

ARTÍCULO ORIGINAL

Uso de cabestrillos suburetrales para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo; experiencia en el Hospital “Dr Manuel Gea Gonzalez”

Vázquez Ortega LS, Cantellano Orozco M, Morales Montor G, Pérez Ortega R, Calderón Ferro F

RESUMEN

Objetivo: Hacer un análisis de las pacientes sometidas a *sling* por incontinencia urinaria de esfuerzo y valorar sus parámetros clínicos así como su éxito, complicaciones y recurrencias.

Material y métodos: Se revisaron todas las notas postoperatorias y se seleccionaron a las pacientes sometidas a procedimientos de *sling*, ya fuese suprapúbico o transobturador desde que se inició la realización de dichas técnicas en nuestro hospital. Se hace un análisis descriptivo y transversal de estas pacientes así como su evolución y complicaciones.

Resultados: De agosto del 2003 a agosto 2006 se han realizado 30 procedimientos. La edad media fue de 51 años (29-76). De éstas, 10 (33.3%) se diagnosticaron como incontinencia mixta mientras que 20 (66.6%) como exclusivamente de esfuerzo. En 20 pacientes existía concomitantemente prolapso siendo grado I 45%, II 40%, III 7.5% y IV 7.5%. Se realizaron 21 procedimientos suprapúbicos y 9 transobturador. Complicaciones propias del procedimiento hubo 2

SUMMARY

Objective: To analyze patients operated of stress urinary incontinence even with suprapubic or transobturator sling, analyze their clinical parameters, the success rate, complications and recurrence.

Material and methods: All postoperative notes were revised and patients with suprapubic or transobturator slings were selected since these procedures began in our institution. We made a descriptive and transversal study and evaluated their evolution and complications.

Results: From august 2003 to august 2006 30 procedures were made. Median age was 51 years (29-76). Of these 10 (33.3%) have mixed incontinence and 20 (66.6%) as pure stress incontinence. In 20 patients cystocele were also found being type I 45%, II 40%, III 7.5% and IV 7.5%. 21 procedures were suprapubic and 9 transobturator. As complications there were 2 vaginal erosions (6.6%) and 1 hypercorrection with urinary retention (3.3%). Medium follow was 21.4 months. There were 2 recurrences (6.6%) and in 6 cases it develops novo urge incontinence (20%). In general it was a well accepted and tolerated procedure.

División de Urología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud, México D.F.

Correspondencia: División de Urología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud, México D.F., Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P. 14000. Teléfono: 5665-3511, fax: 5665-7681.

Abreviaturas

- SP: suprapúbico
- TO: transobturador

erosiones de la pared vaginal por la malla (6.6%) y 1 hipercorrección con retención aguda de orina (3.3%). La media de seguimiento fue de 21.4 meses. Se presentaron 2 recurrencias de incontinencia de esfuerzo (6.66%) y se presentaron 6 casos de urgencia de novo (20%). En general, fue un procedimiento bien aceptado y con adecuada tasa de éxito.

Conclusiones: Son procedimientos sencillos y con escasas complicaciones, evolución favorable y baja recurrencia.

Palabras clave: incontinencia, suprapúbico, transobturador.

Conclusion: They are simple procedures with poor complications, high success and poor recurrences.

Key words: incontinence, suprapubic, transobturator.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria, es una condición clínica muy común que afecta la calidad de vida de millones de personas en el mundo. La prevalencia reportada es de hasta 53% para el caso de las mujeres.¹ Ésta se clasifica en: urgencia, de esfuerzo o mixta según las definiciones de la Sociedad Internacional de Incontinencia.² La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como el escape involuntario de orina condicionada por los esfuerzos.³ En estos casos es indispensable su valoración clínica completa, con historia clínica donde se interrogan entre otras cosas, antecedentes ginecológicos, tiempo de evolución y grado de incontinencia, cirugías previas, examen físico genital y estudio urodinámico para poderla clasificar y conocer la severidad, asociación con prolapsos genitales y afección en calidad de vida y así poder valorar los tratamientos ofrecidos.⁴

La incontinencia de esfuerzo se asocia con varias anomalías anatómicas, siendo la hipermovilidad uretral el principal factor.² El mejor conocimiento de la fisiopatología de este padecimiento, ha llevado al desarrollo de varias opciones quirúrgicas, siendo los cabestrillos suburetrales una de las técnicas utilizadas más recientemente. Esta técnica cuyo fundamento se basa en la teoría integral de Petros y Ulmsten, así como en la teoría de transmisión de la presión de Enhoerning.³⁻⁶

