

J.L. Poza
E. Cortés
E. Vila
F. Cler
J. Xercavins

Unidad de Uroginecología y Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dr. J.L. Poza.
Unidad de Uroginecología y Suelo Pélvico.
Servicio de Ginecología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.
P.º Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: 19347jpb@comb.es

Fecha de recepción: 31/1/03

Aceptado para su publicación: 10/4/03

Tratamiento de la incontinencia de orina en mujeres mediante un cabestrillo regulable. Resultados preliminares tras el primer año de control

299

*Treatment of urinary
incontinence in women through
a readjustable sling.
Preliminary results after a
first year follow-up*

J.L. Poza, E. Cortés, E. Vila, F. Cler, J. Xercavins. Tratamiento de la incontinencia de orina en mujeres mediante un cabestrillo regulable (Remeex®). Resultados preliminares tras el primer año de control.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los resultados del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina debida a debilidad esfinteriana, mediante la utilización de un cabestrillo regulable.

Sujetos y métodos: Se ha tratado a 36 pacientes, el 36,1% de los cuales presentaba incontinencia urinaria de esfuerzo del tipo II y un 63,9%, del tipo III. El 44,4% presentaba un prolapso genital asociado, que también se corrigió, y el 47,2% presentaba incontinencia urinaria de esfuerzo recidivada. Los criterios de curación han sido clínicos.

Resultados: A los 12 meses de control se observó un 81,5% de curación y un 18,5% de fracaso, y en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivada los porcentajes fueron del 69,2% y el 30,8%, respectivamente.

En cuanto a las complicaciones intraoperatorias se halló un 19,4% de perforaciones vesicales y una hemorragia grave. Como complicaciones postoperatorias se observaron un 11,1% de infecciones urinarias, un 11,1% de seromas de pared abdominal, un 11,1% de retenciones de orina y un 5,6% de hematomas del espacio de Retzius. Dos pacientes requirieron regulación de nuevo a los 6 meses, y no hubo ningún rechazo de prótesis.

300 Conclusiones: El cabestrillo regulable es una buena opción de tratamiento para las incontinencias urinarias de esfuerzo femeninas por debilidad esfinteriana, tanto primarias como recidivadas, aunque los resultados en estas últimas son peores. La posibilidad de regulación permite conseguir una buena continencia y disminuye el riesgo de retenciones, aunque no las elimina.

PALABRAS CLAVE

Incontinencia urinaria de esfuerzo. Técnicas quirúrgicas de *sling*. Urodinamia.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the results of a surgical treatment of stress urinary incontinence (SUI), with urodynamic diagnosis of intrinsic sphincter deficiency, using a mechanical external regulator.

Material and methods: 36 patients have been treated: 36.1% had type II and 63.9% type III SIU. 44.4% showed an associated genital prolapse that was also repaired. The criteria to evaluate results were clinically established.

Results: After 12 months of follow-up: Cured 81, 5% and failure 18.5%. In patients with recurrent SUI: Cured 69.2% and failure 30.8%. Operative complications were: 19.4% bladder perforation and one case of severe hemorrhage. Postoperative complications reported: 11.1% urinary infections; 11.1% seromas in abdominal wall; 11.1% urinary retention and 5.6% hematoma in the retropubic space. Two patients needed a new adjustment after 6 months of the surgical procedure. No graft rejection was found.

Conclusion: The mechanical external regulator (Remeex®) used for surgical treatment of female SUI, primary or secondary, by intrinsic sphincter deficiency offers good results although they are poor when used for secondary SUI. The postoperative adjustment allows getting a good continence with a minimum risk of retention.

KEY WORDS

Urinary incontinence stress. Urogenital surgical procedures. Urodynamics.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas quirúrgicas de *sling*, o cabestrillo, son las más utilizadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en la mujer, debido a disfunción intrínseca del esfínter¹. De igual forma, son técnicas tradicionalmente utilizadas en la IUE recidivante².

No hay ninguna técnica que permita conocer la adecuada tensión que ha de aplicarse al cabestrillo, que ha de evitar la retención urinaria, corrigiendo la incontinencia de orina. Algunos autores, como Blaivas et al³, recomiendan hacer la suspensión con una mínima tensión o incluso sin ella. Otros autores han propuesto diferentes métodos para controlarla: así, Rovnes et al⁴ utilizan como método la valoración endoscópica del grado de coaptación de las paredes uretrales, y Nguyen et al⁵ utilizan un hisopo introducido en la uretra, para valorar la variación del ángulo uretral respecto a la horizontal, al tensar el cabestrillo.

