

Trabajos Originales

CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: CONTINENCIA A MEDIANO PLAZO Y EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS IRRITATIVOS VESICALES

Manuel Donoso O.¹, José Antonio González G.¹, Stefan Danilla E.², Jorge Tapia H.¹, Ignacio Morales D.³, Maritza Busquets C.¹

¹ Unidad de Uroginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología y Biología de la Reproducción, ² Departamento de Investigación y Desarrollo en Salud, Universidad de los Andes. ³ Servicio de Urología, Hospital Parroquial de San Bernardo.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la continencia urinaria a mediano plazo en las pacientes sometidas a cirugía de incontinencia urinaria con cinta suburetral transobturatriz (TOT) y comparar esta técnica con la técnica de Burch, Marion y puntos de Kelly. **Método:** Evaluación prospectiva de 74 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a alguna de las técnicas señaladas entre Octubre de 2003 y Mayo de 2005 en el Hospital Parroquial de San Bernardo. Se realizó TOT en 52, Burch en 9, Marion en 9 y Kelly en 4 pacientes. Las pacientes fueron evaluadas en el seguimiento post operatorio por un médico diferente al que realizó la cirugía. **Resultados:** El seguimiento promedio para el TOT fue 10,6, Burch 14,8, Marion 11,3 y Kelly 8,6 meses. La continencia total o parcial fue para TOT 88%, Burch 77%, Marion 62% y Kelly 75%. La continencia a 18 meses para el TOT fue de 80%, Burch 71% y Marion 40%. Las pacientes que se sometieron sólo a TOT mantienen la continencia urinaria en un 100%, significativamente mejor al 81,9% de las que se sometieron a otro procedimiento quirúrgico asociado. La urgencia miccional desapareció en el TOT en 82%, Burch 66%, Marion 71% y Kelly en el 100% de las pacientes. La urgencia de novo apareció con TOT en 12%, Burch 33% y en ninguna paciente del grupo de Marion o Kelly. **Conclusiones:** La técnica de TOT tiene excelentes resultados sobre la continencia a mediano plazo y esta se logra con más frecuencia cuando se realizó como procedimiento único. Los síntomas irritativos vesicales ceden en un porcentaje importante de pacientes, independiente de la técnica utilizada.

PALABRAS CLAVE: *Incontinencia urinaria de esfuerzo, TOT, síntomas vesicales, urgencia miccional*

SUMMARY

Objectives: Medium term evaluation of urinary incontinence in patients treated with transobturator tape (TOT) compared to Burch, Marion and Kelly technique. **Method:** Prospective evaluation of 74 patients with stress urinary incontinence, treated with the mentioned techniques between October 2003 and May 2005 at Hospital Parroquial of San Bernardo. There were 52 TOT, 9 Burch, 9 Marion and 4 Kelly surgeries performed. Patients were all evaluated by other physician different from the one who made the procedure. **Results:** The patients were followed up for an average of 10.6 months for TOT, 14.8 months for Burch, 11.3 for Marion, and 8.6 for Kelly. Total or partial continence was achieved in 88% of TOT, 77% of Burch, 62% of Marion and 75% of Kelly. Continence within 18 months was obtained in 80% of TOT, 71% of Burch and 40% of Marion submitted patients. Patients who underwent TOT only, had 100% continence rates, significantly higher than those who underwent another associated surgical procedure. Micturition urgency disappeared in 82% of TOT, 66% of Burch, 71% of Marion and 100% of Kelly surgery. De novo urgency appeared in 12% for TOT, 33% for Burch and in none of either Marion or Kelly group. **Conclusions:** The TOT surgical technique has excellent

rates of urinary continence evaluated at medium term. Continence rates are best when TOT was performed as the only surgical procedure. Urinary irritating symptoms disappear in a good percentage of patients regardless of the surgical technique chosen.

