

MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON BANDA DE SLING MODIFICADA

MANAGEMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE WITH MODIFIED BAND OF SLING

Materno Infantil Germán Urquidí Hospital 2008-2009

Dr. Remy Uriona Arce

Gineco-obstetra H.M.I.G.U. / remy_uriona@hotmail.com

Dra. Yudy I. Escobar García

Gineco-obstetra / yudy_escobar@hotmail.com

Dra. Litzy M. Méndez Delgadillo

Gineco-obstetra / land_481@hotmail.com

RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), patología altamente prevalente en las mujeres mayores de 50 años de edad. La introducción del procedimiento Tension-free vaginal tape (TVT-O), revolucionó el tratamiento de esta patología, a fines de los 90 se constituyó en la técnica quirúrgica más empleada en casi todo el mundo.

En este trabajo de tipo prospectivo protocolizado realizado en 50 pacientes a las que se aplicó banda de Sling con colpoperineoplastia anterior, se observó que el total de las pacientes presentaban además un grado de cistocele asociado, con más de 2 años de evolución en el 70%. Con esta técnica el tiempo quirúrgico promedio fue 20 min., con 24 horas de hospitalización en todas ellas y complicaciones en el mínimo de pacientes como ser laceración vesical y retención urinaria. Todas las pacientes operadas con esta técnica experimentaron curación de la incontinencia urinaria, durante el seguimiento realizado en el lapso de 1 año; todos estos resultados coinciden con numerosas publicaciones en todo el mundo.

Esta técnica quirúrgica fácilmente reproducible se convierte así en una buena propuesta de manejo de las pacientes con patología urogenital.

Palabras claves:

Incontinencia urinaria, cistocele, colpoperineoplastia anterior, Banda de Sling.

Summary:

Stress urinary incontinence is a highly prevalent

pathology in women over the 50 years of age. In our country, this prevalence fluctuates between 28.1 - 42.4%. The use of Tension-free vaginal tape procedure revolutionized the treatment of this pathology. By the end of the 90's it was the more used surgical technique almost all over the world. This study of protocolised prospective kind was made in 50 patients to whom were applied the band of Sling with anterior colpoperineoplasty, and it was observed that all the patients had in addition an association with some degree of cistocele with more than 2 years of evolution in 70%. With this surgical technique the average surgical time was 20 min. All the patients had 24 hours of hospitalization, with little number of complications such as bladder laceration and urinary retention, all the patients operated with this technique have been asymptomatic during the 1 year of observation. These results agree with numerous publications all over the world. This technique easily reproducible it is a good management option of the patients with urogenital pathology.

Key words: Stress urinary incontinence, anterior colpoperineoplasty, band of Sling, cistocele.

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) es hoy en día un motivo de consulta frecuente en ginecología, es una patología que genera consecuencias sociales e higiénicas desagradables para la mujer convirtiéndose en un problema médico, psíquico y social.(5)

La incontinencia urinaria de esfuerzo en esta última década ha sufrido un importante cambio en el manejo. Actualmente la técnica de SLING por el agujero obturador, es aceptada como el tratamiento más eficiente en incontinencia urinaria de esfuerzo.

(6)

Esta técnica representa un cambio en el paradigma y es una opción en el tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo. La gran ventaja es que se tiene menor estadía hospitalaria, reinserción de la paciente a sus actividades cotidianas a corto plazo, y el tiempo quirúrgico es corto.(9)

El TVT-O se muestra como una técnica reglada, con menos dificultades técnicas, menos complicaciones intraoperatorias, y con buenos resultados a corto (menos de cinco años) y mediano plazo (entre cinco y diez años), pero que aún no ha llegado a valorarse a largo plazo (diez o más años) como se exige internacionalmente a los procedimientos anti incontinencia, dado lo reciente de su implementación. (1)

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la eficacia de la malla TVT-O modificada con colpoperineoplastia anterior, en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, asociada o no a prolapso urogenital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Señalar el tiempo promedio de evolución de la sintomatología urológica, en las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo, sometidas al estudio.
- Establecer el tipo de alteración de la estática pélvica mayormente asociada en cada paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo sometida al estudio.
- Determinar el promedio de tiempo quirúrgico empleado en la realización de la técnica quirúrgica TVT-O con colpoperineoplastia anterior.