Los resultados de la aplicación de estas técnicas aportados por los diferentes autores presentan cifras de curación de alrededor del 80%. Así, Blaivas et al³, en una serie de 251 casos, con seguimiento de 5 años y utilizando aponeurosis de los rectos, obtienen un índice de éxitos del 82%, e Iocca et al⁶, en 1998, en una serie de 77 pacientes previamente intervenidas por IUE, con un seguimiento de 20 meses, presentan un 77,9% de curaciones utilizando *sling* con aponeurosis de los rectos.

En nuestro servicio clásicamente se han utilizado técnicas de bandas para el tratamiento de las IUE graves o recidivantes, con las que se han obtenido resultados que se sitúan dentro de los índices de éxito publicados en la bibliografía. De este modo, la posibilidad de utilizar un cabestrillo que pudiera regularse postoperatoriamente para el tratamiento de las pacientes con IUE grave o recidivante nos pareció una técnica que podría estar incluida en nuestro arsenal terapéutico. Así, a partir de enero de 2000, hemos empezado a utilizar el cabestrillo regulable (Remeex®) para el tratamiento de este tipo de pa-

cientes.

El objetivo del presente estudio es valorar los resultados obtenidos con la utilización de la prótesis de Remeex® para el tratamiento de la IUE, tras el primer año de experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde enero de 2000 hasta febrero de 2002 han sido colocadas en nuestro servicio 36 prótesis de Remeex® por el mismo cirujano. Las pacientes presentaban las características que se exponen a continuación. La edad media fue de 63 años (rango: 46-79). La intensidad de la incontinencia se clasificó en grados I, II y III, según la clasificación de Ingelman-Sunberg⁷: 13 pacientes (36,1%) presentaban incontinencia de tipo II y 23 (63,9%) de tipo III. El tiempo medio de evolución de la clínica de IUE fue de 6,5 años (rango: 1-20). Del total de las pacientes, 17 (47,2%) habían sido intervenidas anteriormente por IUE, 13 en una ocasión, dos en dos ocasiones y otras dos más de dos veces.

Del total de pacientes, 16 (44,4%) presentaban un prolapso genital asociado con la IUE, que fue corregido en el mismo acto quirúrgico: el 8,3% presentaba un prolapso uterino, el 19,4% un cistorrectoceles, el 5,6% una elongación de cérvix y el 11,1% un rectocele.

A todas las pacientes se les practicó un estudio urodinámico: 27 (75%) fueron diagnosticadas de debilidad esfinteriana, dos (5%) presentaban una hipermovilidad del cuello vesical asociada con debilidad esfinteriana y siete (19,5%) evidenciaron una IUE mixta con predominio de la debilidad esfinteriana. Las pacientes con IUE mixta fueron tratadas con anticolinérgicos antes de la intervención, y al comprobar el fracaso del tratamiento médico fueron intervenidas quirúrgicamente.

A todas las pacientes se les realizó una historia clínica general y una específica, donde se puso énfasis en las características de su incontinencia de orina, su gravedad, el diario miccional, los hábitos de ingesta líquida, la repercusión sobre su calidad de vida y el tipo de protección utilizada. Estas características permitieron categorizar a las pacientes según la clasificación de Ingelman-Sunberg. Todas las pacientes fueron diagnosticadas, mediante exploración ginecológica, de los diferentes grados de prolapso de los órganos pélvicos⁸, y para descartar patología

Figura 1. Esquema del cabestrillo regulable (Remeex®).

uterina u ovárica asociada se practicó ecografía vaginal. Se descartó la existencia de infección urinaria mediante exámenes de orina y se practicó examen citológico cervical de control.