KEY WORDS: *Stress urinary incontinence, TOT, bladder symptoms, urgency.*

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzos es una patología frecuente en la mujer, con incidencias que fluctúan entre un 12 y 26% en las mayores de 40 años (1). Se han descrito un sinnúmero de técnicas quirúrgicas útiles para corregir esta condición. La colposuspensión tipo Burch fue la cirugía más frecuentemente utilizada hasta la aparición en 1995 de la cinta suburetral libre de tensión retropúbica (TVT) (2). Los excelentes resultados sobre la continencia urinaria a largo plazo del TVT y su buena factibilidad técnica, la hicieron la técnica anti-incontinencia más usada en los últimos años, sin embargo, esta técnica requiere una evaluación cistoscópica intraoperatoria y se han descrito lesiones vesicales, vasculares e incluso intestinales, siendo algunas de ellas de gravedad. En 2001, Delorme (3) publicó el pasaje de la cinta suburetral por ambos agujeros obturadores (TOT) con lo que se simplifica la técnica y se reducen las complicaciones antes mencionadas.

El objetivo de esta comunicación es evaluar la continencia urinaria objetiva a mediano plazo, y la evolución de los síntomas de irritación vesical en pacientes operadas por incontinencia urinaria de esfuerzos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo comparativo de todas las pacientes con incontinencia urinaria objetivada clínicamente, y sometidas a alguna técnica quirúrgica anti-incontinencia en el Hospital Parroquial de San Bernardo - Chile, entre Octubre de 2003 y Mayo de 2005. Todas las pacientes fueron evaluadas con un examen de orina completa, urocultivo y función renal, además de los exámenes preoperatorios de rutina. Se realizó cistoscopia en los casos con síntomas irritativos miccionales como urgencia polaquiuria y nicturia recurrentes. Se instauró terapia de sustitución hormonal en aquellas pacientes postmenopáusicas con atrofia de la mucosa genital. Se realizó estudio urodinámico sólo a las pacientes previamente operadas por incontinencia urinaria, o en aquellas sin hipermovilidad uretral ni uretrocistocele evidenciado en el examen clínico, o si se sospechó patología neurogénica vesical.

Clasificación de la incontinencia y del prolapso. La incontinencia urinaria se clasificó clínicamente según el puntaje de Ingelman-Sundberg (4) en las siguientes categorías: 0= sin incontinencia, 1= incontinencia de grandes esfuerzos, 2= incontinencia de esfuerzos moderados (tos, estornudo), 3= incontinencia de mínimos esfuerzos (levantarse, caminar). El prolapso genital se clasificó clínicamente como: grado 1= aquel que desciende bajo las espinas isquiáticas, grado 2= aquel que llega al introito, grado 3= cuando sobrepasa el introito y grado 4= cuando existe procidencia genital.

Descripción del TOT. El procedimiento fue realizado según la técnica descrita por Delorme (3). Todas las pacientes recibieron anestesia espinal. Luego de la aseptización vaginal se realizó una incisión longitudinal de 2 cm en la pared vaginal anterior, 1 a 2 cm por debajo del meato uretral, disecando con tijeras en el plano submucoso vaginal hacia la rama isquiopúbica ipsilateral y completando la disección digitalmente hasta pasar por detrás de la rama isquiopúbica hacia el agujero obturador. Se realizó una incisión longitudinal perineal de 1 cm sobre el agujero obturador de cada lado, en el borde externo del labio mayor correspondiente, teniendo como referencia el plano del clítoris. Se introdujo una aguja curva fenestrada en la punta (Aguja de TOT, Pimet S.A., Santiago, Chile), en forma vertical y perpendicular a la piel perineal, sobre la porción medial del agujero obturador. Luego de traspasar la membrana obturatriz y el músculo obturador interno se giró la aguja en 45 grados para ser exteriorizada bajo la uretra. El dedo índice contralateral fue puesto en la incisión vaginal con lo cual se guió el trayecto de la aguja. Una malla de polipropileno trenzado de 1,2 mm de ancho, cubierta con una bolsa de poliuretano fabricada en nuestro hospital fue insertada a través de la fenestración de la aguja, la cual fue exteriorizada a través del agujero obturador retirando la aguja. El procedimiento se repitió en ambos agujeros obturadores. Se llenó la vejiga con 300 ml de solución fisiológica estéril. La cinta fue posicionada a nivel de la uretra media ajustándola según el escape de orina provocado con la tos de la paciente. Si no se produjo escape de orina con la tos, la cinta se dejó posicionada dejando momentáneamente una tijera entre la cinta y la pared vaginal retirando el poliuretano de la cinta y finalmente suturando las