- Señalar el tiempo de estadía hospitalaria y las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, más comunes a través de controles clínicos periódicos: A la semana, al mes, a los 3, 6 y 12 meses.
- Indicar algunas características sociodemográficas de cada paciente sometida al estudio como ser: edad, procedencia y antecedentes gineco-obstétricos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El material utilizado fue un dispositivo del obturador GYNECARE TVT-O el cual consta de una malla de polipropileno PROLENE de aproximadamente 1,1cm x 45cm cubierta con una vaina de plástico superpuesta en medio y receptáculos tubulares plásticos en cada extremo, con pasadores helicoidales a cada lado, de acero inoxidable que portan una guía con aletas atraumáticas del mismo material.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- 1.- Paciente en posición de litotomía.
- 2.- A 1 cm por debajo del meato uretral se realiza incisión sagital de 2 cm. De longitud en la pared anterior de la vagina.
- 3.- Se diseña el espacio parauretral bilateral con tijera de metzembaum en un ángulo de 45 grados hasta llegar a la rama isquiopubiana de cada lado.
- 4.- Se vacía la vejiga con sonda Foley.
- 5.- Se realiza una incisión en piel de 5 mm con bisturí frío en la intersección de una línea imaginaria que pase a la altura del clitoris y pliegue inguinal bilateral, (a la altura del agujero Obturador).
- 6.- Se introduce las agujas TVT-O (que son de forma helicoidal y diseñadas para ser utilizadas por la mano izquierda y mano derecha del especialista)por la mucosa vaginal disecada, en dirección a las ramas isquiopubianas,

- exteriorizando por la línea imaginaria que pase a la altura del clítoris y pliegue inguinal bilateral.
- 7.- Se realiza el mismo procedimiento en el lado opuesto.
 - 8.- Se retiran las guías, quedando la malla ubicada en su posición definitiva.
 - 9.- Se tracciona la Malla por los extremos formando una hamaca sin tensión a nivel de la uretra media.
 - 10.-La Malla se corta a nivel de la piel sin utilizar ningún medio de fijación.
 - 11.- Se procede a realizar la colpoperineo plastia anterior que consiste en el estrechamiento de la uretra por medio del fruncimiento del tejido conectivo debajo de ella y del cuello vesical, con dos o mas puntos en forma de U con vicryl del 1. La vía de acceso es vaginal y se logra disecando la fascia de Halband de la mucosa vaginal anterior, resecando tejido vaginal excedente.
 - 12.-Se deja un tapón compresivo en vagina y la sonda Foley por 24 hrs.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

De todas las pacientes que acudieron a consulta externa de ginecología, se escogieron 50 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo de 2° y 3° grado, por conveniencia y que aceptaron someterse a dicha intervención quirúrgica.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:

1. El diagnóstico de dicha patología se realizó en base a la sintomatología referida por la paciente y 2 métodos de diagnostico clínico:
 - Prueba del Aplicador con punta de Algodón, nivel de graduación del aplicador en relación a la orquilla anterior vulvar > 35° (Prueba de Bonney).
 - Corrección de la I.U.E. al rectificar el ángulo sub-púbico, positivo.

2. Se explicó el procedimiento a cada paciente para la firma de consentimiento informado.
3. Se habilitaba una ficha clínica para la hospitalización y seguimiento clínico en cada paciente.
4. Se procedió a la realización del procedimiento quirúrgico en fechas establecidas.
5. Se realizaron los controles de seguimiento postquirúrgico inmediato, a la semana, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses.

VARIABLES:

Edad, procedencia, paridad, grado de incontinencia urinaria de esfuerzo, tiempo transcurrido de síntomas urológicos, vía de terminación del parto, alteraciones de la estática pélvica, tratamiento quirúrgico realizado.

RESULTADOS:

- Se realizaron 50 cirugías con ésta técnica quirúrgica, de las cuales 20 se realizaron el año 2008 y 30 el 2009 y parte del 2010. El grado de incontinencia urinaria de esfuerzo fue en tercer grado 70% y segundo grado 30%.(Gráfico N° 1)
- El tiempo de evolución de la sintomatología urológica fue un 70% de 1 a 2 años, 20% mayor a 2 años, y 10% en menor a un año. (Gráfico N° 2)
- El trastorno de la estática pélvica presente en todas las pacientes fue el cistocele: El 60% era de 2° grado, el 24% de 3° grado y el 16% de 1° grado. Con rectocele de tercer grado en un 6% de las pacientes y de cuarto grado en el 14%, e histerocele de tercer grado en el 16% de las pacientes, de cuarto grado en el 6%.(Gráfico N°3)
- El tiempo operatorio fue de 20 minutos en promedio para la TVT-O y colpoperineoplastia anterior. En las que se realizó histerectomía vaginal con colpoperineoplastia posterior fue

de 80 minutos, en las que se hicieron TVT-O más histerectomía abdominal 60 minutos. (Gráfico N° 4)

