorias. Una vez determinado el

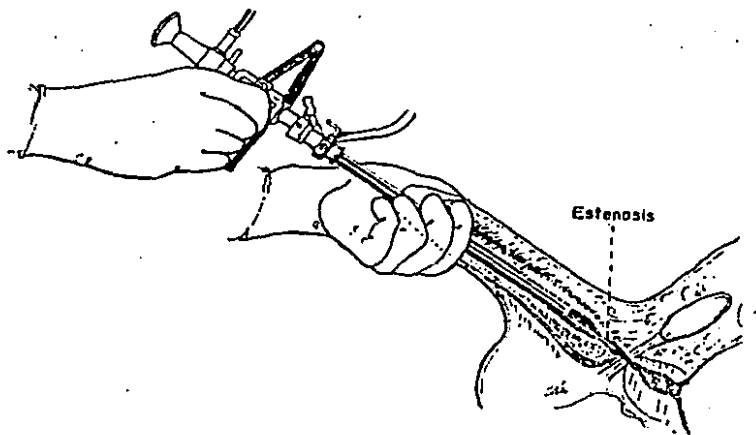
sitio de la Estenosis, la longitud y el número de ellas, los pacientes fueron sometidos a cirugía en consultorio.

TECNICA QUIRURGICA

El procedimiento fue realizado con el Uretrotomo de Sachse, armado con camisa 20Fr, Microlente de Cero Grados y Asa Fría tipo -- Recto. Para la anestesia se utilizó Lidocaína al 10% 300mg, desprovista de propelente por instilación transuretral 10 minutos - antes de la intervención. El Uretrotomo se introdujo a visión directa hasta el borde distal de la Estenosis, realizando cortes - en por lo menos 3 radios, de las 12, 3 y 9 mediante el movimien- to en bloque de la cuchilla y el elemento de trabajo como se re- comienda por otros autorores (2,5,9,10,11), hasta lograr fran-- quear el sitio de la Estenosis y visualizar Mucosa Uretral nor- mal. (Fig. 1, 2). Cuando las Estenosis se encontraban a nivel - de Cuello Vesical, los cortes se realizaron en los radios de las 12 y las 6. Nosotros sólo utilizamos el Cateter Uretral Guía como describen otros autores (2,5,9,10,11), cuando encontramos fal- sas vías uretrales que producían dudas del sitio a cortar.

Una vez terminado el procedimiento, se colocó cateter de Foley - 18 Fr. transuretral, administrándose profilaxis con Trimetoprim Sulfametoxazol durante 5 días, el cateter fue retirado a las 48 horas en todos los casos.

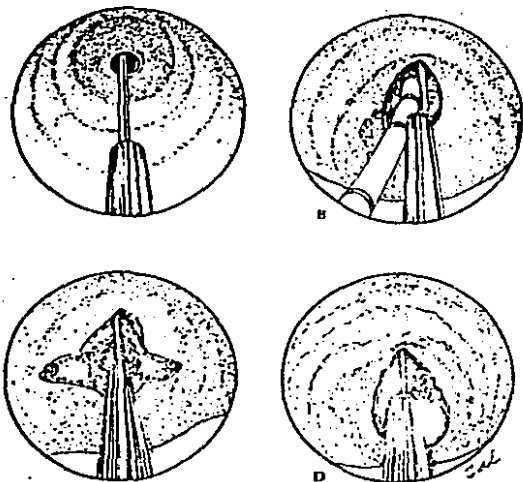
**URETROTOMIA INTERNA ENDOSCÓPICA
EN EL PACIENTE AMBULATORIO**



(Fig.1)

**Se introduce el Uretrotomo a visión directa
hasta el sitio de la Estenosis abocando la
cuchilla directamente sobre ella.**

**URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA
EN EL PACIENTE AMBULATORIO.**



(Fig. 2)

Mediante movimientos en bloque del Uretrotomo se producen cortes en por lo menos 3 radios en el sitio de la Estenosis.

R E S U L T A D O S

De los 30 pacientes, 26 tenían Estenosis de Uretra y 4 Fibrosis de Cuello Vesical, de las Estenosis de Uretra, en 8 de los casos eran Múltiples. (Tabla 2)

Tabla 2 Localización de la Estenosis

Sitio	No.
Peneana	7
Bulbar	11
Cuello Vesical	4
Múltiples	8

La Prostatectomía abierta o endoscópica fue la causa más común del problema, seguida de la infección y el Cateterismo prolongado. De los casos de Fibrosis de Cuello Vesical, 2 fueron secundarios a Prostatectomía Radical por Cáncer. (Tabla 3)

Tabla 3 Etiología de las Estenosis

Estenosis Uretral	No. Pts.
Cirugía Endoscópica (Prostática o Vesical)	9
Prostatectomía Abdominal	6
Cirugía Uretral Previa (Uretroplastía)	3
Cateterismo	4
Infecciosa (gonorrea)	4
Estenosis de Cuello Vesical	
Prostatectomía Abdominal	2
Prostatectomía Radical	2

La evaluación de la cirugía como procedimiento de consultorio, dio resultados ampliamente satisfactorios, pues éste fue tolerado en todos los casos, refiriendo los pacientes como única molestia, deseo miccional imperioso por distensión vesical por la solución de irrigación, molestia que desaparecía al ser evacuada la vejiga.