incisiones con puntos separados de catgut simple 3-0. En caso de plastía vaginal anterior o histerectomía vaginal, el TOT se realizó como último procedimiento.

En el postoperatorio se retiró la sonda Foley a las 24 h cuando se hizo sólo TOT y a las 48 h cuando se realizó la técnica de Burch, TOT asociado a plastía vaginal anterior o histerectomía, y en todas las pacientes sometidas a puntos de Kelly o técnica de Marion. El residuo postmiccional se midió utilizando cateterismo vesical luego de la primera micción espontánea. El cateterismo se repitió 12 h después si el residuo urinario fue superior a 150 ml y hasta tener residuos inferiores a 150 ml momento en que se decidió el alta.

Todas las pacientes fueron reevaluadas en agosto de 2005 por un médico distinto a quien las operó. El éxito de la cirugía se evaluó en términos de la continencia urinaria objetivada con vejiga llena al momento del examen, y se evaluó satisfacción personal con respecto a su condición actual en torno a la continencia urinaria.

Análisis estadístico. Para la comparación de variables continuas de distribución normal se utilizó la prueba de ANOVA, las variables ordinales y las continuas de distribución no pa-

ramétrica (Shapiro-Wilk) se compararon mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de chi cuadrado (χ^2). La correlación entre variables ordinales se midió con el índice de correlación (ρ) de Spearman. El análisis del tiempo a la recidiva se realizó utilizando un modelo de análisis de sobrevida, comparando las distintas técnicas entre sí con un modelo de regresión de Cox. Para todas las pruebas se utilizó un nivel estadístico alfa de 5%, el que se ajustó en las comparaciones múltiples con el test de Bonferroni. Las variables continuas se expresan como promedio, desviación estándar (DE) y rango, las categóricas y ordinales como porcentaje a menos que se indique lo contrario. En el análisis de los datos se utilizó el programa STATA 9.2 (Statacorp Corp, TX, EE.UU.)

RESULTADOS

Los cuatro grupos estudiados (TOT, Burch, Marion, Kelly) no muestran diferencias en sus características generales de edad, paridad e índice de masa corporal entre otras. La gran mayoría presenta incontinencia de esfuerzos moderada o

Tabla I
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES OPERADAS

Variable	TOT	Burch	Marion	Kelly	Valor p
Pacientes (n: 74)	52	9	9	4	-
Edad (rango)	55,4 ± 9,9 (41-88)	48,1 ± 8,5 (38-68)	50,6 ± 12 (30-65)	61 ± 10,1 (52-74)	0,07
Paridad (rango)	3,8 ± 2,1 (1-12)	4,3 ± 2,4 (1-9)	5,0 ± 3,0 (1-12)	5,8 ± 1,3 (4-7)	0,2
Menopausia n (%)	35 (67,3)*	2 (22,2)*	5(55,5)	4(100)	0,019(*)
TRH n (%)	19 (36,5)	1 (11,1)	2 (22,2)	2 (50)	0,36
IMC promedio ± DE (rango)	4,9 (20,4-43,3)	29,1 ± 4,4 (24,2-37,6)	30,1 ± 3,1 (24,6-34,4)	31 ± 3,58 (27,1-35,3)	0,78
Grado IOE n (%)					
• 1	5 (9,6)	1 (11,1)	2 (22,2)	1 (25)	0,43
• 2	17 (32,6)	6 (66,7)	3 (33,3)	1 (25)	
• 3	29 (55,7)	2 (22,2)	4 (44,4)	2 (50)	