Los cabestrillos o slings son utilizados desde finales de 1996 cuando, Ulmsten describe la técnica de cabestrillo transvaginal (TVT).^{3,4}

En 2001 Delome propuso una vía transobturador, para evitar las complicaciones asociadas con la vía retropúbica, fundamentalmente las lesiones a nivel vesical y de grandes vasos o incluso estructuras intestinales.^{5,7,8} En la actualidad, estos procedimientos son los más utilizados para tratar esta condición, dejando atrás aunque sin despreciar las técnicas convencionales como el caso del procedimiento Burch o la introducción de nuevas tecnologías como los implantes suburetrales de diversas sustancias.^{4,6} Se han realizado varios estudios en donde estos procedimientos han demostrado una buena tasa de éxito y bajo índice de complicaciones, sin embargo, existen pocos estudios en nuestro país que reproduzcan dichos resultados.¹⁻³

En este estudio presentamos una revisión de las pacientes sometidas a cabestrillos suburetrales en nuestro hospital, así como sus características epidemiológicas, complicaciones trans y postoperatorias, tasa de éxito y satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y retrolectivo donde se revisaron todas las notas postoperatorias de nuestro servicio obtenidas del registro hospitalario de cirugías y se seleccionaron a las pacientes sometidas a procedimientos de cabestrillo tanto retropúbicos (tipo Raz, TVT o Spark) o transobturador (Safire y modificado) y se revisaron los expedientes.

Se excluyeron a las pacientes que no tenían expediente completo o una evaluación clínica y urodinámica adecuadas. También a las pacientes que no continuaron con su seguimiento. A las pacientes, se les realizó historia clínica en donde se tomaron en cuenta fundamentalmente el número de embarazos, partos, peso de los productos, cirugías previas para incontinencia realizadas, tiempo de evolución de la sintomatología, tipo de incontinencia que presentaban (si se trataba de una incontinencia mixta o exclusivamente de esfuerzo) y el número de toallas que utilizaban diariamente por el problema de su incontinencia.

Además se realizó examen físico, con especial atención a la presencia de reflejo bulbocavernoso, presencia de cistocele, grado de cistocele, prueba del Q-tip y Marshall en decúbito y de pie, y finalmente la prueba de la toalla de 1 hora. Asimismo, se evaluó el grado de afección en su calidad de vida con el cuestionario de calidad de vida validado (CONTILIFE).⁹

Se realizó estudio urodinámico preoperatorio con una máquina multicanal multirregistro marca Dantec valorando el flujo máximo, la capacidad vesical máxima, el punto de presión de fuga (LPPA) y la presencia o ausencia de contracciones vesicales no inhibidas. Las cirugías fueron realizadas por 2 cirujanos de manera aleatoria y se valoró: tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, complicaciones transoperatorias y postoperatorias tempranas y tardías. El seguimiento se evaluó igualmente con el cuestionario de calidad de vida al mes, 6 meses y 12 meses, y se registraron los casos de recurrencia y/o de éxito.

RESULTADOS

El tamaño de la muestra fue de 30 pacientes. La edad media de las pacientes fue de 51 años con un rango de 29 a 76. De las 30 pacientes, 12 (40%) se diagnosticó como incontinencia urinaria mixta y 18 (60%) como incontinencia urinaria de esfuerzo. En 20 pacientes existía concomitantemente prolapso siendo grado I 45%, II 40%, III 7.5% y IV 7.5%. La prueba de Marshall fue positiva en 100%, aunque sólo fue evidente de pie en 10%. El promedio de toallas diarias fue de 2 + 1 y la prueba de la toalla de 1 hora fue positiva en 80% de las pacientes. Los resultados urodinámicos en el preoperatorio

fueron: Qmax promedio de 22.58 mL/seg (en 24 pacientes siendo mayor a 25 mL/seg), capacidad vesical media de 494 mL, contracciones vesicales no inhibidas en 5 pacientes (16.6%), punto de presión-fuga mayor 20 cm H₂O en 63%.

Se realizaron 21 procedimientos suprapúbicos y 9 procedimientos transobturador. El tiempo quirúrgico promedio fue de 28 minutos, siendo ligeramente mayor (35 min) en el suprapúbico contra el transobturador (25 min). El sangrado fue mínimo en ambas técnicas.