- La estadía hospitalaria fue en promedio de 24 hrs. en las pacientes que se realizó TOT más colpoperineoplastia anterior. (Gráfico N° 5)
- Dentro de las complicaciones inmediatas durante la cirugía, se presentó laceración vesical en una paciente. Complicaciones mediatas: Retención urinaria 4%, parestesia 4%. Complicaciones tardía: Persistencia de I.U.E. 4%. Realizando seguimiento a la semana y al mes al 100%, a los tres meses al 80%, a los 6 meses al 85% y al año al 75% de las pacientes respectivamente. (Cuadro N° 6A y 6B)
- Los grupos etáreos más frecuentes: De 46 a 55 años un 50%, de 36 a 45 años un 22%, mayores a 56 años un 20% y de 25 a 35 años un 8%. (Gráfico N° 7)
- La mayoría de las pacientes provenía de área rural 56%, suburbana 30% y urbana 14%. Dentro los antecedentes gineco-obstétricos, las pacientes tuvieron menos de 3 partos el 16% y más de 3 partos el 84%. (Gráfico N° 8A y 8B).

CONCLUSIONES:

- Se observó que todas las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, tenían asociado algún trastorno de la estática pélvica.
- La incontinencia urinaria de esfuerzo, va asociada a algún grado de cistocele, por lo que la modificación realizada a la técnica quirúrgica descrita por el autor (que solo aplica el TVT-O), de realizar una colpoperineo plastia anterior, mejora y se refuerza la pared anterior de vagina.
- La aplicación de TVT-O es una cirugía rápida, fácil de aprender y realizar, con muy poco dolor para la paciente, con una rápida recuperación

y retorno a la actividad diaria. Al ser una malla de polipropileno que se auto fija por la reacción inflamatoria del organismo, evita o disminuye las complicaciones de retención urinaria y disfunción miccional.

- Todas las pacientes operadas con esta técnica han experimentado curación de la incontinencia durante el período de seguimiento coincidente con resultados de numerosas publicaciones en todo el mundo, siendo así un método ideal hasta el momento para ofrecer por una sola vía, transvaginal, la solución a la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Consideramos, al igual que el autor de la técnica, que el hecho de dejar la malla sin tensión y ajustarla sólo para evitar el escape urinario con el esfuerzo, repercute en forma directa en la disminución de esta complicación. Con respecto a las dificultades de micción, no fue reportada por las pacientes.
- Los resultados preliminares obtenidos con la experiencia realizada a la fecha son alentadores ya que hubo complicaciones mínimas inmediatas o mediatas a la cirugía, aunque el seguimiento de dichas pacientes aún debe ser realizado por 5 años más para obtener los resultados definitivos.
- La edad vulnerable para la manifestación de dicha patología es a partir de los 36 años, con mujeres que en su mayoría tuvieron más de tres partos vaginales y que en su mayoría en nuestro estudio provenían del área rural.

DISCUSIÓN:

La IUE se debe a una debilidad del piso pelviano y a una falta de sustento para la coaptación de la uretra al momento de realizar un esfuerzo como toser o reír. La gran mayoría de las veces, esta debilidad se asocia a partos vaginales, cirugías y menopausia, entre otros, y además, puede estar presente junto a un cistocele de diverso grado o

algún otro tipo de prolapso vaginal, situación que se confirma con nuestros resultados donde el 100% de las pacientes presentaron dicha asociación y por lo que se concluye que la realización de una colpoperineoplastia anterior sumada a la TVT-O, es una buena propuesta quirúrgica.

Para el tratamiento quirúrgico de la IUE, existen varias técnicas, las que se pueden dividir en abdominales o retropúbicas, vaginales, transvaginales y los sling, estos últimos como indicación de la IUE tipo III o déficit esfinteriano intrínseco. Este alto número de posibilidades quirúrgicas se debe a que ninguna de ellas es totalmente eficaz y duradera en el tiempo. En un reporte de guías prácticas (guidelines) publicado en 1997 por la AUA, se concluyó que las técnicas más eficaces eran la operación de Burch y los sling con una continencia a 5 años de 84 y 83%, respectivamente. Las vaginales presentaban un éxito de 61%⁵.

El TVT es considerado un procedimiento bastante seguro, con baja frecuencia de complicaciones importantes de vejiga, intestino y vasos sanguíneos, derivadas del paso ciego de la aguja a través del espacio retro-púbico.