Tabla II
RESULTADOS A MEDIANO PLAZO Y SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE CON
RESPECTO A LA CONTINENCIA URINARIA

	TOT	Burch	Marion	Kelly	Valor p
Seguimiento(meses)					
promedio \pm DE	10,6 \pm 5,7	14,8 \pm 5,1	11,3 \pm 5,9	8,6 \pm 4,3	0,17
(min-max)	(2,6-21,6)	(7,4-20,4)	(4,6-19,9)	(5,6-14,9)	
Cura IOE % (n)	84 (42/50)	66,7 (6/9)	50 (4/8)	50 (2/4)	
Mejoría IOE % (n)	4 (2/50)	11,1 (1/9)	12,5 (1/8)	25 (1/4)	0,16
Falla IOE % (n)	12 (6/50)	22,2 (2/9)	37,5 (3/8)	25 (1/4)	
Muy Satisfecha % (n)	60 (30/50)	33,3 (3/9)	50 (4/8)	50 (2/4)	
Satisfecha % (n)	24 (12/50)	44,4 (4/9)	37,5 (3/8)	50 (2/4)	0,68
No satisfecha % (n)	16 (8/50)	22,2 (2/9)	12,5 (1/8)	0	

Valores expresados como % (n/total)

severa independiente de la técnica usada. En esta serie sólo 3 de 74 pacientes (4%) van a una reintervención por recidiva (Tabla I).

La continencia con la técnica de TOT, en un plazo promedio de 10,6 meses es de 84%, llegando a 88% al incluir a las pacientes que mejoraron parcialmente su continencia en el postoperatorio. Sólo 2 no pudieron ser evaluadas en el seguimiento posterior. La continencia a mediano plazo con las otras técnicas fue menor al TOT, siendo el Burch la técnica que tiene mejores resultados (77,8%). Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

El grado de satisfacción con las técnicas se correlaciona con el grado de continencia ($r= 0,5780$; $p<0,0001$), mostrándose satisfechas o muy satisfechas el 84% de las pacientes sometidas a un TOT. La satisfacción con las otras técnicas es alta a pesar que los resultados de continencia son menores al TOT (Tabla II).

La complicación más habitual para todas las técnicas fue la infección urinaria del postoperatorio, encontrándose en un 19% (10/51) para el TOT y 33,3% (3/9) en el Burch y con la técnica de Marion. No se presentó infección urinaria en ninguno de los 4 casos de puntos de Kelly.

En el grupo de TOT hubo una paciente sometida a una histerectomía vaginal y plastia vaginal anterior y posterior que

debió ser reintervenida por una genitorragia en el postoperatorio, encontrándose un vaso arterial con sangrado activo de la zona de la plastia anterior. Esta misma paciente presentó un residuo miccional alto luego del retiro de la sonda que se manejó satisfactoriamente con sonda vesical por 7 días. Esta paciente debió ser reintervenida a las 3 semanas al constatarse una erosión vaginal de la malla la cual se reseco parcialmente y resuturó sin inconvenientes. Ella se encuentra actualmente continente. Una segunda paciente del grupo de TOT con antecedentes de diabetes fue sometida a una calibración uretral por residuos altos persistentes luego de requerir una cateterización intermitente ambulatoria por 3 semanas, evolucionando satisfactoriamente luego del procedimiento.

En el grupo de pacientes operadas con Burch, una de ellas, a la cual se le hizo una histerectomía asociada, requirió transfusión sanguínea por una hemorragia intraoperatoria y otra paciente presentó una infección de herida operatoria. Por último una paciente con puntos de Kelly debió ser reintervenida por una genitorragia de la zona de la plastia vaginal anterior.

