

Incontinencia de orina de esfuerzo.

Manejo quirúrgico

Juan Sardi, Gustavo Maya

Introducción

El mecanismo de la continencia femenina y los factores que contribuyen a su fracaso no se conocen en su totalidad. Las teorías antiguas sobre los mecanismos de la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) tendían a centrarse en factores aislados para explicar la incompetencia del cuello vesical y la uretra. Los avances en el conocimiento de la histología, la bioquímica y la neurofisiología que controlan el sostén y la función del cuello de la vejiga y la uretra han favorecido su comprensión más allá de los conceptos basados en factores aislados.

Petros y Ulsmten desarrollaron la intervención de *slings* de uretra media libres de tensión en la década de los años noventa. El concepto que justifica esta intervención es la falla de los ligamentos pubosuburetrales en la porción media de la uretra. La teoría integral¹ en relación con el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo se fundamenta en el modelo de que la continencia se mantiene a la altura de la porción media de la uretra y no del cuello de vejiga. Esta intervención introdujo dos conceptos nuevos con relación con el mecanismo de curación, la colocación de materiales (polipropileno macroporo multifilamento) en la uretra media y libre de tensión, que es la forma habitual en el manejo de la IOE.

Podemos dividir a los *slings* en tres grandes generaciones. La primera, descrita por Ulmsten¹ en 1996 como retropúbicos (TVT), con amplia aceptación por su efectividad a largo plazo (80% de curación

a 11 años). La segunda generación fue descrita en 2004 y utilizan la vía transobturatriz, evitando las complicaciones del espacio retropúbico, con similares tasas de curación que su antecesor, sobre todo cuando se analiza el grupo de pacientes con hipermovilidad de uretra.² La última generación son los *slings* de incisión única, que utiliza una única incisión para el abordaje vaginal y proporciona resultados ambiguos por la gran variedad de anclajes en dicha vía.³

El objetivo de la presente publicación es analizar la eficacia global de la cirugía, y la seguridad de las diferentes vías de abordaje.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de todos los casos con diagnóstico de incontinencia de orina de esfuerzo genuina (IOE) operados en el Servicio de Ginecología del Hospital Británico de Buenos Aires entre enero del 2007 y diciembre del 2010 que recibieron cirugía de *slings* de uretra media libres de tensión. Para facilitar el análisis agrupamos a las pacientes por la vía de abordaje utilizada:

- *Slings* retropúbicos (TVT).
- *Slings* transobturatrices (TOT).
- *Slings* de incisión única (SIU).

Todas las pacientes fueron evaluadas y estudiadas por el mismo equipo con registros de urodinamia del Servicio de Ginecología. Las pacientes siempre fueron abordadas quirúrgicamente por el mismo equipo

Servicio de Ginecología del Hospital Británico de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Correspondencia: Perdriel 74, Hospital Británico de Buenos Aires. (1280) CABA, Rep. Argentina | Tel: 011-4309-6400

quirúrgico. El material utilizado, en todos los casos, fue polipropileno macroporo multifilamento, de diferentes laboratorios según la vía de abordaje. Cuando la vía utilizada fue la retropúbica se prefirió la técnica hacia la vagina utilizando Sparc de AMS; cuando la vía fue la transobturatriz, se emplearon Monarc de AMS y Unytape de Promedon, utilizando la técnica de afuera adentro; y cuando se adoptaron *slings* de incisión única, los utilizados fueron MiniArc de AMS y Ophira de Promedon.

Se evaluó la satisfacción del resultado quirúrgico en forma subjetiva, mediante la satisfacción del paciente al no presentar incontinencia frente a las situaciones que antes se la generaban, y en forma objetiva mediante el *stress test* posoperatorio y la utilización de cuestionarios validados (QUID Spanish Version).

Se analizaron las complicaciones asociadas al procedimiento, como dolor posoperatorio, disfunciones miccionales como urgencia miccional *de novo* y/o retenciones urinarias e infecciones urinarias, erosiones vaginales, dispareunia y extrusión de materiales, así como la incidencia de reoperaciones de dichas complicaciones. Y por último, la necesidad de reoperar por falla del método o por complicaciones de este.

