



# Recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a prostatectomía radical neuropreservadora, con suspensión de cuello vesical

López-Verdugo JF, Fernández-González AH, Vargas-Valtierra P, Camacho-Trejo VF, Zapata-González A.



## ■ RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si la suspensión y pexia del cuello vesical, posterior a la prostatectomía radical neuropreservadora, resulta en mejoría de la continencia urinaria a corto y mediano plazo.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, cuasiexperimental, comparativo, longitudinal con una muestra determinada por conveniencia. Los pacientes se asignaron en forma no aleatoria a dos grupos. Se incluyeron en el estudio 79 pacientes consecutivos con adenocarcinoma de próstata localizado, los cuales fueron sometidos a prostatectomía laparoscópica con neuropreservación bilateral. El grupo I incluyó 40 pacientes sometidos a prostatectomía laparoscópica con anastomosis uretrovesical con sutura continua. En el grupo II se incluyeron 39 pacientes a los cuales posterior a la realización de la anastomosis uretrovesical se practicó pexia/suspensión del cuello vesical.

**Resultados:** Se evaluó la continencia urinaria a los días 1, 7, 30, y 90 de retiro de sonda Foley. En el grupo I la continencia al primer día posretiro de sonda fue de 27.5% a los 7 días 62.5%, 75% a los 30 días y 80% a los 90 días. En el grupo II la continencia fue de 51.28% al día 1, 66.6% al día 8, 79.48% al día 30 y 94.87% a los 90 días.

## ■ ABSTRACT

**Objective:** To determine if bladder neck suspension and pexis after nerve-sparing radical prostatectomy results in an improvement of short- and mid-term urinary continence.

**Materials and methods:** An observational study utilizing a convenience sample was carried out. Patients were nonrandomly assigned to two groups. A total of 79 consecutive patients presenting with localized prostate adenocarcinoma who underwent laparoscopic prostatectomy with bilateral neuropreservation were included in the study. Group I was made up of 40 patients who underwent laparoscopic prostatectomy with running suture urethrovesical anastomosis. Group II consisted of 39 patients who underwent bladder neck pexis/suspension after urethrovesical anastomosis.

**Results:** Urinary continence was evaluated on days 1, 7, 30 and 90 of Foley catheter removal. In Group I continence on day one of catheter removal was 27.5%, on day seven 62.5%, on day thirty 75% and on day ninety 80%. In Group II on day one continence was 51.28%, on day seven 66.6%, on day thirty 79.48% and on day ninety 94.87%.

**Conclusions:** In our series of patients, bladder neck suspension and pexis after nerve-sparing radical

Correspondencia: José Francisco López Verdugo. Centro de Cirugía Urológica Robótica y de Mínima Invasión. Tuxtla 528 esquina con Soto la Marina, Mitras Norte, Monterrey, N.L. México. Teléfono:

83-11-15-59. Correo electrónico: fcolopezver@hotmail.com y a\_h\_fern@hotmail.com

**Conclusiones:** La suspensión y pexia del cuello vesical posterior a prostatectomía radical laparoscópica neuropreservadora con anastomosis uretrovesical con sutura continua ha resultado, en nuestra serie de pacientes, en una notable reducción del tiempo para recuperar la continencia urinaria temprana. Esta diferencia se aprecia más significativamente al día 1 de retiro de la sonda, disminuyendo la diferencia entre los grupos desde el día 7 al día 30; sin embargo, en todas las mediciones se observó mejor resultado en el grupo tratado con la suspensión y pexia del cuello vesical.

**Palabras clave:** Continencia urinaria, prostatectomía radical neuropreservadora.

*prostatectomy with running suture urethrovesical anastomosis resulted in a notable time reduction for recuperating early urinary continence. This difference was most significantly noticed on day one of catheter removal. The difference between groups became less from day seven to day thirty. However, better results were seen for all measurements in the group treated with bladder neck suspension and pexis.*

**Key Words:** Urinary continence, nerve-sparing radical prostatectomy.

## ■ ANTECEDENTES

La incontinencia urinaria posprostatectomía radical es un problema que afecta importantemente la calidad de vida del paciente. Su incidencia varía entre 5 y 30%,<sup>1</sup> ésta se debe principalmente a deficiencia intrínseca del esfínter y raramente a inestabilidad del detrusor o deficiencia pura del esfínter.<sup>2-4</sup>

En algunos casos leves, se ha observado mejoría con ejercicios de piso pélvico, con terapia farmacológica o electroterapia. Sin embargo, en otros casos se requiere la intervención quirúrgica, ya sea para implante de esfínter artificial, agentes coaptantes periuretrales o *sling* masculino.<sup>5-8</sup>

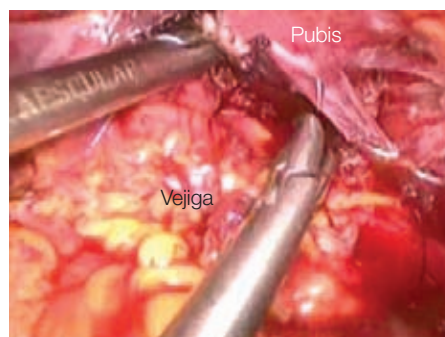
En la mayoría de los casos el tiempo para lograr la continencia puede demorar hasta 12 meses.<sup>9-11</sup> En diversos estudios se ha observado poca tolerabilidad del paciente a la incontinencia urinaria y el consecuente efecto negativo en los índices de calidad de vida.<sup>12</sup>

## ■ OBJETIVO

Determinar si la suspensión y pexia del cuello vesical, posterior a la prostatectomía radical neuropreservadora, resulta en mejoría de la continencia urinaria a corto y mediano plazos.