Los síntomas irritativos vesicales como urgencia, tenesmo y polaquiuria, remiten en un porcentaje considerable de casos independiente de la técnica quirúrgica empleada (Tabla III).

Todas las pacientes sometidas sólo a TOT, se mantuvieron

Tabla III
COMPORTAMIENTO POST OPERATORIO DE LOS SÍNTOMAS IRRITATIVOS VESICALES SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA DE INCONTINENCIA

SÍNTOMAS	TOT	Burch	Marion	Kelly	Valor p
Desaparición urgencia	82,3 (28/34)	66 (2/3)	71 (5/7)	100 (4/4)	0,062
Urgencia de novo	12,5 (2/16)	33 (2/6)	0	0	
Desaparición tenesmo	68,4 (13/19)	66 (2/3)	80 (4/5)	100 (1/1)	0,298
Tenesmo de novo	13,3 (4/30)	33 (2/6)	0	0	
Desaparición polaquiuria	88,5 (23/26)	80 (4/5)	71 (5/7)	66 (2/3)	0,839
Poliaquiuria de novo	8,3 (2/24)	0	0	0	
Desaparición nicturia	70,3 (26/37)	66 (4/6)	33 (2/6)	66 (2/3)	0,987
Nicturia de novo	11,8 (2/17)	0	0	0	

Comparación a través de modelo de regresión logística con χ^2

Valores expresados como % (n/total)

Tabla IV
COMPARACIÓN ENTRE TOT COMO PROCEDIMIENTO ÚNICO O ASOCIADO A OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

	TOT	TOT con otro procedimiento	Valor p
Casos	17	33	-
Seguimiento (meses) rango	11,9 ± 5,1 (6,5-20,7)	10 ± 5,9 (2,6-21,6)	0,53
Cura de IOE	88,2 (15)	75,8 (25)	0,0002
Mejoría de IOE	11,8 (2)	6,1 (2)	NA
Falla de IOE	0	18,2 (6)	NA
Muy satisfecha	76,5 (13)	45,5 (15)	0,0013
Satisfecha	17,7 (3)	33,3 (11)	
No satisfecha	5,9 (1)	21,2 (7)	
ITU	11,8 (2)	27,3 (9)	0,24
Hemorragia	0	3 (1)	0,25
Desaparición urgencia	90 (9/10)	73 (17/23)	0,69
Urgencia de novo	0	20 (2/10)	NA

El seguimiento y el residuo post miccional se comparan a través de test para décima de promedios. La cura, el grado de satisfacción, los síntomas irritativos y el resto de las complicaciones se comparan a través de test para décima de proporciones

continentes al final del seguimiento, lo que resultó significativamente mayor al 81,9% de las sometidas a otro procedimiento adicional como histerectomía o plastía vaginal anterior. Los fracasos del TOT se evidenciaron sólo en las pacientes en las cuales se asoció otra cirugía además del procedimiento anti-incontinencia. Hubo una tendencia estadísticamente no significativa a menores eventos adversos y mayor mejoría de los síntomas irritativos vesicales en las pacientes del grupo de TOT sin procedimientos asociados (Tabla IV).

El análisis de sobrevida muestra diferencias estadísticamente significativas ($p=0,019$) entre las pacientes sometidas a TOT y las sometidas a la técnica de Marion, que a 18 meses evidencia un 80 y 40% de continencia respectivamente. Esta diferencia no se aprecia al comparar el TOT con el Burch, que muestra una continencia a los 18 meses de 71%. No se muestran los resultados de los puntos de Kelly por el bajo número de casos (Figura 1).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados de continencia urinaria al año de

efectuado el TOT según tabla de vida son de 90,3%, comparables con los reportados por la literatura internacional, donde Waltregny y cols (5) reportan un 91%, de Tayrac y cols (6) un 90% y Delorme y cols (7) un 90,6% de mujeres continentas al año post cirugía. Esto es destacable ya que nuestras cirugías fueron realizadas inicialmente con cintas de polipropileno hechas localmente en el Servicio, y posteriormente con cintas compradas en el mercado nacional (Revolution Medical SA).

