
CASOS CLÍNICOS

238 **Alicia Martín Martínez
Eduardo Luelmo Buitrón
J. Ángel García Hernández**

Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.
Las Palmas de Gran Canaria. España.

Correspondencia:

Dra. A. Martín Martínez.
Pintor Juan Guillermo, 8, 5.^o C. 35011 Las Palmas de Gran
Canaria. España.
Correo electrónico: aliciamartinez@gmail.com

Fecha de recepción: 14/11/2006.
Aceptado para su publicación: 1/4/2008.

Incontinencia urinaria mixta con componente de esfuerzo recidivado. Porcentaje de éxito de la cirugía

*Recurrent mixed urinary
incontinence with a stress
component: surgical success rate*

RESUMEN

Las colposuspensiones retropúbicas y los cabestrillos suburetrales son los procedimientos que han demostrado mejores resultados a largo plazo en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Presentamos un caso de una paciente con incontinencia urinaria mixta con predominio del componente de esfuerzo, que fue intervenida en varias ocasiones con diferentes técnicas. Se presenta una revisión crítica del caso y una revisión bibliográfica basándose en él.

PALABRAS CLAVE

Colposuspensiones retropúbicas. Los cabestrillos suburetrales. Incontinencia urinaria de esfuerzo.

ABSTRACT

Retropubic colposuspension and suburethral slings are the procedures with the best long-term results in the treatment of stress urinary incontinence. We present the case of a woman with mixed urinary incontinence with a predominant stress component who underwent various techniques on distinct

occasions. We provide a critical review of the case and of the relevant literature.

KEY WORDS

Retropubic colposuspension. Suburethral slings.
Stress urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la incontinencia urinaria se sitúa entre el 10 y el 50%; estas cifras estimadas aumentan a medida que aumenta la edad de la mujer¹. En 1997, el Grupo de Trabajo de directrices sobre la incontinencia urinaria femenina de la American Urological Association² analizó la bibliografía sobre los procedimientos quirúrgicos más empleados en esta afección y llegó a la conclusión de que las colposuspensiones retropúbicas y los cabestrillos suburetrales eran los procedimientos que conseguían mejores resultados a largo plazo³.

Durante mucho tiempo, la técnica de elección en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) fue la colposuspensión de Burch, principalmente por su tasa de éxito, así como por presentar tasas de continencia mayores del 70% a los 10 años⁴.

En 1996, Ulmstem introduce la técnica de TTV (*tension free vaginal tape*), que se caracteriza por ser mínimamente invasiva, con una rápida curva de aprendizaje, corto tiempo operatorio y baja incidencia de complicaciones⁵⁻⁷ y presenta resultados comparables con la técnica de Burch incluso en los seguimientos a largo plazo⁶⁻⁹. En 2001, Delorme¹⁰, en un intento de simplificar aún más la técnica describe el TTV por el agujero obturador (TOT), caracterizándose por ser una técnica sencilla, fácil de aprender, que no precisa realización de cistouretroscopia y con una baja tasa de complicaciones.

A partir de ese momento, las aportaciones a la literatura científica sobre las tasas de éxito y de complicaciones del TTV frente al TOT son numerosas pero no concluyentes. En el momento actual, sería difícil responder a la pregunta de la técnica de elección desde el punto de vista de la evidencia científica.

Presentamos un caso de una paciente con incontinencia urinaria mixta con predominio del componente de esfuerzo, que fue intervenida en varias ocasiones con diferentes técnicas. Haremos una revisión crítica de nuestra actuación y de la literatura científica publicada al respecto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipogammaglobulinemia, cuadrantectomía izquierda por neoplasia de mama a los 48 años, apendicectomía, vitrectomía y 4 laparoscopias a lo largo de un estudio de esterilidad. No tenía antecedentes de infecciones urinarias de repetición, ni alergia al yodo.

Como medicación habitual tomaba un antihipertensivo tipo inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).

Como antecedentes ginecoobstétricos, refería menarquia a los 13 años, un embarazo con un parto eutóxico (recién nacido de 3.500 g) a la edad de 22 años y menopausia a los 52 años, tras la cual no había recibido terapia hormonal sustitutiva, dado su antecedente oncológico.

La paciente consultó por primera vez en julio de 1998 por un cuadro de escapes con esfuerzos moderados asociados a una sintomatología clara de urgencia de 10 años de evolución. Nunca había sido estudiada ni tratada por su cuadro de incontinencia.

