

Trabajos Originales

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA CON MALLA SUBURETRAL RETROPUBIANA LIBRE DE TENSIÓN EN EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA

Humberto Hott A.^{1,2}, Roberto Iglesias R.^{1,2}, Emil Schneider B.¹, Claudia Nannig P.^{1,2}, Carola Villanueva M.^a, Gonzalo Valdevenito A.^b

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Valdivia. ²Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile.

^a Matrona. ^b Interno, Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile.

RESUMEN

Antecedentes: La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es una patología ginecológica de consulta frecuente, por lo que es importante el enfrentamiento de esta para obtener resultados efectivos a corto y largo plazo. *Objetivo:* Presentar la experiencia de 5 años en la corrección de la IOE con la técnica quirúrgica de malla de prolene suburetral libre de tensión retropubiana en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Valdivia. *Método:* Se incluyen pacientes con IOE moderada y severa, primaria o recidivada, estudiadas con hidrodinamia. Se insertó malla suburetral, con revisión posterior de la vejiga por cistoscopia para descartar lesión vesical. La sonda Foley se mantuvo por 24 horas. *Resultados:* Se intervinieron 58 pacientes con edad promedio de 51 años (rango: 36-76 años), en 48 pacientes se asoció otra cirugía (histerectomía y plastia anterior y/o posterior). No hubo complicaciones en el intraoperatorio. Logramos un seguimiento en 55 pacientes (94,8%) y 3 (5,2%) se perdieron de control. Cincuenta pacientes se encuentran sin IOE (90,9%), con una media de seguimiento de 24 meses (rango: 4-50 meses). Cuarenta y dos pacientes se encuentran actualmente asintomáticas (85,5%) y 8 (14,5%) presentan vejiga hiperactiva en el seguimiento. *Conclusión:* La técnica de malla suburetral libre de tensión retropubiana es una alternativa eficaz a corto y a largo plazo en el enfrentamiento quirúrgico de la IOE, permitiendo realizar otra cirugía vaginal simultáneamente.

PALABRAS CLAVES: *Incontinencia urinaria de esfuerzo, malla suburetral*

SUMMARY

Background: The stress urinary incontinence is a frequent gynecologic problem, therefore the importance of the management to get asymptomatic patients at short and long-term follow up. *Objective:* The purpose of our study is to show our five years experience with retropubic tension-free vaginal tape. *Study design:* Fifty eight patients with moderate to severe urinary incontinence were surgically treated at Valdivia Regional Hospital. A careful anamnesis, physical examination and hydrodynamic study were performed before surgery in all patients. A retropubic suburethral tension free vaginal tape was adjusted. The Foley catheter was used for 24 hours after surgery, and postoperative cystoscopy was performed to discard bladder perforations. The patients median age was 51 years (36-76 years). In 48 patients a second

surgery was performed (vaginal hysterectomy and anterior or posterior vaginal plasty). *Results:* Fifty five (94.8%) patients had a mean follow up of 24 months (range: 4-50 months) and three (5.2%) were lost of follow up. Fifty patients (90.9%) turn-up continent. Forty two patients (85.5%) are actually asymptomatic and eight (14.5%) remain with overactive bladder. *Conclusion:* The retropubic tension-free vaginal tape is an effective technique in the treatment of urinary stress incontinence, allowing also to perform other vaginal surgery at the same time.

KEY WORDS: ***Stress urinary incontinence, tension-free vaginal tape***

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) afecta entre un 15 a 30% de las mujeres después de los 30 años, por lo que es una causa frecuente de consulta ginecológica. Esta patología genera un dilema en su manejo, ya que se han probado distintas técnicas quirúrgicas tanto por vía abdominal como vaginal con variados resultados. Las de mejor resultado a corto y largo plazo han sido la colposuspensión de Burch por vía abdominal y la malla vaginal libre de tensión (TVT) por vía vaginal (1-6).

El TVT nace del concepto que el cierre uretral durante el esfuerzo es consecuencia de la compresión de la uretra contra una especie de hamaca formada por los ligamentos pubo-uretrales, pared vaginal suburetral y músculos pubocóxigeos, y la incontinencia sería consecuencia del deterioro del colágeno y de la elastina de estos elementos (7). Siguiendo esta teoría Petros y Ulmsten (8) desarrollaron una técnica quirúrgica que consiste en utilizar una cinta de polipropileno rodeando la uretra en su tercio medio y llevarla sin tensión por el retropubis hasta la piel, esto produciría un refuerzo permanente de la hamaca sub-uretral y una corrección duradera de la incontinencia.

Tomando en cuenta que la gran mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria tienen además otro defecto del piso pélvico, como cisto, recto, o histerocele, la vía de abordaje es preferentemente vaginal con corrección simultánea de los defectos asociados, por lo que esta técnica ha ido desplazando a otras de acceso abdominal (9).

