

Luis Gamboa-Caiza ⁽¹⁾
 Rubén Bucheli-Terán ⁽²⁾
 José Bucheli-Cruz ⁽³⁾

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con banda suburetral-transobturatriz libre de tensión en pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico, Postgradista B4 de Ginecología y Obstetricia; Universidad San Francisco de Quito; Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

2 Médico Gineco-Obstetra. Ex Jefe del Servicio de Ginecología; Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

3 Médico Gineco-Obstetra. Jefe del Servicio de Ginecología; Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

Correspondencia:

Dr. Luis Gamboa Caiza

E-mail: mdluisgamboacaiza@hotmail.com

Recibido: 14 - Octubre - 2014

Aceptado: 28 - Noviembre - 2014

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo, Tratamiento quirúrgico, Complicaciones quirúrgicas.

Forma de citar este artículo:

Gamboa-Caiza L, Bucheli-Terán R, Bucheli-Cruz J. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con banda suburetral-transobturatriz libre de tensión en pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín. Rev Med Vozandes 2014; 25: 59 - 61

Introducción

En la actualidad la alteración del piso pélvico, donde se incluyen los diferentes prolapsos genitales y la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), se está constituyendo en una patología prevalente, afectando aproximadamente entre un 30% a 40% de las mujeres adultas^[1,2], de las cuales sólo el 15% acude a una consulta médica^[3,4]. Además, supone un gran impacto económico, estimado en aproximadamente US\$10 billones en costos directos e indirectos, y causa un alto impacto en la calidad de vida^[5,6]. Es de importancia establecer un diagnóstico adecuado^[7], debido a que son múltiples los factores que contribuyen a la alteración de las diferentes estructuras que dan sostén y funcionamiento dinámico al piso pélvico^[8,9], en especial los que afectan al nivel III de Delancey^[10,11], constituido por el ligamento pubouretral y cuya alteración se ve representada en los uretroceles.

Desde hace más de 100 años se vienen empleando diferentes técnicas quirúrgicas correctivas para IUE con resultados variables. Ulmstein y Petros describieron la primera técnica de banda suburetral con cinta vaginal libre de tensión (TVT por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la IUE, constituyéndose en una de las técnicas más utilizadas, con tasas de curación por arriba del 80% a los 10 años de seguimiento. En el 2001, el francés Delorme describió una variación de la técnica, con banda transobturatriz libre de tensión (TOT) y que ofrece excelentes resultados con tasas de curación del 95%, con mínimos efectos secundarios, pocas contraindicaciones y niveles altos de satisfacción de las pacientes^[11].

Esta modalidad de tratamiento de la IUE mediante colocación de banda suburetral-transobturatriz libre de tensión (TOT), se ha venido empleando desde hace varios años en el Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por lo cual se consideró conveniente efectuar un primer análisis de los casos que han sido manejados con esta técnica.

Métodos

El estudio fue de tipo retrospectivo y toda la información se recopiló utilizando la Base de Datos electrónica del Servicio: AS400. Se consideraron todas las cirugías realizadas por el Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el período comprendido desde enero del 2007 hasta diciembre del 2013. Los criterios de inclusión fueron pacientes con hipermotilidad uretral corroborada clínicamente como un escape de orina a maniobras de Valsalva, pacientes con urodinamia que reportara IUE e IUE enmascarada por POP. Se excluyeron pacientes con algún proceso infeccioso y urodinamia con VPP que denotó un déficit intrínseco esfinteriano.

En todas las pacientes el proceso de manejo fue similar, consistente en una hospitalización el día previo a la cirugía, realización de la historia clínica, obtención de consentimiento informado; profilaxis para vagi-

Tabla 1. Número de cirugías. Servicio de Ginecología, Hospital Carlos Andrade Marín, 2007 - 2013.

Año	Total de Cirugías	Cirugías vaginales por prolapso	Cirugías de piso pélvico con mallas	Bandas suburetrales
2007	1278	100	36	12
2008	1589	184	148	72
2009	1736	210	152	113
2010	1949	250	170	125
2011	2541	326	258	219
2012	2655	359	336	248
2013	2520	236	236	220
Total	14268	1665	1336	1009

nosis, visita preanestésica, actualización de exámenes prequirúrgicos, tipificación y pruebas cruzadas. Para la TOT se utilizó la técnica estandarizada, la misma que pretende imponer un sostén protésico para disminuir la hipermotilidad uretral. El seguimiento clínico tuvo lugar a los siete días, al mes y a los dos años del procedimiento bajo encuesta telefónica. Se registraron las complicaciones intraoperatorias, postoperatorias inmediatas y a largo plazo. Los resultados alcanzados se calificaron como mejoría total, parcial o ausencia de mejoría en la IUE.