Al estudiar su diario miccional, destacaba una frecuencia miccional diaria superior a 15 micciones y una frecuencia miccional nocturna superior a 6. No refería disuria ni dolor, ni ninguna otra sintomatología acompañante. No existían síntomas de disfunción de vaciado ni sintomatología neurológica.

Las unidades de material absorbente (UMA) referidas eran superiores a 4 UMA/día y el material empleado como protector eran compresas (en el diario miccional que empleamos se diferencia el tipo de material en salvaslip, compresa o pañal). Cuando realizamos la prueba de calidad de vida (King) el resultado fue de 95, lo cual indicaba una grave afectación de ésta.

A la exploración, la paciente mide 168 cm, pesaba 86 kg (índice de masa corporal [IMC] de 30,47). La exploración genital mostraba una uretra hipermóvil, un cistorrectocele de grado I-II sin defectos paravaginales y ausencia de prolapo uterino. El útero estaba en anteversión y era de pequeño tamaño. La capacidad vaginal es normal, con escasos signos de atrofia y la prueba de Oxford fue de 2.

Al realizar la prueba de incontinencia con 250 ml, evidenciamos pérdidas en decúbito (++) y en bipedestación (+++). La prueba de Bonney fue positiva. Las pérdidas, si bien coinciden con el esfuerzo, persisten cuando éste cesa y la paciente fue incapaz de cortar el escape una vez iniciado. El tono del esfínter anal era normal durante el reposo y la contracción, y el reflejo anal y la sensibilidad perineal eran normales.

En el estudio urodinámico encontramos: flujometría: volumen de vaciado de 535 ml, tiempo de flujo de 87 s, tiempo de vaciado 97 s, flujo máximo 51 ml/s y residuo posmictacional de 40 ml; cistomanometría: primer deseo miccional 285 ml, deseo miccional fuerte 485 ml, sensación de urgencia 510 ml, capacidad cistométrica máxima 534 ml, acomodación vesical 48 cmH₂O y volumen residual 130 ml. Se objetivaron 2 contracciones no inhibidas del detrusor durante la realización de ésta, que no ocasionan escape.

Diagnóstico urodinámico: hiperactividad del detrusor, incontinencia urinaria mixta con predominio del componente de esfuerzo.

Con esta conclusión diagnóstica se decidió intervenir a la paciente, dado el predominio del componente de esfuerzo. Previamente a la cirugía, se pautaron anticolinérgicos (tolterodina 4 mg/día) y se

240 inició un programa de reeducación vesical, pero no se encontró ninguna mejoría tras 4 meses de tratamiento.

La cirugía que se practicó fue la colocación de una malla transobsturatriz de polipropileno (TOT).

Tas la cirugía persistieron los escapes con los esfuerzos, que fueron objetivados mediante la prueba de incontinencia y un estudio urodinámico completo. No se observó ninguna mejoría tras analizar el diario miccional de la paciente ni en la frecuencia miccional ni en el número de escapes. El componente de urgencia persistió, por lo que se decidió cambiar a solifenacina (5 mg/día).

Ante el fracaso de la técnica quirúrgica, se decidió colocar un cabestrillo regulable tipo REMEEX.

La intervención se realizó a los 14 meses de la primera, durante los cuales se trató de corregir el componente de urgencia, sin éxito, así como reforzar la musculatura del suelo pélvico con ejercicios de rehabilitación, pero no se consiguió ninguna mejoría.

La evolución del cuadro tras la colocación de la prótesis REMEEX fue muy tórpida, ya que la paciente reingresó en 3 ocasiones durante los dos primeros meses poscirugía por cuadros reiterados de seromas y celulitis en la zona de la minilaparotomía, realizada para colocar la prótesis. En total, los días de estancia hospitalaria fueron 42. Ante la sospecha de un rechazo de la prótesis, se la retiró, pero el cuadro de celulitis persistía.

Al revisar detenidamente la historia clínica, se halló que las curas diarias de la herida se realizaban con povidona yodada, a pesar de que en los antecedentes de la paciente constaba una alergia al yodo. Una vez corregido este error, la herida quirúrgica cerró, pero la sintomatología de urgencia había empeorado objetivamente y la sintomatología de esfuerzo había reaparecido tras la retirada de la prótesis, haciendo que la paciente empezara a usar pañales como UMA. La afectación emocional de la paciente en ese momento era muy severa.