Los criterios de curación han sido clínicos y se han dividido en tres categorías: curación, mejoría y fracaso. Se ha considerado que se ha producido la curación cuando la paciente ha quedado plenamente satisfecha con el resultado de la intervención, no presenta fugas de orina al esfuerzo, ha dejado de utilizar protección y no hay síntomas de urgencia. Se ha considerado que ha habido mejoría cuando la paciente, aun estando satisfecha con el resultado de la intervención, ya que han cedido su incontinencia urinaria de esfuerzo y sus necesidades de protección habitual, presenta síntomas de cierta urgencia miccional, polaquiuria o pequeñas fugas de orina ante grandes deseos miccionales. Se ha considerado fracaso cuando la paciente no ha quedado satisfecha con el resultado de la intervención, bien porque sigue presentando fugas de orina que le obligan a utilizar protección, bien porque hay sintomatología manifiesta de urgencia miccional o bien porque presenta residuos elevados.

El cabestrillo regulable utilizado es un sistema Remeex® (regulación mecánica externa; Desarrollo e Investigación Médica Aragonesa, S.L., España). Está formado por un cabestrillo suburetral con dos hilos de tracción que se conectan a un sistema de regulación (varitensor), colocado encima de la fascia de los músculos rectos abdominales. El cabestrillo y el varitensor quedan implantados en la paciente, lo que permite el reajuste de la suspensión de la vejiga postoperatoriamente (fig. 1). El cabestrillo está

302 formado por una malla de monofilamento de polipropileno de $1,25 \times 3,5$ cm, con dos hilos de suspensión de polipropileno. El varitensor es el sistema regulador donde se anudan los hilos laterales de la malla de polipropileno, y se sitúa encima de la fascia de los músculos rectos. El manipulador externo o vástago permite la regulación del varitensor; su extremo proximal se acopla al varitensor, y el extremo distal queda fuera de la pared abdominal de la paciente. El manipulador externo acoplado al varitensor permite elevar o descender el cabestrillo. Cada giro completo del vástago en sentido horario enrolla los hilos en el varitensor 1 mm, elevando el cabestrillo, y el giro completo en sentido contrario hace descender el cabestrillo la misma distancia. Debe retirarse de la pared abdominal de la paciente antes del alta hospitalaria, una vez ajustado el cabestrillo, de forma que se compruebe la ausencia de fugas de orina; para ello se dispone de un desacoplador que, insertado en el extremo distal del manipulador externo y con un giro de 90° , consigue desinsertar el vástago del varitensor.

La técnica quirúrgica para la colocación del sistema Remeex® consta de los siguientes tiempos:

1. Incisión abdominal: incisión transversal de unos 4 cm en la línea media del abdomen, por encima de la sínfisis púbica. Disección del tejido adiposo hasta alcanzar la aponeurosis de los rectos abdominales, donde se practican dos ojales.
2. Incisión vaginal: incisión longitudinal de la pared anterior de vagina en el ángulo uretrovesical. Disección de los espacios parauretrales.
3. Introducción de los hilos de tracción-suspensión: mediante la utilización de unas agujas pasahilos, se colocan los hilos del extremo de la malla a través del espacio de Retzius y se extraen por los ojales practicados en la aponeurosis de los músculos rectos del abdomen. Posteriormente, se realiza cistoscopia de comprobación. Si se ha perforado la vejiga, se retira la aguja pasahilos y se vuelve a colocar sin lesionar la vejiga urinaria.
4. Colocación del cabestrillo: se coloca la malla de monofilamento en la unión uretrovesical, fijándolo con un punto de material reabsorbible. Luego se sutura la pared vaginal.
5. Colocación del varitensor: una vez retirados los hilos de las agujas pasahilos, se introducen

por los orificios laterales del varitensor y se anudan en la línea media. El varitensor, con los hilos ya anudados, debe quedar a una distancia de unos 10 cm de la aponeurosis. Se aplica el vástago al varitensor y se enrollan los hilos en su interior, mediante giros en sentido horario, hasta que el varitensor quede a unos 3 cm de la fascia. Se deja el manipulador unido al varitensor.

6. Cierre de la herida abdominal: practicando una hemostasia cuidadosa, se cierra la pared abdominal, asegurándose de que el extremo distal del manipulador externo queda accesible sobre la piel de la pared abdominal.

Los días siguientes a la intervención se realiza la regulación postoperatoria, que consiste en rellenar la vejiga con 300 ml de suero fisiológico para comprobar la existencia de fugas de orina, con la paciente de pie y realizando maniobras de Valsalva. El cabestrillo se ajusta girando el manipulador externo hasta observar que no existen fugas. Posteriormente se invita a la paciente a orinar y se practica sondaje vesical para comprobar la presencia de residuos; si éstos son menores de 100-150 ml, el cabestrillo se puede considerar ajustado y, con la ayuda del desacoplador, el vástago se puede retirar del varitensor, y dar de alta a la paciente.