## ■ MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, cuasiexperimental, comparativo, longitudinal con una muestra determinada por conveniencia. Los pacientes se asignaron en forma no aleatoria a dos grupos. Todos los pacientes firmaron consentimiento bajo caución.

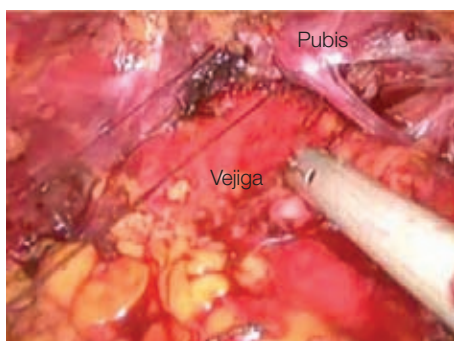


**Imagen 1.** Se anudan ambos extremos con sutura continua.

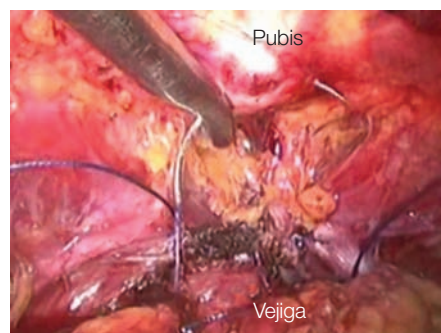
Se incluyeron en el estudio 79 pacientes consecutivos con adenocarcinoma de próstata localizado, los cuales fueron sometidos a prostatectomía laparoscópica con neuropreservación bilateral. El grupo I incluyó 40 pacientes sometidos a prostatectomía laparoscópica con anastomosis uretrovesical con sutura continua.<sup>13</sup> En el grupo II consistió de 39 pacientes a los cuales posterior a la realización de la anastomosis uretrovesical se practicó pexia/suspensión del cuello vesical.

Lo anterior consistió de un primer paso en el cual, posterior a la anastomosis uretrovesical con sutura continua se anudan ambos extremos, posteriormente, se aproxima con la misma sutura a remanente de ligamento puboprostático en ambos lados (**Imágenes 1 y 2**).

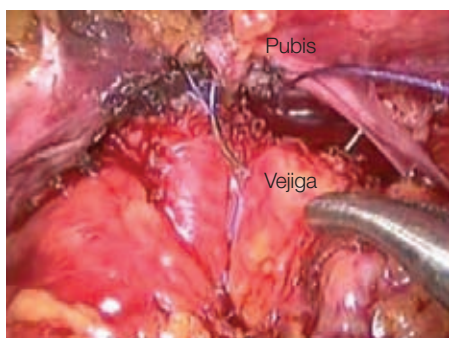
Posterior a esto, se coloca punto del cuello vesical aproximadamente a las 2 (**Imagen 3**) y a las 10 en horario de reloj (**Imagen 4**), con la misma sutura, tomando



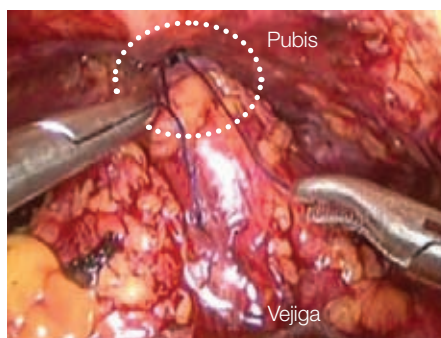
**Imagen 2.** Aproximación con la misma sutura al remanente de ligamento puboprostático en ambos lados.



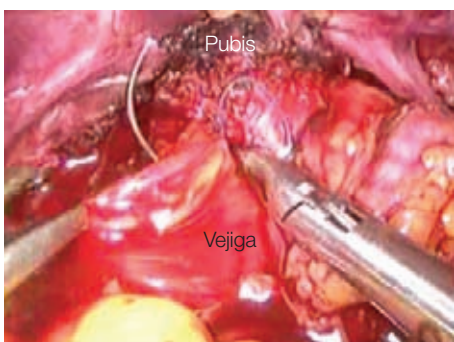
**Imagen 5.** Aproximación al arco posterior de pubis.



**Imagen 3.** Punto en el cuello vesical aproximadamente a las 2 en horario de reloj.



**Imagen 6.** Continuación de la sutura en plano periostio; nudo con técnica convencional.



**Imagen 4.** Punto en el cuello vesical a las 10, con la misma sutura, tomando un plano seromuscular.

un plano seromuscular. Se aproxima éste al arco posterior de pubis (**Imagen 5**) continuando la sutura en plano periostio. Se anuda con técnica convencional (**Imagen 6**).

