



Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro



NUEVAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍAS

Tratamiento de la lesión uretral cistoscópica iatrogénica asociada a secuela de la erosión del manguito en un paciente después de la implantación previa de AMS 800. Técnica de un solo paso con revisión, sin explantación del manguito

P. Weibl*, M. Rutkowski y W. Huebner

Department of Urology, Teaching Hospital, Landesklinikum Korneuburg, Korneuburg, Austria

Recibido el 27 de enero de 2017; aceptado el 13 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Incontinencia urinaria;
Uretroplastia;
Erosión del manguito

Resumen

Introducción: La lesión uretral iatrogénica con posterior erosión del manguito durante la cistoscopia es una complicación poco frecuente. Se presentará la estrategia quirúrgica alternativa con uretroplastia *in situ* manteniendo el manguito abierto *in situ*.

Materiales y métodos: Los autores describen 3 casos de lesión uretral iatrogénica con erosión del manguito durante la evaluación cistoscópica para excluir la estenosis o la erosión del manguito debido a la reaparición de síntomas obstructivos del tracto urinario inferior. Todos los pacientes tenían antecedentes de implantación de AMS 800 por incontinencia posprostectomía. Se realizó una cistoscopia rígida, que no reveló alteraciones; sin embargo, se identificó una pequeña lesión uretral iatrogénica durante la extirpación del cistoscopio en la proyección del manguito.

Resultados: Se realizó uretroplastia *in situ* y el manguito se dejó abierto *in situ*. Además, se colocó una solapa de grasa protectora alrededor de la uretra desde la cara dorsolateral, separando el manguito y la uretra del contacto directo entre sí. Después de 6 semanas el defecto uretral se curó completamente y a través de una incisión perineal primaria el manguito fue readaptado y cerrado. El dispositivo estaba funcionando sin ningún ajuste adicional.

Conclusión: Nuestra modificación debe considerarse, en casos seleccionados sin infección, como parte de la estrategia de tratamiento en los casos de lesiones uretrales iatrogénicas con posterior erosión del manguito. De esta manera se puede evitar el manguito original y la preparación posiblemente difícil de la uretra durante la reoperación. Sin embargo, se deben presentar más casos en la literatura mundial para confirmar la utilidad de este principio quirúrgico.

© 2017 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pweibl@yahoo.com (P. Weibl).

KEYWORDS

Urinary incontinence;
Urethroplasty;
Cuff erosion

Management of iatrogenic cystoscopic urethral lesion associated with sequela of cuff erosion in a patient after previous AMS 800 implantation. One-step technique with revision, without cuff explantation

Abstract

Introduction: Iatrogenic urethral lesion with subsequent cuff erosion during cystoscopy is a rare complication. The alternative surgical strategy with in situ urethroplasty while maintaining the open cuff left in situ will be presented.

Materials and methods: The authors report 3 cases of iatrogenic urethral lesion with cuff erosion during cystoscopic evaluation to exclude stricture or cuff erosion due to new onset of obstructive lower urinary tract symptoms. All patients had a history of a AMS 800 implantation due to posprostatectomy incontinence. Rigid cystoscopy was performed, which revealed no pathologies; however, iatrogenic small urethral lesion was identified during the removal of the cystoscope at the projection of the cuff.

Results: In situ urethroplasty was performed, and the cuff was left open in situ. Additionally a protection fat flap was placed around the urethra from the dorsolateral aspect, separating the cuff and urethra from the direct contact with each other. After 6 weeks the urethral defect was completely healed and via a primary perineal incision the cuff was readapted and closed. The device was fully functioning without any additional adjustments.

Conclusion: Our modification should be considered in select cases with absence of infection as part of management strategy for cases of iatrogenic urethral lesions with subsequent cuff erosion. Thereby the original cuff can be spared and the possibly difficult preparation of the urethra during reoperation can be avoided. However, additional more cases should be presented in the world-wide literature, to confirm the utility of this surgical principle.

© 2017 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El esfínter urinario artificial AMS 800 (American Medical Systems, Minnetonka, MN, EE. UU.) ha sido probado y se ha convertido en la referencia para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en hombres respecto a los resultados de seguimiento a largo plazo¹.

El tratamiento de pacientes con AMS 800 implantado y con antecedentes de erosión del manguito uretral es más difícil. El mayor riesgo de erosión secundaria del manguito está presente en la población de pacientes con erosión anterior del manguito, radiación previa, cateterismo prolongado, hipertensión y enfermedad coronaria². Tradicionalmente, el pilar de la estrategia de tratamiento de la secuela de la erosión se basa en la eliminación de todos los componentes del dispositivo. La eliminación de todo el dispositivo no es obligatoria en el contexto de cultivo de orina estéril. Por otro lado, es muy importante saber la fecha de la implantación primaria. Sobre la base de las pruebas actuales, se propone que el plazo de 3 a 5 años de la implantación del AMS 800 sea el punto de corte para la explantación de todos los componentes³. Estos hallazgos se basan básicamente en la mediana de tiempo hasta el mal funcionamiento del dispositivo.

Para los pacientes con defectos uretrales más pequeños, algunos autores recomiendan la inserción del catéter como un tratamiento solitario². Sin embargo, hay evidencia reciente que promueve la uretroplastia *in situ* con el fin de reducir el desarrollo de la estenosis secundaria⁴.

En general, la necesidad de instrumentación endoscópica futura, dilatación o inserción de catéter debe limitarse al

mínimo, debido al riesgo de microtrauma uretral iatrogénico potencial. La evaluación cistoscópica es una necesidad para excluir la estenosis uretral o del cuello de la vejiga antes del implante del dispositivo. Del mismo modo, en los casos de un reinicio de incontinencia urinaria o de síntomas obstructivos del tracto urinario inferior, la evaluación endoscópica se garantiza de nuevo con el fin de evaluar la integridad uretral total.

Dada la tendencia a minimizar el riesgo de cualquier daño uretral, no se conoce la verdadera incidencia de lesiones uretrales iatrogénicas con posterior erosión del manguito. Desafortunadamente, no existen directrices claras para el tratamiento y la estrategia quirúrgica para estos casos. La mayoría de las decisiones se toman en escenarios clínicos individuales. Factores como el tiempo desde la primera implantación, el intervalo hasta la lesión uretral y el estado de la orina juegan un papel importante. En este trabajo se presenta un caso de erosión iatrogénica del manguito uretral durante la evaluación cistoscópica, tratado mediante uretroplastia *in situ*, transposición de la solapa de grasa protectora entre el manguito y la uretra, dejando temporalmente el manguito abierto *in situ*. En un segundo paso, solo hubo una readaptación del manguito con cierre necesario, 6 semanas después del procedimiento inicial.

Materiales y métodos

Los autores informan de 3 casos de lesión uretral iatrogénica con erosión del manguito durante la evaluación cistoscópica (rígida: un paciente; flexible: 2 pacientes) para excluir la estenosis o la erosión del manguito debido a la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8769140>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8769140>

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