A largo plazo también es posible regular el cabestrillo. Para ello se realiza de nuevo una incisión en la pared abdominal, en el lugar donde se dejó el varitensor. Se aplica el vástago y se ajusta de nuevo el cabestrillo mediante giros sobre el varitensor, de la misma manera que se realiza en el postoperatorio inmediato.

RESULTADOS

De las 36 pacientes a las que se implantó el sistema Remeex®, una ha sido excluida del estudio ya que hubo de retirarse en el mismo acto quirúrgico, por hemorragia intensa en el espacio de Retzius. De las 35 restantes, las 35 (100%) ya han superado los 6 meses de control postoperatorio y 29 (82,9%), los 12 meses.

En las pacientes controladas a los 6 meses se ha observado una tasa de curación del 60% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 42-76); de mejoría del 14,3% (IC del 95%: 5-30) y de fracaso del 25,7% (IC

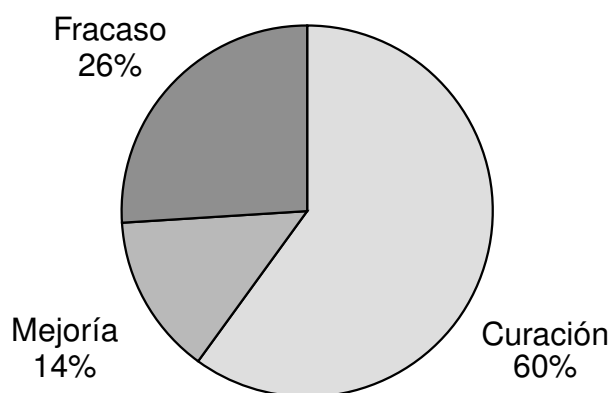


Figura 2. Resultados del total de pacientes en el control a los 6 meses.

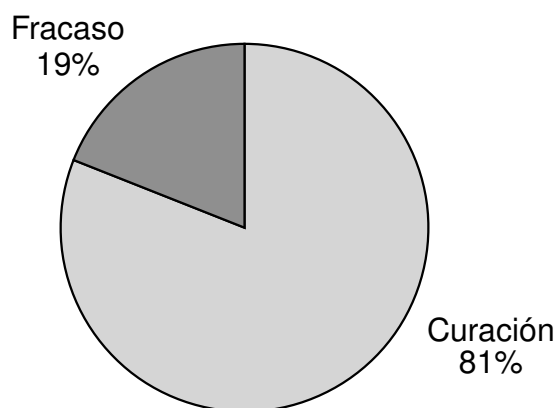


Figura 3. Resultados del total de pacientes en el control a los 12 meses.

del 95%: 12-43) (fig. 2).

De las 29 pacientes que se han controlado a los 12 meses de la intervención se ha excluido a dos a quienes hubo que reajustar el Remeex® antes de cumplirse al año completo de seguimiento. En estas 27 pacientes se han hallado unas tasas de curación del 81,5% (IC del 95%: 62-94) y de fracaso del 18,5% (IC del 95%: 6-38) (fig. 3).

Las 2 pacientes que requirieron regulación tardía del Remeex® fueron ajustadas de nuevo bajo anestesia local, a los 6 y 7 meses de su colocación, respectivamente. Las dos volvían a presentar IUE, por lo que a ambas se les tensó la prótesis. La regulación se efectuó bajo anestesia local de la zona abdominal donde estaba depositado el varitensor. Tras la liberación de la fibrosis que lo envolvía, se insertó el manipulador externo y la regulación se llevó a cabo como si se tratase de una inserción primitiva del Remeex®. Las pacientes fueron dadas de alta sin fugas de orina, y todavía queda pendiente el control a los 6 meses tras la nueva regulación.

De las 5 pacientes en que se consideró que el proceso había sido un fracaso al año de la intervención, tres presentaban infecciones de orina de repetición y retención urinaria, una presentaba retención de orina sin infecciones asociadas y otra presentaba IUE de nuevo; en la actualidad está pendiente de decisión por parte de la paciente volver a efectuar la regulación. Las características de estas pacientes se presentan en la tabla 1.

