



ARTÍCULO ORIGINAL

Factores predictivos de recidiva de estenosis uretral tras uretrotomía endoscópica



L. Redón-Gálvez*, R. Molina-Escudero, M. Álvarez-Ardura, H. Otaola-Arca, R.O. Alarcón Parra y Á. Páez-Borda

Departamento de Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España

Recibido el 28 de enero de 2016; aceptado el 17 de marzo de 2016
Disponible en Internet el 17 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Estenosis uretral;
Uretrotomía
endoscópica;
Recidiva

Resumen

Objetivo: El objetivo del trabajo fue analizar las variables clínico-demográficas de la serie y los factores predictores de recidiva de estenosis uretral tras uretrotomía endoscópica.

Material y métodos: Se analizó retrospectivamente a 67 pacientes tratados mediante uretrotomía endoscópica tipo Sachse entre junio de 2006 y septiembre de 2014. Se excluyó a los intervenidos previamente de uretrotomía endoscópica o uretroplastia y se incluyó al resto de los pacientes que presentaban estenosis uretral.

Se analizó edad, peso, hábito tabáquico, factores de riesgo cardiovascular, número, localización, longitud y etiología de la estenosis, uretrotomía previa, tiempo de sonda vesical y dilataciones posquirúrgicas.

Se realizó un análisis univariado y multivariado mediante el test de chi-cuadrado o de Fisher y regresión logística para identificar las variables relacionadas con la recidiva.

Resultados: El 37% recidivaron. La mayoría eran > 60 años (56,7%), obesos (74,6%), no fumadores (88%) y sin factores cardiovasculares (56,7%). La mayoría de las estenosis fueron únicas (94%), < 1 cm (82%), de uretra bulbar (64,2%), iatrogénicas (67,2%) y sin uretrotomía previa (89,6%). La mayoría llevaron sonda vesical durante < 15 días (85,1%) y no realizaron dilataciones posquirúrgicas (65,7%).

Solamente la longitud de la estenosis resultó factor de riesgo independiente de recidiva ($p = 0,025$) con un riesgo relativo de 5,7 para un IC 95% (1,21-26,41).

Conclusiones: En el tratamiento de la estenosis uretral mediante uretrotomía endoscópica, la longitud de la estenosis > 1 cm es el único factor que predice un incremento del riesgo de recidiva. No se encontraron factores clínicos ni demográficos que condicionaran un incremento en la incidencia de recidiva. Del mismo modo, factores técnicos como incrementar el tiempo de sondaje vesical o las dilataciones uretrales no alteran el curso de la enfermedad, por lo que su uso rutinario es innecesario.

© 2016 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.redon@salud.madrid.org (L. Redón-Gálvez).

KEYWORDS

Urethral stricture;
Endoscopic
urethrotomy;
Recurrence

Predictors of urethral stricture recurrence after endoscopic urethrotomy**Abstract**

Objective: The aim of the study was to analyse the clinical-demographic variables of the series and the predictors of urethral stricture recurrence after endoscopic urethrotomy.

Material and methods: We retrospectively analysed 67 patients who underwent Sachse endoscopic urethrotomy between June 2006 and September 2014. Those patients who had previously undergone endoscopic urethrotomy or urethroplasty were excluded. The other patients who presented urethral stricture were included.

We analysed age, weight, smoking habit, and cardiovascular risk factors, as well as the number, location, length and aetiology of the strictures, previous urethrotomies, vesical catheter duration and postsurgical dilatations.

A univariate and multivariate analysis was conducted using the chi-squared test or Fisher's test and logistic regression to identify the variables related to recurrence.

Results: Thirty-seven percent of the patients had a relapse. The majority of the patients were older than 60 years (56.7%), obese (74.6%), nonsmokers (88%) and had no cardiovascular factors (56.7%). The majority of the strictures were single (94%), <1 cm (82%), bulbar urethral (64.2%), iatrogenic (67.2%) and with no prior urethrotomy (89.6%). The majority of the patients carried a vesical catheter for <15 days (85.1%) and did not undergo postsurgical dilatation (65.7%).

Only the length of the stricture was an independent risk factor for recurrence ($P=.025$; relative risk, 5.7; 95% CI 1.21-26.41).

Conclusions: In the treatment of urethral strictures through endoscopic urethrotomy, a stricture length >1 cm is the only factor that predicts an increase in the risk of recurrence. We found no clinical or demographic factors that caused an increase in the incidence of recurrence. Similarly, technical factors such as increasing the bladder catheterisation time and urethral dilatations did not change the course of the disease. Their routine use is therefore unnecessary.

© 2016 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se estima que la incidencia de estenosis uretral es del 0,6% y condiciona más de 5.000 consultas médicas al año¹.

Según una revisión realizada por la Cochrane en el 2012, actualmente no existe suficiente evidencia sobre el tratamiento ideal para la estenosis uretral. Existen principalmente 4 posibles tratamientos: dilataciones periódicas, uretrotomía endoscópica, *stent* uretral permanente o uretroplastia².

La dilatación fue el tratamiento estándar hasta la aparición de la uretrotomía interna hace 200 años. A partir de principios del siglo XIX se empezaron a utilizar uretrotomos que se introducían de forma ciega y abrían la estenosis con pequeños cuchillos. Los más conocidos eran el uretrotomo de Otis y el de Maisonneuve. En 1973 Sachse introdujo el uretrotomo endoscópico de corte frío y visión directa, que desterró los anteriores uretrotomos y limitó las dilataciones periódicas a casos recurrentes aislados o como uso complementario tras el tratamiento endoscópico^{3,4}.

La uretrotomía endoscópica se trata de un procedimiento sencillo, reproducible y con escasa morbilidad, lo que ha conllevado su sobreutilización, a pesar de presentar un riesgo de recidiva aproximado del 40%⁴ según la literatura.

Según un estudio publicado por Wright et al.⁵ la uretroplastia debe indicarse como primera opción cuando el porcentaje de éxito esperado con la uretrotomía endoscópica sea menor del 35% o tras 2 uretrotomías endoscópicas fallidas. Por este motivo han aparecido diversos estudios que

buscan factores que permitan predecir el riesgo de recidiva tras una uretrotomía interna⁶⁻¹⁷.

Los objetivos del trabajo son analizar las variables clínico-demográficas de la serie de pacientes e identificar los factores predictivos de recidiva.

Material y métodos

Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes tratados mediante uretrotomía interna tipo Sachse en nuestro centro entre junio del 2006 y septiembre del 2014. La revisión se realizó entre septiembre y diciembre del 2015. El tiempo medio de seguimiento fue de 3 años con un mínimo de un año. Se excluyó a los pacientes intervenidos previamente de uretrotomía interna o uretroplastia y se incluyó al resto de los pacientes que presentaban estenosis uretral.

El diagnóstico de estenosis uretral se realizó mediante una uretroscopia inicial (prueba disponible de forma inmediata en la consulta que nos permite descartar casos de hipertrofia prostática o cuello sobreelevado), seguida de una CUMS completa en el caso de confirmación de estenosis, en pacientes con clínica miccional o flujometría compatible con estenosis de uretra (Q máx < 15 ml/s). La indicación de cirugía fue en pacientes sintomáticos o con estenosis con repercusión funcional.

La mayoría de las uretrotomías endoscópicas se realizaron en régimen de cirugía mayor ambulatoria, excepto en pacientes del tipo III de la American Society of

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843059>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843059>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)