



Utilización de cabestrillo con malla de polipropileno suburetral sin tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Octavio López Castillo,* Carlos Viveros Contreras**

RESUMEN

Objetivo. El objetivo del estudio es investigar la eficacia de la técnica de cabestrillo suburetral con malla de polipropileno sin tensión para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. **Método.** Esta técnica fue aplicada a 22 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y los resultados evaluados a los dos, seis y 12 meses del postoperatorio. **Resultados.** El promedio de edad fue de 58.4 años (rango de 39 a 69 años). El tiempo promedio de cirugía fue de 37.5 minutos. El sangrado promedio por cirugía fue de 50 cc. La evaluación a los dos y seis meses del postoperatorio fue de 81.8 y 90.8%, respectivamente, sin incontinencia urinaria de esfuerzo. A los 12 meses 90.8% permanecían sin incontinencia urinaria de esfuerzo. **Conclusión.** La técnica con cabestrillo suburetral de polipropileno sin tensión para la incontinencia urinaria de esfuerzo provee un alto porcentaje de éxito. Es un procedimiento seguro, eficaz, barato, fácilmente reproducible y con bajas complicaciones.

Palabras clave: Eficacia, cabestrillo, sin tensión, incontinencia urinaria de esfuerzo.

ABSTRACT

Objective. The mean objective of this study was to evaluate efficiency the free tension suburethral sling technique for urinary stress incontinence. **Methods.** The technique was applied on 22 women diagnosed with urinary stress incontinence and the results were evaluated at 2, 6 and 12 months postoperatively. **Results.** Average age was 58.4 years old (range 39-69 years). The average operative time was 37.5 minutes. The average transoperative bleeding was 50 cc. At 2 and 6 months respectively 81.8 % and 90.8% patients were free of urinary stress incontinence. At 12 months 90.8% still remained free of urinary stress incontinence. **Conclusion.** The free tension suburethral sling technique with polypropylene for urinary stress incontinence renders a high success rate. It is a the procedure safe, efficient, inexpensive, easily applied, and with minimum complications.

Key words: Efficiency, sling, free tension, urinary stress incontinence.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria aunque se considera un síntoma más que una enfermedad, es un problema relativamente frecuente. Hasta en 57% de las mujeres de entre 45 y 64 años de edad presentan algún grado de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo lo suficientemente importante como para representar en ellas un problema higiénico y social.¹

Existen varios factores involucrados en su etiopatogenia, como son los factores anatómicos, neurológicos, además de la edad, la obesidad, paridad y cirugías previas.²

“La teoría integral” de la incontinencia hace énfasis en la importancia de la fijación de la uretra media al pubis por el ligamento pubouretral, y sugiere que la apertura y cierre

de la uretra y cuello vesical son regulados por una serie de estructuras involucradas, incluidos los músculos pubocóccigeo, puborrectal y elevador del ano. A nivel de la uretra distal ésta se relaciona con los ligamentos pubouretrales, involucrados también el mecanismo del esfínter interno, el esfínter externo y el músculo elevador inmediatamente localizado distal al ligamento pubouretral.

La incontinencia urinaria de esfuerzo resulta de una leve a moderada deficiencia del esfínter interno y debilidad del soporte del piso pélvico, en condiciones normales no hay hipermovilidad del cuello vesical. El manejo pretende restaurar la relación anatómica entre la vejiga y la uretra.³

El manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina es fundamentalmente quirúrgico. Es importante

* Residente del 5º año de Urología.

** Jefe del Servicio de Urología del Hospital Juárez.



con todo ello determinar si existe hipermovilidad uretral, déficit esfinteriano intrínseco o inestabilidad del detrusor porque esto orienta a elegir una técnica u otra.^{2,3}

La técnica de cabestrillo pubovaginal es una técnica para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo de cualquier grado clínico.

El propósito del manejo quirúrgico es elevar el cuello vesical y la uretra proximal y llevarlos a la posición intra-abdominal.⁴

Los datos más favorables obtenidos en algunas series han sido con la colposuspensión tipo Burch y las técnicas con cabestrillo libre de tensión.

Los resultados a largo plazo sugieren que la continencia a diez años es similar a un año, por lo que si el procedimiento con cabestrillo es exitoso a los seis meses permanecerá durante muchos años.^{5,6}

El polipropileno ha sido el material sintético más comúnmente utilizado. La técnica pubovaginal con el empleo de cabestrillo con malla de polipropileno provee un eficiente mecanismo antiincontinencia para los diferentes tipos de incontinencia con diversas fisiopatologías. Esto debido al proceso inflamatorio alrededor del cabestrillo, el cual además se encoge y provoca un incremento en la presión de cierre de la uretra, por esto el mejor sitio de colocación de la malla es a nivel de la uretra proximal, y mejora también el cierre del cuello vesical al reponer la posición de éste sin causar obstrucción.^{3,6}

OBJETIVO

Evaluar los resultados de la técnica de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en la pared vaginal anterior para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

Población

Todas las mujeres con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo diagnosticadas en el Servicio de Urología del Hospital Juárez de México y que hayan sido intervenidas utilizando cabestrillo suburetral de polipropileno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente todas las mujeres que fueron sometidas a técnica quirúrgica con cabestrillo de polipropileno sin tensión en pared vaginal anterior para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

Utilización de una malla de polipropileno de 1 x 6 cm aproximadamente. Dos suturas de prolene del número 1. No utilización de material especial.