Se destaca que a las pacientes que se les hizo sólo TOT tienen una mayor proporción de continencia al año de seguimiento, que las que tuvieron plastías vaginales o histerectomía asociada. Las pacientes con TOT como único procedimiento no tuvieron recidivas, lo que contrasta con el 18% de recidivas en el segundo grupo de pacientes. Esto difiere de otros trabajos (9,10,11) que no muestran porcentajes de recidiva más altos al asociar otro procedimiento. Meltomaa y cols (8), en un estudio de pacientes sometidas a TVT publica una recidiva de 7% cuando se hizo sólo TVT y 12% cuando se asoció a otro procedimiento en un seguimiento a 2 años. Partoll (9), Lo y cols (10) y Fuentes y cols (11), reportan resultados sobre la continencia al año de 94%, 91% y 93% respectivamente en series

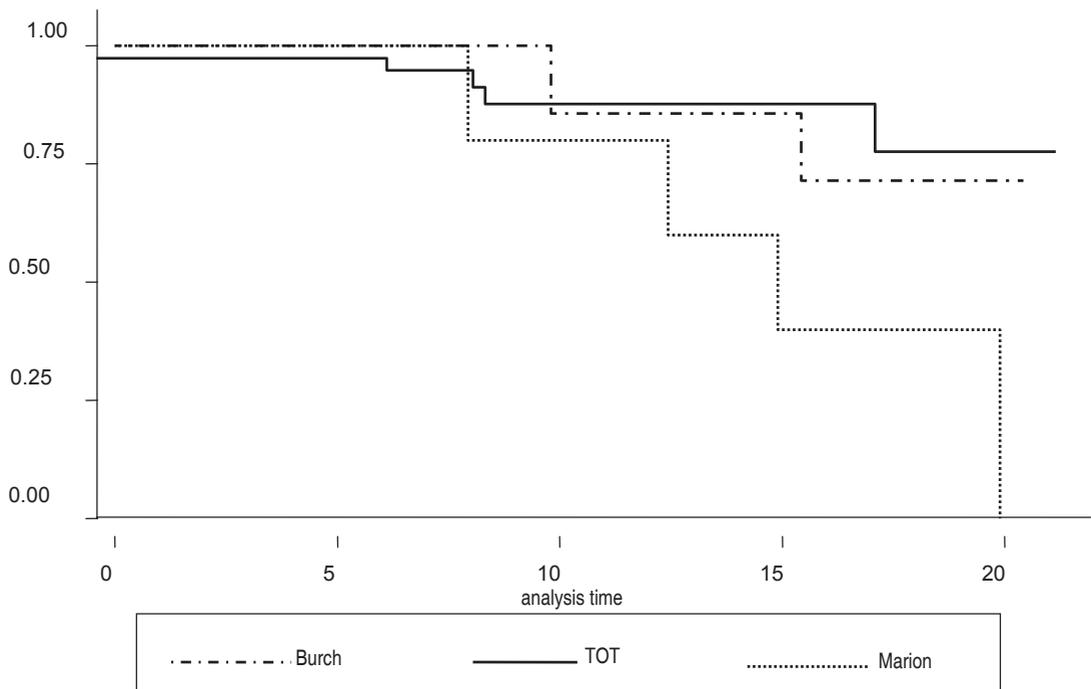


Figura 1. Curva de Kaplan Meier de estimación de la continencia urinaria en el tiempo (meses) según el tipo de cirugía.

de casos donde se hizo cirugía de prolapso genital asociada a un TVT. No encontramos en la literatura estudios de TOT asociados a otro procedimiento quirúrgico para comparar nuestros resultados. Una hipótesis que pudiera explicar este fenómeno es una mayor probabilidad de que la cinta se desplace hacia la uretra posterior en los casos de TOT que en los de TVT, sin embargo, no hay estudios que evalúen ambas técnicas cuando se hace cirugía asociada.