Los resultados fueron catalogados como excelentes, cuando los pacientes después de la cirugía ya no requirieron de otros procedimientos para mantenerse libres de síntomas y su flujo urinario era mayor de 15ml/seg. Buenos en aquellos pacientes que poste---

rior a la cirugía se mantuvieron con síntomas de dificultad para la micción y que requirieron de algún otro procedimiento como Dilatación Uretral o Autodilatación Hidráulica para conseguir la mejoría total. Se consideró falla cuando el paciente no consiguió mejoría con el procedimiento. (Tabla 4)

Tabla 4 Resultados

Excelente:

Pacientes libres de síntomas y Flujo Miccional mayor de 15ml/seg.

Bueno:

Pacientes que requirieron de algún procedimiento complementario para conseguir la mejoría total.

Falla:

Pacientes sin mejoría después de la cirugía.

De los 30 pacientes, 24 (80%) tuvieron excelentes resultados; 3 (10%) fueron considerados como buenos y 3 (10%) como falla en -

quien no fue posible realizar la apertura completa de la Uretra por dolor en dos casos y la presencia de un Pólipos Uretral que impedía el paso del Uretrotomo de una manera adecuada. En un caso, este último paciente fue sometido posteriormente a Resección del Pólipos y Uretrotomía en Sala de Quirófano bajo anestesia regional. (Tabla 5)

Tabla 5 Resultados de Uretrotomía

	Uretral	Cuello Vesical	Total
Excelente	21	3	24 (80%)
Bueno	2	1	3 (10%)
Falla	3	0	3 (10%)

El seguimiento que hasta ahora se tiene, es de 2 a 9 meses manteniéndose libres de síntomas y de infección.

No se registraron complicaciones de sangrado ni infecciosas en ninguno de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Aún cuando en la actualidad persisten múltiples modalidades de -- tratamiento para las Estenosis Uretrales, en nuestro Servicio se considera a la Uretrotomía Interna Endoscópica, como el procedimiento inicial de manejo, pues permite la resolución del problema en alrededor del 80% de los casos con una sola intervención y hasta aproximadamente 93% con 2 ó más intervenciones. Estamos de -- acuerdo con Djulepa (12), en que para obtener mejores resultados se deben de realizar por lo menos 3 cortes a través del Tejido Fibroso. Es importante hacer notar que este Tejido Fibroso de coloración blanco y nacarado al corte, deja ver en su base un tejido rosado y finamente vascular, cuando han sido completamente seccionadas. Este último parámetro junto con pequeñas incisiones en la Mucosa Uretral normal en los sitios anexos a la Estenosis, son -- los requisitos que nosotros tomamos en cuenta para considerar -- completamente cortado el Anillo Estenótico. Queremos hacer hincapié en lo que ya otros autores han mencionado, que la Uretrotomía Interna Endoscópica, es un procedimiento noble con realmente pocas complicaciones y que con la suficiente experiencia, puede ser realizada como procedimiento de consultorio con tan buenos resultados funcionales y de tolerancia del procedimiento, como en los casos en que se realiza bajo anestesia general o bloqueo regional

(8,9,12,13). La Uretrotomía Interna Endoscópica en Paciente Ambulatorio como procedimiento de consultorio, permite abatir costos de tratamiento, pues evita la hospitalización y los riesgos anestésicos a los que se somete a estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Attwater, H.L.: The History of Urethral Stricture, Brit. -- J. Urol., 15:39, 1943
- 2.- Kirchheim D.: Internal Urethrotomy in Urologic Surgery. Edited by J.F. Glenn: The Lippincott Company Philadelphia- Toronto Third Ed. Chapt 71 p.p.749, 1983
- 3.- Borges H.J., Rocha B.R.: Uretrotomía Interna en Pacientes del Sexo Masculino, valoración de 891 casos. Rev.Mex.Urol. 41:89, 1981.
- 4.- Hjortrup A., Sørensen C., Sanders S., Moesgaardf. and Kierke-- gaardp.: Strictures of the Male Urethra treated by the Otis Me-- tod. J. Urol. 130:903, 1986
- 5.- Sachse H.: Ärztliche Fortbildungstagung: Prax Kurier 36:85, 1972
- 6.- Sachse H.: Zur Behandlung der Harnröhrenstriktur die: Trans-- urethrale Schilzung under Sicht Mit Schaferm, Schnitt.Fortschr Med.92:12, 1974
- 7.- Lipsky, H. and Hubner G.: Direct Vision Urethrotomy in the Ma-- nagement of Urethral Strictures: Brit. J.Urol.49:725, 1977
- 8.- Walther P. Parsons C.L., Schmidt J.D. Direct Vision Internal Urethrotomy in the Management of Urethral Strictures: J.Urol. 123:497, 1980
- 9.- Sacknoff E.J. Kerr W.S. Jr.: Direct Vision Col Knife Urethro-- my. J.Urol., 123:492, 1980
- 10.- Zonana F.E., Alcantara R., Montes J.A., Guzmán E.: Uretroto-- mía Interna Experiencia en el Hospital Central Militar:Rev. Mex.Urol. 42:235, 1982
- 11.- Berikov H.M., Tein A.B., Reid R.E., Freed S.Z.: Internal Ure-- throtomy under Direct Vision in Men: J.Urol. 128:37, 1982
- 12.- Djulepa J.: Urethrotomy Technique in Urethral Stricture, 6 -- years, Results: 123:955, 1983
- 13.- Corica A.P. Uretrotomía Interna Endoscópica, Rev.Mex. Urol. 40:195, 1980.