Si analizamos los resultados en el grupo de las

Tabla 1 Pacientes con resultado de fracaso al año de control

	Edad	IUE	Antecedentes quirúrgicos	Diagnóstico urodinámico	Complicación
Caso 1	78	Grado II	No	Debilidad esfinteriana	Retención Infecciones urinarias
Caso 2	73	Grado III	1. Kelly 2. Burch	IUE mixta	Retención Infecciones urinarias
Caso 3	75	Grado III	1. Kelly	Debilidad esfinteriana	Retención Infecciones urinarias
Caso 4	59	Grado III	1. Kelly	Debilidad esfinteriana	IUE
Caso 5	52	Grado III	1. Kelly	Debilidad esfinteriana	Retención

17 pacientes que presentaban antecedentes quirúrgicos para corrección de la IUE, los resultados a los 6 meses son los siguientes: un 35,3% de curación (IC del 95%: 14-61), un 23,5% de mejoría (IC del 95%: 6-49) y un 41,2% de fracaso (IC del 95%: 18-67) (fig. 4). En las 13 pacientes que han cumplido 12 meses de control postoperatorio de este grupo se ha observado una tasa de curación del 69,2% (IC del 95%: 38-90) y de fracaso del 30,8% (IC del 95%: 9-61) (fig. 5).

Las complicaciones intraoperatorias más frecuentes (perforación de la pared vesical al pasar las agu-

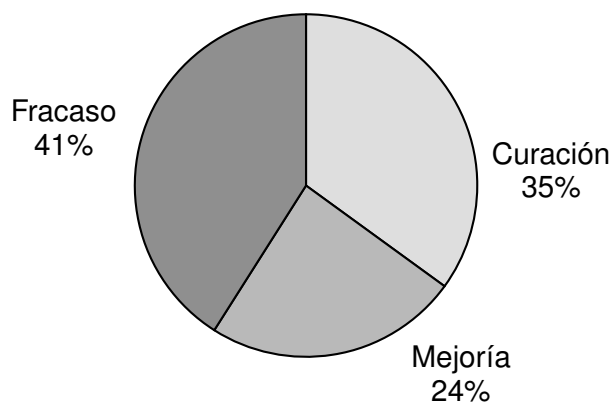


Figura 4. Resultados en las pacientes con intervenciones previas por incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en el control a los 6 meses.

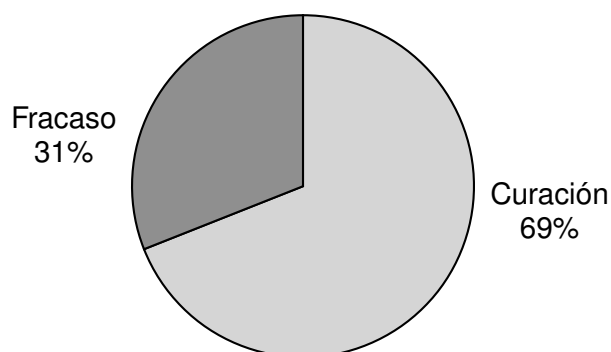


Figura 5. Resultados en las pacientes con intervenciones previas por incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en el control a los 12 meses.

Tabla 2 Complicaciones	
Complicaciones intraoperatorias	Complicaciones postoperatorias
Lesión vesical: 9 (19,4%)	Hematoma en el espacio de Retzius: 2 (5,5%)
Hemorragia: 1 (2,7%)	Infección urinaria: 4 (11,1%)
	Seroma de pared abdominal: 4 (11,1%)
	Hematoma de cúpula vaginal: 1 (2,7%)
	Transfusión sanguínea: 2 (5,5%)
	Sonda vesical durante 7 días: 9 (19,4%)
	Retención urinaria: 4 (11,1%)

jas hacia la pared abdominal y hemorragia operatoria) se exponen en la tabla 2. Se han producido siete perforaciones vesicales (19,4%) y una hemorragia operatoria grave en el espacio de Retzius que, como ya se ha comentado, obligó a retirar la prótesis para realizar la adecuada hemostasia y a transfundir a la paciente. Las perforaciones vesicales se concentran, de forma mayoritaria, en los primeros casos intervenidos. Por otro lado, todas requirieron retirar la aguja y volverla a insertar fuera de la pared vesical. Además, a las pacientes se les dejó de forma profiláctica una sonda urinaria durante 7 días. Cinco de

las perforaciones vesicales (71,4%) se produjeron en pacientes con antecedentes de intervenciones previas: tres Burch, una histerectomía abdominal y una politervenida (Nelly, Marshall-Marchetti, Cobb).