El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia de 5 años en la corrección de la IOE, con la técnica quirúrgica de malla de prolene suburetral libre de tensión retropubiana en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Valdivia.

PACIENTES Y MÉTODO

Este trabajo fue realizado en el Hospital Regional de Valdivia, entre Julio de 2002 y Marzo de 2006. Se incluyeron pacientes con incontinencia

urinaria de esfuerzo moderada-severa, primaria o recidivada, que no tuvieran contraindicación quirúrgica. Se realizó anamnesis minuciosa de la sintomatología urinaria, examen físico y estudio de hidrodinamia que consistió en Q-tip test, maniobras de Valsalva en decúbito y de pie (con y sin reducción en caso de prolapso), todas con un llene vesical de 300 ml, además se midió la primera sensación miccional, capacidad máxima vesical, flujo miccional y residuo postmiccional. En todas se realizó examen de orina y urocultivo previo, para descartar infección.

Técnica quirúrgica: Con la paciente en posición de litomía, con anestesia espinal, se realizó una incisión sagital de aproximadamente 2 cm en la pared vaginal anterior a 1 cm del meato uretral. Con la vejiga vacía se disecó digitalmente en dirección ascendente y levemente lateral, identificando la fascia endopélvica, la que se perforó para acceder al retropubis y a la cara posterior de la aponeurosis del recto, procedimiento que se repite contralateralmente. Se realizaron 2 incisiones suprapúbicas de 1 cm de longitud a 1,5 cm de la línea media y se disecó en forma descendente digitalmente hasta la cara anterior de la aponeurosis del recto hasta lograr que sólo se interpusiera la aponeurosis entre los dedos. Se procedió a introducir la aguja de Reberdine por la incisión suprapúbica, perforando la aponeurosis, y dirigida digitalmente hasta la vagina. Se montó el extremo de la malla de prolene de 30 cm de largo por 11 mm de ancho, recubierta de plástico para evitar daño por roce, traccionando hasta su exteriorización, procedimiento que se repite contralateralmente; luego se ajustó a nivel del tercio medio de la uretra cuidando que no quedara tensa, para lo que se ubicó una tijera cerrada entre ella y la uretra. No se ancló la malla a la vagina, quedando sólo fija por la aponeurosis de los rectos. En todas las pacientes se realizó cistoscopia posterior a la inserción para descartar lesión vesical. La sonda Foley se mantuvo por 24 horas. Se utilizó profilaxis antibiótica con metronidazol 1 gramo rectal la noche previa a la intervención, más cefazolina 1 gramo endovenoso previo a la intervención.

RESULTADOS

Se incluyeron 58 pacientes con IOE grado II o mayor y sin contraindicación quirúrgica. Con edad promedio de 51 años (rango: 36 a 76 años); paridad promedio de 3,6 hijos (rango: 0 a 9); la condición endocrina de las pacientes correspondía a 33 premenopáusicas y 25 posmenopáusicas; el 43% de las pacientes provenían de zona rural. El número de pacientes operadas por año se expresan en la Tabla I, y se compara la evolución del número de pacientes según tipo de cirugía, apreciándose un importante desplazamiento de TVT (19 pacientes) a TOT (134 pacientes) desde Enero de 2004 a Marzo de 2006.

En la gran mayoría de las pacientes se realizó otra cirugía en concomitancia a la malla suburetral libre de tensión retropubiana (Tabla II). No hubo complicaciones en el acto quirúrgico.

En 50 pacientes no se registraron complicaciones, 4 pacientes cursaron con infección urinaria (ITU) postoperatoria, de estas, 3 tuvieron residuos altos y una cursó con retención urinaria. Una paciente presentó infección de la colpografía. Todas las pacientes tuvieron buena respuesta al tratamiento antibiótico. Dos pacientes cursaron con retención urinaria (una paciente con ITU), recuperando la micción normal al cuarto y octavo día respectivamente.

Se logró seguir a 55 pacientes (94,5%), con una media de seguimiento de 24 meses (rango: 4 a 50 meses), 3 pacientes se perdieron de control. De las 55 pacientes en seguimiento, 50 (90,9%) se mantienen hasta hoy sin incontinencia de esfuerzo y 8 desarrollaron vejiga hiperactiva de novo (de diagnóstico clínico), lo que equivale a 14,5% de las pacientes.

DISCUSIÓN

La técnica de corrección de la IOE con malla suburetral libre de tensión retropubiana fue descri-

Tabla I
COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES OPERADAS POR AÑO, SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA (TVT/TOT)

Año	TVT	TOT
Julio-Diciembre 2002	10	0
Enero-Diciembre 2003	29	0
Enero-Diciembre 2004	12	51
Enero-Diciembre 2005	6	76
Enero-Marzo 2006	1	7

TVT: malla suburetral retropubiana libre de tensión.