Ante esta situación clínica, que podríamos resumir como incontinencia urinaria mixta con predominio del componente de esfuerzo, recidivada tras 2 técnicas quirúrgicas (TOT y REMEEX), confirmación clínica con estudio urodinámico, que continuaba siendo IUE más hiperactividad del detrusor sin hipocompliancia y con un grado de afectación en la calidad de vida de la paciente muy severo y tras

amplia revisión de la literatura científica disponible, se concluyó que las 2 opciones terapéuticas aplicables a este caso eran las inyecciones periuretrales, cuya principal objeción era que nos encontrábamos ante una mujer joven y no podríamos asegurarle la duración del tratamiento, en el caso que éste fuese exitoso y la colocación de una malla de polipropileno retropúbica (TVT), técnica que, por el momento, nos había dado excelentes resultados, con cifras de curación del 95%. Tras exponer el caso detenidamente a la paciente, ésta decidió la opción quirúrgica, que se realizó a los 12 meses de la segunda intervención.

Tras ella, desapareció el componente de esfuerzo y a las 6 semanas en la revisión poscirugía también había mejorado mucho el componente de urgencia, y persistía únicamente la nicturia. Estos hallazgos se objetivaron con el diario miccional y la prueba de incontinencia. En esta primera visita poscirugía la prueba de King fue de 25, por lo que por fin se pudo considerar curada a la paciente.

DISCUSIÓN

El interés que, desde nuestro punto de vista, puede suscitar este caso, además de su complejidad, es que nos hizo replantearnos una de las indicaciones que, junto con la deficiencia intrínseca del esfínter, siempre se había considerado clásica para la indicación de una prótesis REMEEX, como es el fracaso de otras técnicas quirúrgicas (en nuestra experiencia, lo habíamos aplicado previamente a 12 pacientes con éxito).

La otra cuestión que, a nuestro juicio, puede tener interés es la comparación entre las conocidas mallas de polipropileno aplicadas de forma retropública o transobturator. En el momento en que se produjo este caso (año 2004), no había en la literatura científica ninguna evidencia acerca de la comparación entre ambas técnicas, y nuestros resultados en cuanto al porcentaje de curación eran en aquel momento del 95,4% en el caso del TVT y 90,2% en el TOT a las 6 semanas poscirugía, y del 100 y el 93,1%, respectivamente, a los 6 meses, con un total de casos intervenidos de 46 TVT y 43 TOT. Quizá hoy podamos obtener conclusiones, pues nuestros casos intervenidos son 134 TVT y 71 TOT y la asignación de las pacientes a una técnica u otra se ha

realizado de forma prospectiva y aleatoria; estamos inmersos en el análisis de nuestros datos y serán fruto de posteriores comunicaciones científicas.

Son múltiples las opciones actualmente existentes en el mercado para la corrección quirúrgica de la IUE mediante sistemas de malla libre de tensión; sin embargo, no todos los productos existentes son iguales y la elección de uno u otro debería hacerse sobre la base de criterios fundados.

Galmés y Díaz¹¹, en una amplia revisión acerca de las distintas técnicas empleadas en la IUE, no establecen cuál de ellas sería la de elección, si bien si analizan de forma crítica cada una de ellas: las bandas libres de tensión muestran tasas de curación por encima del 90% en la mayoría de las series. La vía transobturatriz surge para tratar de evitar la perforación accidental de la vejiga y, por tanto, la necesidad de realizar una exploración endoscópica intraoperatoria^{12,13}. Se han descrito 2 abordajes diferentes: desde el muslo hasta la vagina (*técnica out-in*) y en dirección contraria (*in-out*). Este tipo de corrección reproduce la suspensión anatómica natural de la uretra. También parece que la incidencia de disuria en el postoperatorio es menor que con la vía retropúbica¹⁴. Sin embargo, tal y como se ha demostrado en algunos trabajos, la probabilidad de lesionar la vejiga no es nula, por lo que no resulta aconsejable eliminar la necesidad de una cistoscopia, sobre todo en los abordajes *out-in*^{15,16}. La utilización de un acceso *in-out*, es decir, desde la uretra hacia

el exterior, prácticamente anula la posibilidad de lesión vesical (haciendo innecesario el estudio endoscópico intraoperatorio) y permite una menor disección parauretral.