Las complicaciones postoperatorias más destacadas se exponen en la tabla 2, y han sido las siguientes: dos hematomas del espacio de Retzius (5,6%), cuatro infecciones urinarias (11,1%), cuatro seromas de pared abdominal (11,1%) y un hematoma de cúpula vaginal asociado con la realización de una histerectomía vaginal (2,8%). Fue preciso transfundir a 2 pacientes (5,6%) de las tres que presentaron hematomas postintervención.

DISCUSIÓN

La revisión de los resultados a largo plazo de las diferentes técnicas, para la corrección de la IUE efectuada por diferentes autores, pone de manifiesto que la suspensión retropúbica y los procedimientos de cabestrillo son las técnicas quirúrgicas que ofrecen mejores resultados⁹.

Desde que Goebell¹⁰, en 1910, publicó por primera vez una técnica de cabestrillo hasta la actualidad, han sido múltiples las modificaciones técnicas que este tipo de intervención ha sufrido. Sus resultados y sus complicaciones han llevado a que, en la actualidad, estas técnicas se utilicen bajo dos premisas im-

portantes: evitar el exceso de tensión sobre la uretra para evitar los problemas de irritación y vaciado de la vejiga urinaria, y utilizar materiales para el soporte uretral (fascia de cadáver o material sintético) que lesionen al mínimo los tejidos de la paciente¹¹.

La utilización del cabestrillo regulable (Remeex®) cumple los requerimientos clásicos que se demandan a una técnica de *sling*, es decir, dar al cuello de la vejiga y a la uretra proximal un soporte adecuado, y se adapta a los requerimientos actuales de evitar la excesiva tensión sobre la uretra, con la utilización de un material sintético (polipropileno) como material de soporte suburetral. La regulación postoperatoria permite dar al cabestrillo la tensión que impide la fuga de orina, evitando al máximo las posibles retenciones.

La revisión efectuada por Black y Downs¹², en 1996, de 943 artículos publicados en relación con el tratamiento quirúrgico de la IUE, presenta cifras de curación del 85% para las técnicas de cabestrillo, indicando que los resultados son peores en las incontinencias urinarias recidivadas que en las primarias. Por otro lado, la retención urinaria, como complicación postoperatoria más frecuente, es cifrada por Chapple y Ruud¹³, en una revisión efectuada en 2000, en el 10%.

Nuestros resultados con el Remeex®, a los 12 meses de control, son de un 81,5% de curaciones, cifra que se sitúa en el 61% si se analizan los resultados de las pacientes con IUE recidivada. La retención urinaria como complicación postoperatoria se situó en el 11,1% de los casos, y fue la responsable del 60% de los fracasos de nuestra serie. Estos valores se sitúan dentro de los valores publicados en la bibliografía. Sin embargo, a la hora de valorar el porcentaje de curación a los 12 meses hay que tener en cuenta la exclusión de 2 pacientes que, aunque cumplían el año de control clínico, con el nuevo reajuste no alcanzaban los 12 meses de control. Si bien se han incluido entre los fracasos en el control de los 6 meses, consideramos que no podían considerarse así en el grupo de los 12 meses, en espera de completar el plazo exigido con el nuevo reajuste. Esta exclusión seguramente ha sesgado al alza los resultados de curación en el grupo de control de los 12 meses, ya que si se hubieran incluido en el grupo de fracaso, el porcentaje de curación se situaría en el 75,8%.

Hay que remarcar que los resultados obtenidos a

los 6 y a los 12 meses de control presentan diferencias. Así, los resultados mejoran en el control anual si los comparamos con los obtenidos a los 6 meses, momento en el que observamos un 60% de curaciones, un 14% de mejoría clínica y un 26% de fracasos. A los 12 meses se observa un 81% de curación y un 19% de fracasos.