Resultados

En el período de estudio el uso de bandas suburetrales para corrección de la IUE (n=1009) fue el 60.6% del total de cirugías vaginales por prolapso (n=1665) y en el 80.2% de los casos además de la banda suburetral se colocó algún tipo de malla (n=1336) para corregir el prolapso acompañante; **tabla 1**.

La edad media de las mujeres sometidas a cirugía TOT fue de 55 años y tenían un promedio de tres partos vaginales entre sus antecedentes. El 30% de las pacientes contaban con estudio urodinámico que reportó incontinencia urinaria. El tiempo promedio de seguimiento postoperatorio fue de dos años.

Con respecto a los resultados se reportó un 91.8% de mejoría total, 3.1% de mejoría parcial y apenas el 1.3% de las pacientes no reportaron mejoría. Hubo 36 casos en los cuales se describieron complicaciones; **tabla 2**. Entre las complicaciones intraoperatorias, la perforación vesical (1%) se reparó con rafia primaria y sonda vesical permanente por 7 días además de antibioticoterapia. En las complicaciones inmediatas la más común fue retención urinaria (3.6%) y estos casos recibieron medidas similares a las que se utilizan para la perforación vesical. En cuanto a las complicaciones a largo plazo se describió como principal la extrusión de la banda (0.1%), misma que se resolvió con estrógenos tópicos y recorte de la banda de manera ambulatoria.

Tabla 2. Frecuencia de complicaciones por bandas suburetrales libres de tensión. Servicio de Ginecología, Hospital Carlos Andrade Marín, 2007 - 2013.

Año	Bandas suburetrales [n]	Complicaciones [n (%)]
2007	12	7 (58.3)
2008	72	6 (8.3)
2009	113	3 (2.6)
2010	125	3 (2.4)
2011	219	8 (3.6)
2012	248	5 (2.0)
2013	220	4 (1.8)
Total	1009	36 (3.6)

Comentario

La IUE se presenta sobre todo en mujeres de tercera edad debido a múltiples factores predisponentes o desencadenantes, que llevan a una pérdida del sostén uretral. Ahí es donde tiene sustento la aplicabilidad de las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas que tratan de brindar este sostén con materiales protésicos. Al ser cirugías mínimamente invasivas, cuentan con una alta aceptación por parte de las usuarias. Los resultados obtenidos en nuestra casuística son muy similares a las reportadas en diferentes series publicadas a nivel mundial.

La colocación de TOT es considerada de primera elección en el tratamiento de la IUE, porque es fácilmente aplicable, segura, con escasos efectos adversos y buenos patrones de curación a corto y largo plazo. En la actualidad se vienen desarrollando nuevas técnicas aún menos invasivas, como la colocación de mini-sling suburetrales, que seguramente mejoraran los parámetros ya obtenidos por la TOT y la calidad de vida de nuestras pacientes.

Concluimos que la TOT presenta excelentes resultados de curación de la IUE con bajos parámetros de complicaciones, por lo que sería conveniente considerar su empleo en las usuarias de acuerdo a los diferentes protocolos de nuestras instituciones de salud. Es necesario estudios a largo plazo de las nuevas técnicas que se encuentran en aplicación en este momento.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la realización del estudio y redacción del manuscrito.

Referencias

1. Cohen D. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev Med Clin Condes* 2013; 24 (2): 202 – 09.
2. Garely AD, Noor N. Diagnosis and surgical treatment of stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2014; 124: 1011 – 27.
3. Rogers RG. Urinary stress incontinence in women. *N Engl J Med* 2008; 358: 1029 – 36.
4. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician* 2013; 87: 543 – 50.
5. Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, Zyczynski HM, Varner RE, Amundsen C, et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N Engl J Med* 2012; 366: 1987 – 97.
6. Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DK, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med* 2013; 369: 1124 – 33.
7. Committee Opinion No. 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 1403 – 07.
8. Walters MD, Ridgeway BM. Surgical treatment of vaginal apex prolapse. *Obstet Gynecol* 2013; 121 (2 Pt 2): 354 – 74.
9. Donoso M, González JA, Danilla S, Tapia J, Morales I, Busquets M. Cinta suburetral transobturatriz (TOT) en la incontinencia urinaria de esfuerzo: continencia a mediano plazo y evolución de los síntomas irritativos vesicales. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72: 366 – 73.
10. Perucchini D, Fink D. [Urinary stress incontinence in the female: comparison of incontinence theories and new tension – free surgical procedures]. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2002; 42: 133 – 40.
11. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1713 – 20.