RECOMENDACIONES:

- Un hecho importante a destacar es que la cirugía, una vez aprendida, es bastante sencilla de realizar, aún en pacientes obesas. Por lo tanto, podríamos decir, al igual que otras publicaciones, que el TVT sería la técnica ideal para pacientes con obesidad.
- El Servicio de Ginecología debería contar con un servicio exclusivo para las patologías uro ginecológicas, por la demanda de pacientes que existen.
- Establecer y dar a conocer un protocolo de manejo para Incontinencia Urinaria, en las diferentes unidades de salud, para un

diagnóstico oportuno.

- Realizar una valoración psicológica previa, ya que muchas pacientes, por la vergüenza social que sufren se auto discriminan, es importante la reinserción social de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Madrid Tejada, Sonia, Dra. "Efectividad de Técnicas Quirúrgicas Suprapúbicas y Vaginales de Pacientes Femeninas con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo". Hospital Antonio Lenín Fonseca y Bautista. Monografía. 1995-1997. Managua, Nicaragua.
2. Yescas Mayorga, Luis Dr. "Eficacia del Tratamiento Quirúrgico en pacientes con Incontinencia Urinaria utilizando la Técnica Pereyra Razz". Hospital Berta Calderón Roque. Monografía. 1996 – 1997. Managua, Nicaragua.
3. Incontinencia Urinaria en la Mujer. E.B. Cantor. Pág. 35-55. Ediciones TORAY, S.A Duero, Barcelona. 1981.
4. Wall Lewis. L. "Incontinencia, Prolapso y Trastornos del Suelo Pélvico" Tratado de Ginecología de Novak, Décima Segunda edición. Pág. 619- 676. México D.F. 1997.
5. González Merlo J. "Incontinencia de Orina" Ginecología. 7ma. Edición Cap. 17. Pág. 283-291. Barcelona. 1997.
6. Wall Lewis. L. "Incontinencia Urinaria de Esfuerzo" TE LINDE GINECOLOGÍA QUIRRGICA, 8va. Edición Cap. 39, Pág. 1004-1160, Atlanta, Georgia. 1997.
7. McGuire EJ, Savastano JA: Stress incontinence and detrusor instability/urge incontinence. Neurourol Urodyn 4:313-316, 1985.
8. Valaitis SR, Stanton SL: Surgery for genuine stress incontinence. Contemp Ob Gyn 65-80, Oct 1995
9. Horbach NS: Genuine stress urinary incontinence: Best surgical approach. Contemp Ob Gyn 53-60, Sep 1992

10. Alcalay M, Monga AK, Stanton SL: Burch colposuspension-How long does it cure stress incontinence? Neurourol Urodyn 13:495, 1994.Abstract No. 98