Se excluyeron a los siguientes grupos de mujeres:

1. Mujeres embarazadas
2. Mujeres con infección de vías urinarias o infección vaginal.
3. Mujeres con coagulopatías o algún tipo de discrasias.
4. Pacientes con vejiga neurógena: por enfermedad de Parkinson, desmielinización, lesiones de funciones mentales superiores, lesiones medulares.
5. Pacientes con diabetes mellitus de más de 10 años.

Se evaluó la eficacia de la técnica quirúrgica considerando curación clínica cuando la paciente no presenta incontinencia urinaria de esfuerzo posterior al procedimiento.

Mejoría

Cuando la paciente presenta incontinencia postoperatoria que no influye en la actividad diaria y no necesita utilizar toalla regularmente, o cuando la incontinencia de urgencia se controla con medicamentos.

Falla

Cuando la incontinencia urinaria de esfuerzo persiste posterior al tratamiento quirúrgico.

Se considera que el procedimiento es eficaz o exitoso si se presenta curación o mejoría al no utilizar toalla regularmente y cuando la incontinencia no influya en la actividad diaria.^{1,3}

RESULTADOS

Se analizaron retrospectivamente los resultados de 22 mujeres que fueron sometidas a la técnica de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en pared vaginal anterior, para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo. Dicha evaluación a los dos, seis, nueve y 12 meses y el control que prosigue en la actualidad. Además de las complicaciones que se presentaron, así como el manejo de las mismas.

La edad promedio de las pacientes fue de 58.4 años, con un rango entre 39 y 69 años.

Quince pacientes (68.1%) presentaban cistocele grado I.

De las pacientes, cinco de ellas (22.7%) presentaban cistocele grado II.

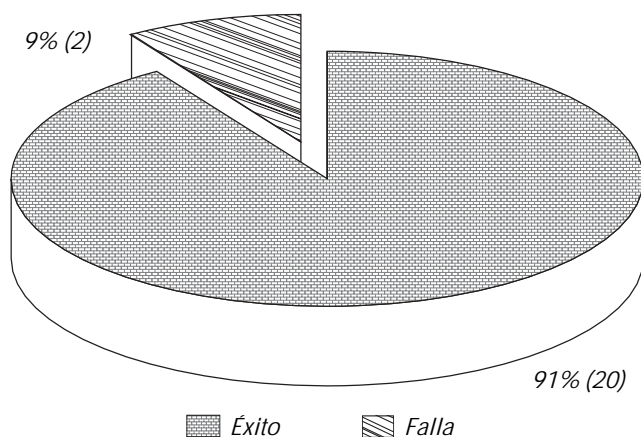


Figura 1. Resultados de la técnica quirúrgica.

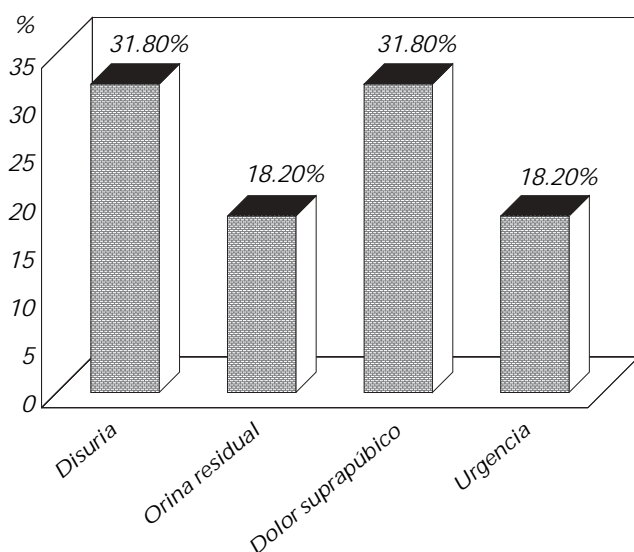


Figura 2. Complicaciones más frecuentes.

Solamente dos pacientes (9.2%) no presentaban algún grado de cistocele.

El análisis del procedimiento quirúrgico propiamente dichos arrojó los siguientes resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 37.5 minutos, con un rango entre 25 y 50 minutos.

En todos los casos el sangrado fue mínimo cuantificado en 50 mililitros en promedio aproximadamente.

Perforación vesical con la aguja de Pereyra durante el procedimiento en tres pacientes (13.6%), la cual requirió la recolocación de la sutura, así como mantener la sonda Foley transuretral durante una semana.

Al momento del egreso de hospitalización siete pacientes (31.7%) lo hicieron con sonda Foley transuretral colocada, tres de ellos por perforación vesical (13.6%) y cuatro (18,1%) por presencia de orina residual posmiccional.