TOT: malla suburetral transobturador.

ta hace 12 años y ha demostrado ser un método eficaz y seguro en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE), logrando buen resultado tanto a corto como a largo plazo, en incontinencia primaria o recidivada, con tasas de curación de 85 a 90%, lo que ha sido publicado en una gran cantidad de estudios nacionales e internacionales (1-4,6,8,9). Hemos logrado replicar a nivel local la técnica descrita con un porcentaje de curación de 90,9% de las pacientes tratadas.

Las grandes complicaciones de la técnica se describen en la inserción de la aguja, como la perforación vesical y hematoma del espacio de Retzius (10), lo que no ocurrió en nuestras pacientes, esto pudiera deberse a que nosotros introducimos la aguja de Reberdine desde la pared abdominal hacia la vagina con lo cual se controla perfectamente en forma digital la aponeurosis del recto anterior que se va a perforar.

En las complicaciones postoperatorias lo que destacó fue la alta incidencia de infección urinaria, que alcanzó a 6,9% de las pacientes, siendo lo publicado cercano al 1%. Esto pudiera deberse a que el urocultivo preoperatorio de estas pacientes era realizado aproximadamente 3 meses antes de la cirugía. Dos de las 4 pacientes eran diabéticas

Tabla II
CIRUGÍAS ANEXAS A MALLA SUBURETRAL RETROPUBIANA LIBRE DE TENSIÓN

Tipo de cirugías	n
Malla suburetral + histerectomía vaginal + colpografía anterior y posterior	17
Malla suburetral + histerectomía vaginal	13
Malla suburetral + histerectomía vaginal + colpografía anterior	8
Malla suburetral + colpografía anterior	5
Malla suburetral + colpografía anterior y posterior	2
Malla suburetral + colpografía posterior	1
Malla suburetral + esterilización tubaria por colpotomía posterior	1
Malla suburetral + traquelectomía	1

además de incontinentes y esto lleva a que estas pacientes pudieran haberse operado con bacteriuria asintomática y haber cursado con retención urinaria o residuos altos en el postoperatorio lo que hizo que se realizara el diagnóstico de ITU. Esta situación fue corregida a nivel del Servicio. La incontinencia por vejiga hiperactiva se espera como complicación a largo plazo entre un 7 y 15 %, por lo que nuestro porcentaje estaría dentro de lo esperado (11).

Pese al éxito obtenido con esta técnica quirúrgica en nuestro servicio, esta ha sido desplazada en los últimos años por la técnica de malla suburetral transobturador (TOT) (12,13), la que logra resultados de curación similares, y tiene la ventaja que no requiere de cistoscopia posterior, por el escaso riesgo de perforación vesical. Sin embargo existen pacientes en quienes no es posible realizar un TOT por dificultades anatómicas (ej. obesidad mórbida) por lo que pensamos que los equipos que se dedican a corregir esta patología deben manejar ambas técnicas quirúrgicas.

CONCLUSIÓN

La técnica de corrección de IOE con malla suburetral libre de tensión es efectiva tanto a corto como largo plazo, tiene una baja tasa de complicaciones, y permite en forma simultánea corregir otros trastornos del piso pelviano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roa J, Roa E, Martínez J, *et al.* Cinta vaginal libre de tensión (CVT) modificado, asociado a cirugía vaginal en el tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2001; 66(4):281-9.
2. Margolis M. Incontinence: mechanisms, surgical

- treatments, and surgical pitfalls. *Contemporary Obstet Gynecol* 1999;996-1026.
3. Ulmsten U, Jonson P, Rezapour M. A three-year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:345-50.
4. Nilsson CG, Kuuva N. The tension-free vaginal tape procedure is successful in the majority of women with indications for surgical treatment of urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108: 414-9.
5. Ramos C, Mardones P, Ebel L, *et al.* Uretrocervicopexia de Burch en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1996;61(4):256-9.
6. Parada R, Bravo E, Franck C, *et al.* Histerectomía vaginal y corrección de incontinencia urinaria con TVT. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(2):94-9.
7. De Lancey J. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:311-9.
8. Petros P, Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990;153:7-31.
9. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, *et al.* Epidemiology of surgical managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89(4): 501-6.
10. Kuuva N, Nilsson CG. A Nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2002;81:72-7.
11. Cardozo LD, Stanton SL, Williams JE. Detrusor instability following surgery for genuine stress incontinence. *Br J Urol* 1990;66:486-90.
12. Roa J, Roa E, Romero G. Experiencia con sling suburetral libre de tensión transobturador (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004;69(4):294-300.
13. Solá V, Pardo J, Ricci P, *et al.* Cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo: TVT-O. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2006;71(1):3-9.