Las complicaciones presentadas fueron: una lesión vesical, la cual fue advertida en la cistoscopia y corregida sólo con la extracción de la cintilla. Dos erosiones de la pared vaginal por la malla (6.6%) y 1 hipercorrección con retención aguda de orina (3.3%) (tabla 1).

Tabla 1. Comparativo entre las técnicas suprapúbica y transobturador

	SP	TO
Número	21	9
Tiempo quirúrgico (minutos)	35	25
Lesión vesical	1	0
Erosión vaginal	1	1
Cistoscopia	Si	No
Hipercorrección	0	1

SP= suprapúbica

TO= transobturador

La media del tiempo de seguimiento fue de 21.4 meses. Durante el mismo, se presentaron 2 recurrencias de incontinencia de esfuerzo (6.66%) y se presentaron 6 casos de urgencia de novo (20%). Sólo una paciente ameritó cirugía posterior realizándosele Burch (3.3%) con satisfacción posterior.

Los resultados del cuestionario de calidad de vida (CONTILIFE) con cifras de: actividades diarias 9.0, actividades con esfuerzo 8.9, imagen personal 8.8, impacto emocional 8.7, sexualidad 8.5 y satisfacción del 91% (tabla 2).

Tabla 2. Resultados del cuestionario CONTILIFE

Actividades diarias	9.0
Actividades con esfuerzo	8.9
Imagen personal	8.8
Impacto emocional	8.7
Sexualidad	8.5
Satisfacción	91%

Cuestionario CONTILIFE; *European Urology*. 2003;391-404.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es un problema de salud importante y muchas veces menospreciado, por la poca importancia de las pacientes a esta entidad o su diagnóstico erróneo por los médicos tratantes. Es de importancia fundamental para el urólogo realizar una adecuada evaluación de la misma con el fin de ofrecer un tratamiento adecuado. Los cabestrillos o slings son una buena opción para el manejo de esta entidad. La meta principal de estos tratamientos es recuperar la continencia urinaria con una morbilidad mínima, adecuadas tasas de éxito y con buena satisfacción para las pacientes. Por lo observado en nuestro estudio, podemos ver que se trata de procedimientos con escasa o prácticamente nula morbilidad, buena tasa de éxito, pocas complicaciones postoperatorias (siendo estas fáciles de corregir) y adecuada satisfacción para las pacientes.

Pese a un número aún pequeño de procedimientos con slings realizados en nuestro hospital, se puede observar una marcada tendencia de su efectividad (con tasas de éxito mayores del 90%). Es indispensable tener una experiencia más amplia y valorar las tasas de éxito a tiempos más

prolongados para poder asegurar su confiabilidad. De los 2 procedimientos experimentados creemos que pudiera tener mejor utilidad, así como menor índice de complicaciones el abordaje transobturador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deval B, Jeffry L, Al Najjar F, Soriano D, Darai E. Determinants of patient dissatisfaction after a tension-free vaginal procedure for urinary incontinence. *J Urol*. 2002;167(5):2093-7.
2. Roumeguère T, Quackels T, Bollens R, de Groot A, Zlotta A, Bossche MV, Schulman C. Trans obturator vaginal tape for female stress incontinence: one year follow-up in 120 patients. *Eur Urol*. 2005;48(5):805-9.
3. Fischer A, Fink T, Zachmann S, Eickenbusch U. Comparison of retropubic and outside in transobturador sling systems for the cure of female genuine stress urinary incontinence; *Eur Urol*. 2005;(48)5:799-804.
4. Montefiore A. Peri operative complications and pain after the sub urethral sling procedure for urinary stress incontinence: a French retrospective retropubic and transobturador routes; *Eur Urol*. 2005;133-8.
5. Delorme E, Droupy S, de Tayrac R, Delmas V. Transobturador tape (Uratape): a new minimally-invasive procedure to treat female urinary incontinence. *Eur Urol*. 2004;45(2):203-7.
6. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1996;7(2):81-5.
7. De Leval J. Novel Surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturador vaginal tape inside out. *Eur Urol*. 2003;44(6):724-30.
8. Delmas V. Anatomical risks of transobturador suburethral tape in the treatment of female stress urinary incontinence; *Eur Urol*. 2005;48(5):793-8.
9. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the CONTILIFE: a quality of life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol*. 2003;43(4):391-404.