GRÁFICO N° 1

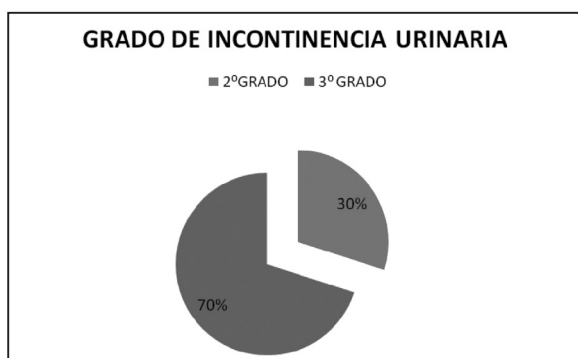


GRÁFICO N° 2

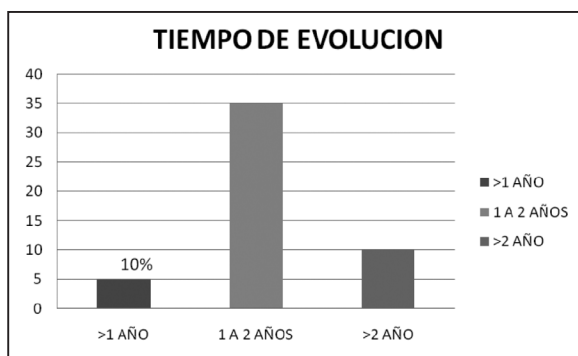


GRÁFICO N° 3

TIPO DE TRANSTORNO DE LA ESTÁTICA PÉLVICA

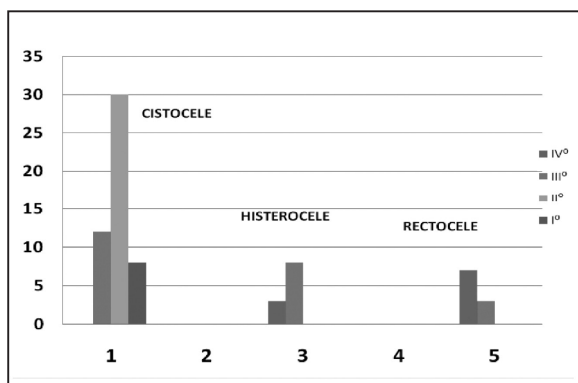


GRÁFICO N°4

TIEMPO OPERATORIO EN MINUTOS

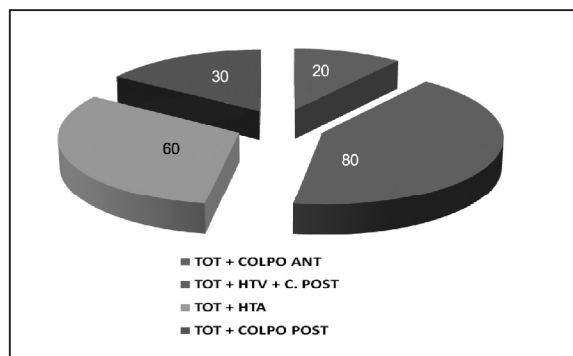
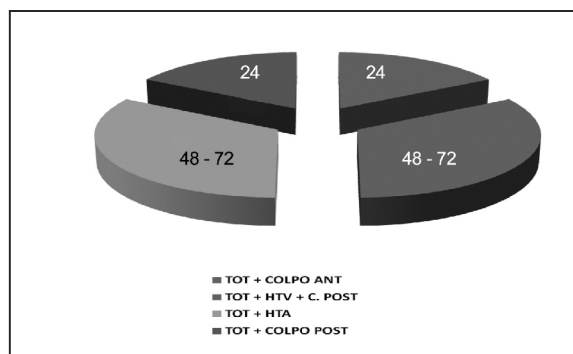


GRÁFICO N° 5

TIEMPO DE ESTADÍA HOSPITALARIA EN HORAS



CUADRO N°6A

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

INMEDIATAS HASTA LAS 24 HRS	LIGADURA DE URETER	0
	LESION VESICAL	1
	SANGRADOS	0
MEDIATAS HASTA LOS 7 DIAS	RETENCION URINARIA	2
	INFECCIONES	0
	PARESTESIA DE MMII	2
TARDIAS AL MES	PERSISTENCIA DE IUE	2
	FISTULAS	0
	RECHAZO A LA MALLA	0

CUADRO N°6B

CONTROL	Nº PACIENTES	% PACIENTES
1 SEMANA	50/50	100%
1 MES	50/50	100%
3 MESES	40/50	80%
6 MESES	17/20	85%
12 MESES	15/20	75%

GRÁFICO N° 7

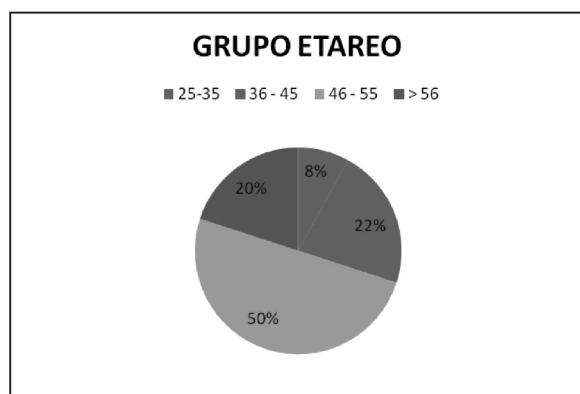


GRÁFICO N°8 A

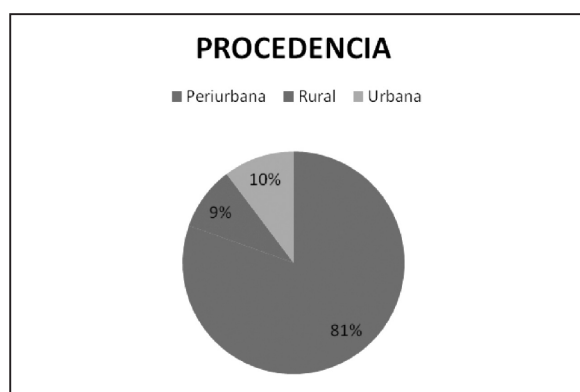


GRÁFICO N° 8B

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