## ■ MEDICIÓN DE LA CONTINENCIA URINARIA

La continencia urinaria se definió como el uso de 0-1 protector por día (cuyo peso es  $\leq 30$  gramos).

La incontinencia urinaria fue reportada por el paciente y corroborada mediante evaluación clínica a los días 1, 7, 30 y 90 del retiro de sonda Foley. La sonda Foley se retira 8 días después de quitar el drenaje colocado en la cirugía, generalmente tipo Blake 19.

## ■ ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se efectuó un análisis estadístico con una prueba de  $X^2$  para grupos independientes.

## ■ RESULTADOS

Se evaluó continencia urinaria a los días 1, 7, 30 y 90 del retiro de sonda Foley.

**Tabla 1.** Continencia urinaria

Tiempo	Sin pexia	Con pexia	p*
Día 1	11/40(27.5%)	20/39(51.28%)	0.03
Día 7	25/40(62.5%)	26/39(66.66%)	Ns
Día 30	30/40(75%)	31/39(79.48%)	Ns
Día 90	32/40(80%)	37/39(94.87%)	Ns

\*X<sup>2</sup>  
NS = No hubo significancia estadística.

En el grupo I la continencia al primer día posretiro de sonda fue de 27.5% a los 7 días 62.5%, 75% a los 30 días y 80% a los 90 días.

En el grupo II la continencia fue de 51.28% al día 1, 66.6% al día 8, 79.48% al día 30 y 94.87% a los 90 días (Tabla 1).

## ■ DISCUSIÓN

Muchos estudios se han publicado de modificaciones en la técnica quirúrgica para disminuir el tiempo para recuperar la continencia urinaria posterior a la remoción del catéter uretral. Los mejores resultados se han alcanzado con procedimientos que preservan o refuerzan el cuello vesical o mantienen los ligamentos puboprostáticos y los incorporan a la anastomosis uretrovesical, con lo que se obtiene una suspensión anterior del complejo uretroesfinteriano.

En el presente estudio, se incorporan tanto los principios conservadores del rabdoesfinter como la restitución de la posición uretral en relación con los ligamentos puboprostáticos además de una pexia y suspensión del cuello vesical.

En el grupo de pacientes sometidos a la variante de la técnica quirúrgica, a la suspensión vesical y pexia pueden influir en la restitución del soporte uretral perdido durante la disección prostática. Aunque la hipermotilidad uretral no es el único componente de continencia urinaria, el prevenirla ha demostrado beneficio en el grupo tratado.

## ■ CONCLUSIONES

La suspensión del cuello vesical ha sido parte importante del manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo por muchos años. La suspensión y pexia del cuello vesical posterior a prostatectomía radical laparoscópica neuropreservadora con anastomosis uretrovesical con sutura continua, ha resultado, en nuestra serie de pacientes, en una notable reducción del tiempo para recuperar la continencia urinaria temprana. Esta diferencia se aprecia más significativamente al día 1 del retiro de la sonda, disminuyendo la diferencia entre los grupos desde el día 7 al 30; sin embargo, en todas las mediciones se observó mejor resultado en el grupo tratado con la suspensión y pexia del cuello vesical.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peyromaure M, Ravery V and Boccon-Gibod I. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU Int*, 2002;90:155.
2. Hammerer P and Huland H. Urodynamic evaluation of changes in urinary control after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1997;157:233-6.
3. Strasser H, Tiefenthaler M, Steinlechner M, Eder I, Bartsch G and Konwalinka G. Age dependent apoptosis and loss of rhabdosphincter cells. *J Urol* 2000;164:1781.
4. Ficazzola MA and Nitti VW. The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. *J Urol* 1998;160:1317.
5. Tiguert R, Gheiler EL and Gudziak MR. Collagen injection in the management of post-radical prostatectomy intrinsic sphincteric deficiency. *Neurourol Urodyn* 1999;18:653.
6. Klutke JJ, Subir C, Andriole G and Klutke CG. Longterm results after antegrade collagen injection for stress urinary incontinence following radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1999;53:974.
7. Litwiller SE, Kim KB, Fone PD, deVere White RW and Stone AR. Post-prostatectomy incontinence and the artificial urinary sphincter: a long-term study of patient satisfaction and criteria for success. *J Urol* 1996;156:1975.
8. Elliott DS and Barrett DM. Mayo Clinic long term analysis of the functional durability of the AMS 800 artificial urinary sphincter: a review of 323 cases. *J Urol* 1998;159:1206.
9. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW *et al.* Urinary and sexual function after radical retropubic prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000;283:354.
10. Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H and Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:98.
11. Lepor H and Kaci L. The impact of open radical retropubic prostatectomy on continence and lower urinary tract symptoms: a prospective assessment using validated self-administered outcome instruments. *J Urol* 2004;171:1216.
12. Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Leach GE *et al.* Quality-of-life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA* 1995;273:129.
13. Lewis EH and James Brien. Initial results using a running vesicourethral anastomosis following open radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 2007;177:118-122.