Un hecho alentador fue la mejoría significativa que presentan las pacientes operadas de cualquier cirugía anti-incontinencia urinaria, en relación a los síntomas irritativos vesicales, evidenciando una desaparición de la urgencia miccional en 82% de las pacientes sometidas a TOT. Cifras similares se obtienen para otros síntomas vesicales como la nicturia, la poliaquiuria y el tenesmo vesical lo que concuerda con el estudio de Waltregny y cols (5) que objetivaron una mejoría de la urgencia de un 78% y de la hiperactividad del detrusor medida por urodinamia de un 73,7%. Una explicación de este fenómeno pudiera ser que previo a la cirugía la orina que se acumula rápidamente en el trigono vesical estimula la contracción vesical prematura, hecho que no se produciría luego de la corrección quirúrgica de la zona. La urgencia *de novo* ocurrió en 12,5% de nuestras pacientes, cifra similar al 8,6% que muestra Waltregny y cols (5) en su casuística.

El diseño de nuestro estudio no permite comparar técnicas y sólo es posible evaluar los resultados de cada una de las intervenciones en forma individual.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la técnica de TOT mostró resultados de continencia urinaria a mediano plazo promisorios, con cifras de complicaciones aceptables, similares a estudios internacionales. Los síntomas irritativos vesicales tuvieron una franca mejoría luego de cualquier técnica de continencia urinaria. Las pacientes sometidas sólo a TOT tuvieron resultados mejores que las con otro procedimiento asociado. La eficacia y seguridad del TOT cuando se realiza un procedimiento asociado sólo podrá ser conocida cuando sea comparada con las otras en forma prospectiva y aleatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayne CJ, Assassa RP. Epidemiology of incontinence and prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111(s1):2-4.
2. Ulmsten U, Henrikson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996;7:81-6.
3. Delorme E. Transobturador urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001;11(6):1306-13.
4. Ingelman-Sundberg A, Ulmsten U. Surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Contrib Gynecol Obstet* 1983;10:51-6.
5. Waltregny D, Reul O, Mathantu B, Gaspar Y, Bonnet P, de Leval J. Inside out transobturador vaginal tape for the treatment of female stress urinary incontinence: Interim results of a prospective study after a 1-year minimum follow up. *J Urol* 2006;175(6):2191-5.
6. deTayrac R, Deffieux X, Droupy S, Chauveaud-Lambling A, Calvanese-Benamour L, Fernandez H. A prospective randomized trial comparing tension-free vaginal tape and transobturador suburethral tape for surgical treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:602-8.
7. Delorme E, Droupy S, de Tayrac R, Delmas V. Transobturador tape (Uratape). A new minimally invasive method in the treatment of urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2003;13(4):656-9.
8. Meltomaa S, Backman T, Haarala M. Concomitant vaginal surgery did not affect outcome of the tension-free vaginal tape operation during a prospective 3-year follow up study. *J Urol* 2004;172(1):222-6.
9. Partoll LM. Efficacy of tension-free vaginal tape with other pelvic reconstructive surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1292-8.
10. Lo TS, Chang TC, Chao AS, Chou HH, Tseng LH, Liang CC. Tension-free vaginal tape procedure on genuine stress incontinent women with coexisting genital prolapse.

- se. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82(11):1049-53.
11. Fuentes L, Padilla R, Rojas P, Roco ME, Fuentes H. Corrección de incontinencia de orina con cinta vaginal libre de tensión, asociado a la corrección de otras patologías del piso pelviano. Rev Chil Obstet Ginecol 2004;69(3):227-31.
-