Los resultados relativos a la corrección de la IUE a los 12 meses de evolución parecen ser semejantes a los conseguidos con la vía retropúbica¹⁷⁻²⁰. Sin embargo, para poder valorar la eficacia y los resultados a largo plazo de esta nueva vía de abordaje serán necesarios estudios futuros bien diseñados, que comparen ambas técnicas en el tiempo.

De la misma forma, el cabestrillo suburetral regulable también ofrece buenas tasas de curación a corto y largo plazo pero con mayor morbilidad, sobre todo en cuanto a disfunciones miccionales postoperatorias²¹. Con respecto a las inyecciones el principal inconveniente es su vida media corta cuando se usan materiales orgánicos y el uso de materiales inorgánicos tiene todavía problemas asociados como la migración del material que hace que su uso no se haya popularizado.

No creemos que se puedan extrapolar los resultados conseguidos con TTV a cualquier otro sistema libre de tensión. Como se ha podido comprobar, las diferencias en las características de la malla o en el sistema de implantación hacen que esa extrapolación carezca de sentido. Los resultados deberán analizarse para cada sistema en particular, sin presuponer que la eficacia alcanzada con uno de ellos se conseguirá con cualquier otro.

BIBLIOGRAFÍA

- Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, et al. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence. 3rd ed. Plymouth: Health Publication Ltd; 2005. p 265-80.
- Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, Blaivas JG, Hadley HR, Luber KM, et al. Female stress urinary incontinence clinical guideline. Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence of the AUA. J Urol. 1997;158:875-80.
- Marqués A, Sousa A. Cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. En: Espuña M, Castro D, editores. Tratado de incontinencia urinaria. Madrid: Luzan Ediciones; 2006. p. 545-93.
- Bent AE, McLennan MT. Surgical management of urinary incontinence. Obstet Gynecol Clin North Am. 1998;25:883-906.
- Nilsson CG. The tension free vaginal tape (TVT) for treatment of female urinary incontinence. A minimal invasive surgical procedure. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1998;168:34-7.
- Ulmstöm U, Henrikson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1996;7:81-5.
- Ulmstöm U, Falconer C, Johnson P, Jomaa M, Lanner L, Nilsson CG, et al. A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1998;9:210-3.

242

8. Ulmstem U, Johnson P, Rezapour M. A Three year follow-up of TTV for surgical treatment of female stress incontinence. Br J Obstet Gynecol. 1999;106:345-50.
9. Jeffry L, Deval B, Birsan A, Soriano D, Darai E. Objective and subjective cure rates after tension-free vaginal tape for treatment of urinary incontinence. Urology. 2001;58:702-6.
10. Delorme E. La Bandelette trans-obturator: un procede mini-invasif pour traiter incontinence d'effort de la femme. Progr Urol. 2001;11:1306-13.
11. Galmés I, Díaz E. ¿Son iguales todos los sistemas empleados para corregir la incontinencia mediante mallas libres de tensión? Actas Urol Esp. 2004;28:4.
12. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog Urol. 2001;6:1306-13.
13. De Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. Eur Urol. 2003;6:724-30.
14. Hermieu JF, Messas A, Delmas V, Raverty V, Dumonceau O, Boccon-Gibod I. Bladder injury after TTV transobturator. Prog Urol. 2003;13:115-7.
15. Birch C, Fynes MM. The role of synthetic and biological prostheses in reconstructive pelvic floor surgery. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002;14:527-35.
16. Cosson M, Boukerrou M, Lobry P, Creping, Ego A. Mechanical properties of biological or synthetic implants used to treat genital prolapse and stress incontinence in women: what is the ideal material? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003;32:321-8.
17. Debodinance P, Delporte P, Engrand IB, Boulogne M. Development of better tolerated prosthetic materials: applications in gynaecological surgery. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2002;31:527-40.
18. Cervigni M, Natale F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapse. Curr Opin Urol. 2001;11:429-35.
19. Deval B, Levardon M, Samain E, Rafii A, Cortesse A, Amanrenco G, Ciofu C, Haab F. A French multicenter clinical trial of SPARC for stress urinary incontinence [discussion 258-259]. Eur Urol. 2003;44:254-8.
20. Bezerra CA, Bruschini H. Suburethral sling operations for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(3):CD001754.
21. Martín Martínez A, Medina Ramos N, Cerezuela Requena JF, García Hernández JA. Analysis of retropubic colpopourethrosuspension results by suburethral sling with Remeex prosthesis. Eur J Obstet Ginecol Reprod Biol. 2003;106:179-83.