Los resultados obtenidos a los dos meses del procedimiento fueron:

De los 22 pacientes, 18 (81.84%) no presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se presentó en cuatro pacientes (18.16%) orina residual posmiccional de moderada cantidad.

Algunos de los pacientes, siete (31.78%) presentaron dolor suprapúbico posquirúrgico que se mantuvo al segundo mes.

El análisis a los seis meses de los pacientes que ya cumplían este tiempo de haberse sometido al procedimiento (18 pacientes) indicó que tres de ellos continuaban con orina residual posmiccional (5, 20 y 50%, respectivamente, para cada paciente) y con incontinencia de urgencia dos pacientes.

El análisis de los resultados de pacientes que tenían 12 meses de haber sido sometidos al procedimiento (seis pacientes) indicó que sólo dos de ellos presentaron orina residual posmiccional (10% y 40% para cada uno) y además incontinencia urinaria de urgencia de difícil control con manejo médico.

El éxito en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo con la utilización de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en la pared vaginal anterior es de 90.8%.

DISCUSIÓN

La alteración de los mecanismos de continencia anatómicamente normales como la musculatura estriada del suelo pélvico y la transmisión de presiones a la uretra condiciona la incontinencia urinaria asociada a esfuerzos físicos como la tos, la risa o cualquier situación que origine un aumento de la presión intraabdominal.

Es importante no sólo definir la existencia de patología asociada del suelo pélvico, sino también el grado y su asociación, de cara a una posible intervención.

Las diversas técnicas arrojan resultados diferentes, así, por ejemplo, la colpografía anterior de Kelly indica tasa de éxito de 48 a 54% a dos años. La colposuspensión anterior de Burch consigue tasas de curación de 90 a 95%. La cervicouretopexia de Marshall-Marchetti-Krantz presenta tasas de éxito de 82 a 89% a tres años. La suspensión transvaginal del cuello vesical con agujas de Pereyra



indica una tasa de éxito de 60 a 75% con seguimiento de tres a cinco años. La suspensión transvaginal del cuello vesical con técnica de Raz comunica tasa de éxito de 88 a 90% a 15 meses.

Los procedimientos de cabestrillo suburetral indican tasas de éxito variables. El uso de la malla de polipropileno para el cabestrillo suburetral en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la población intervenida en el Hospital Juárez de México mostró una tasa de éxito de 91% a seis meses con una curación de 82%, más una mejoría de 9%, cifras que requieren una vigilancia a mayor plazo. Sin embargo, algunos reportes indican que los resultados obtenidos al segundo mes posquirúrgico se mantendrán en forma permanente.

Las complicaciones postoperatorias, el dolor suprapúbico y la disuria en 31.8%, situación que disminuyó con manejo médico. Además, la orina residual y la incontinencia de urgencia en 18.2% mejorando posteriormente con dilataciones uretrales.

CONCLUSIONES

La utilización de cabestrillo vaginal con malla de polipropileno sin tensión provee un alto porcentaje de éxito en el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

Es una alternativa simple de tratamiento en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Es un procedimiento en el cual el material utilizado es de fácil adquisición, barato y por lo tanto accesible a cualquier nivel.

Es una técnica segura, eficaz y fácilmente reproducible.

Es un procedimiento que tiene bajas complicaciones.

REFERENCIAS

1. Briones MG, Jimenez CM. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina con el sistema TVT (Tension Free Vaginal Tape): nuestra experiencia. *Actas Urol Esp* 2001; 25(6): 423-9.
2. García FP, Perez SG. Manejo quirúrgico y complicaciones de la incontinencia urinaria de esfuerzo: nuestra experiencia en 385 pacientes operados en los últimos 25 años. *Actas Urol Esp* 2003; 27(2): 92-6.
3. Kuo HK, Chong Q. Anatomical and functional results of pubovaginal sling procedure using polypropylene mesh for the treatment of stress urinary incontinence. *Urology* 2001; 166(1): 152-7.
4. Jimenez CJ, Hualde AA. TVT 3 años de experiencia. *Actas Urol Esp* 2004; 28(1): 1320.
5. Trabucco AF, Bilttein JM. A novel composite sling for the treatment of stress urinary incontinence: first clinical experience. *J Pelv Med Surg* 2004; 10(2): 63-70.
6. Walters MD, Daneshgari F. Surgical management of stress urinary incontinence. *Clin Obstet Gyn* 2004; 47(1): 93-103.
7. Bemelmans B, Chapple R. Are sling the gold standar treatment for the management of female urinary stress incontinence and if so which technique? *Urogynaecology* 2003; 13(4): 301-7.
8. Gonzalez EE, Lujan M. Análisis comparativo de complicaciones entre las diferentes técnicas empleadas para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp* 2002; 23(5): 322-9.
9. Castillo PS, Sánchez R. El uso de malla de prolene en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp* 2003; 19(3): 162-7.
10. Kobashi KC, Govier F. Preoperative complications: the first 140 polypropylene pubovaginal sling. *J Urol* 2003; 170(5):1918-21.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Octavio López Castillo
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760 México, D.F.
Tel.: 5747-7660 al 69 ext. 428