A los 12 meses, el grupo de pacientes que referían mejoría ha desaparecido y prácticamente se ha integrado en el de pacientes que se encuentran curadas. Asimismo, se reduce el porcentaje de pacientes con fracasos. De igual forma ocurre si analizamos los resultados del grupo de pacientes con intervenciones previas por IUE. Los motivos que provocan estos cambios en la valoración subjetiva de los resultados en las pacientes son difíciles de determinar: bien una expectativa de curación superior a la proporcionada en primera instancia por la técnica, bien una acomodación a los síntomas residuales postintervención o bien una cicatrización más avanzada de los tejidos que actúan favorablemente en el resultado de la técnica, podrían explicar estos cambios. Por ello, somos cautos a la hora de evaluar los resultados en el control a los 6 meses y seguimos de cerca la evolución de la sintomatología en las pacientes.

La posibilidad de regular a largo plazo el cabestrillo es una de las novedades más atractivas del sistema Remeex®. Nosotros la hemos contemplado en nuestra serie. A largo plazo hemos regulado a 2 pacientes que presentaban de nuevo IUE. Aunque las pacientes se dieron de alta de nuevo sin IUE, tienen que transcurrir varios meses para cumplir el año de la nueva regulación y poder analizar la eficacia a largo plazo de la misma. En la actualidad, estamos pendientes de regular una tercera paciente que, al año de control, ha vuelto a presentar IUE. La presencia postoperatoria de IUE de nuevo ha supuesto en nuestra serie el 8,6% de los casos (dos ya regulados y el tercero por regular, sobre un total de 35).

Aunque todas las técnicas quirúrgicas requieren del paso del tiempo para su correcta evaluación, y más aún si pretenden corregir la IUE, podemos afirmar que el arsenal terapéutico para el tratamiento de la IUE se ha incrementado con una nueva técnica que puede tener un papel importante por su capacidad de regulación posterior. Las complicaciones intraoperatorias se reducen a medida que se adquiere experiencia, como ocurre con toda técnica quirúrgica.

306 ca nueva.

Para validar los resultados de forma definitiva, es preciso ver la evolución de estas pacientes a más largo plazo. Ya disponemos de pacientes que han superado los 2 años de control; sin embargo, su reducido número todavía impide obtener conclusiones fiables.

Desde la primera prótesis, en enero de 2000, hasta el momento, se han colocado 50 Remeex®, y los

resultados preliminares que presentamos son esperanzadores y se sitúan dentro de los valores referidos por diferentes autores en la bibliografía.

El diseño del estudio no contempló la existencia de un grupo control con el que establecer comparaciones. Por ello, consideramos que para validar definitivamente los resultados de esta técnica quirúrgica son necesarios estudios prospectivos, aleatorios, que permitan situar en el lugar adecuado a esta no-

vedosa técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galmes I, Allona A, Fernández E. Cirugía uroginecológica. Madrid: Ene ediciones, 1999; p. 143-65.
2. Iglesias X. Incontinència d'orina recidivada. Tècnica de Bandes. Ginecol Catalana 2000;3:162-4.
3. Blaivas JG, Jacobs ZB. Pubovaginal facial sling for the treatment of complicated stress urinary incontinence. J Urol 1991; 145:1214-8.
4. Rovner ES, Ginsberg DA, Raz SA. A method for intraoperative adjustment of sling tensión: prevention of outlet obstruction during vaginal wall sling. Urology 1997;50:273-6.
5. Nguyen A, Mahoney S, Minor L, Ghoniem GA. A simple objective method of adjusting sling tensión. J Urol 1999;162: 1674-6.
6. Iocca A, Herschorn S. Pubovaginal sling in treatment of recurrence female stress urinary incontinence [resumen]. J Urol 1998;159(Suppl).
7. Ingelman-Sunberg A, Ulsmten U. Surgical treatment of female urinary stress incontinence. Contrib Gynecol Obstet 1983; 10:51-69.
8. Bump RC, Mattiason A, Bo K, Brubaker LP, DeLacey JO, Kraskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-7.
9. Rockville MO. Urinary incontinence guidelines panel. Urinary incontinence in adults. Clinical Practice Guideline. AHCPR. Publication n.º 92-0038. Agency for Health Care Policy and Research. Public Health Service. US Department of Health and Human Services. March, 1992.
10. Goebell R. Zur operation beseitigung der angerbomen incontinencia vesicae. Zeitschr Gynäkol 1910;2:105.
11. Lobel B, Manunta A, Rodríguez A. The management of female stress urinary incontinence using the sling procedure. Br J Urol Int 2001;88:832-9.
12. Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. Br J Urol 1996; 78:497-510.