Resultados

Se analizaron en total 215 casos con diagnóstico de incontinencia de orina de esfuerzo sin otro tipo de alteración del piso pélvico asociada. Las características de la población se describen en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Población sometida a cirugía con TVT-TOT-SIU.

Edad (años)	53 (± 9,5)
BMI	26,2 (± 4,8)
Paridad	3 (0-7)
Cirugía previa	14 (6,5%)
Posmenopausia	134 (62%)
ALPP (cm H ₂ O)	72,3 (34-140)

La distribución de las pacientes según la vía utilizada se grafica en la **Tabla 2**. La forma de abordaje depende esencialmente a la edad y antecedentes del paciente y por último y de alta relevancia los datos arrojados por los registros urodinámicos teniendo en cuenta la presión de pérdida abdominal (ALPP).

Tabla 2. Distribución según vía de abordaje.

Abordaje	
<i>Slings</i> retropúbicos	13 (6,04%)
<i>Slings</i> transobturatrices	126 (58,6%)
<i>Slings</i> de incisión única	76 (35,36%)

La **Tabla 3** muestra los resultados globales de la cirugía de *slings* y sus complicaciones.

Tabla 3. Resultados de la cirugía con TVT-TOT-SIU.

<i>Stress test</i> negativo	85,3%
Cura subjetiva	88,5%
Retención urinaria	16 (7,44%)
Disfunción miccional con reoperación	2 (0,93%)
Erosiones del material	3 (1,45%)
Infecciones urinarias	29 (13,49%)
Urgencia miccional <i>de novo</i>	24 (11,16%)
Perforación vesical	3 (1,45%)

En cuanto a la conformidad del paciente con la resolución quirúrgica, relata curación el 88,5% (188 casos), estar igual o falla el 6% (11 casos) y mejoría de la situación el 8% (16 casos). Nunca se realizó un nuevo registro urodinámico para evaluar la conformidad del paciente, salvo en aquellos casos que requirieron una segunda intervención por falla de la primera.

De los 11 pacientes en quienes la cirugía fracasó, 7 se reoperaron: en 6 casos se usó la misma técnica inicial y se obtuvo la curación posterior en el 100%; en el otro caso se utilizó la vía retropúbica en lugar de la transobturatriz inicial, y no se observó mejoría alguna.

A los restantes casos (4) no se ofreció una segunda cirugía por mala condición local propia de la uretra.

De las complicaciones perioperatorias, la más importante de diagnosticar es la perforación vesical intraoperatoria mediante cistoscopia de rutina. En nuestra experiencia, cuando esta ocurrió, siempre fue a través de la vía retropúbica. A la fecha no se reportaron perforaciones intestinales ni vasculares. De las complicaciones, la que más discomfort y angustia genera en la paciente es la retención urinaria (RAO) en el posoperatorio inmediato. Hemos reportado 16 casos (3 con TVT, 9 con TOT y 4 con SIU). En 3 de los 16 casos se realizó uretrolisis tras la falla del tratamiento médico inicial, con resección parcial del *sling*, uno de ellos por presentar altos residuos posmiccionales a los 6 meses de la cirugía, otro por presentar dolor inguinal profuso a 200 cc de orina y el tercero por asociarse a dolor neurítico. La totalidad de los casos continúan continentes a la fecha. En cuanto a la aparición de vejiga hiperactiva *de novo* o empeoramiento del cuadro previo, no se registró una mayor incidencia con respecto a otras series. Cabe mencionar que en los tres casos de erosiones vaginales se realizó la resección parcial del material debido a la falla en el tratamiento local.

Conclusiones

La cirugía de implantes libres de tensión es segura para el manejo de la incontinencia de orina de esfuerzo. Posee una similar tasa de complicaciones con respecto a los tratamientos antes presentes para su manejo y requiere una adecuada técnica y conocimiento de la anatomía para su realización, así como estricta adhesión a la técnica para evitar complicaciones graves.

Bibliografía

1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anaesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996;7:81-6.
2. Latthe PM, et al. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG* 2007;114(5):522-31.
3. Abdel-Fattah M, Ford JA, Lim CP, Madhuvrata P. Single-incision mini-slings versus standard midurethral *slings* in surgical management of female stress urinary incontinence: a meta-analysis of effectiveness and complications. *Eur Urol* 2011;60(3):468-80.