



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Bandas suburetrales libres de tensión transobturatriz in-out: indicación y resultados asociados

Virginia Martín Oliva*, Juan Fernando Cerezuela Requena y Silvia González Cerrón

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 16 de abril de 2011; aceptado el 30 de junio de 2011

Accesible en línea el 9 de noviembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Incontinencia urinaria;
Incontinencia urinaria
de esfuerzo;
Banda suburetral libre
de tensión;
Urodinamia

KEYWORDS

Urinary incontinence;
Urinary Incontinence
Stress;
Suburethral slings;
Urodynamics

Resumen

Objetivo: Describir las características de las pacientes a las que se indica esta técnica, y valorar los resultados asociados.

Sujetos y métodos: Se incluyeron todas las pacientes (162) intervenidas con esta técnica entre junio del 2005 y diciembre del 2010 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Resultados: Características medias: edad, 51,64 años; IMC, 28,92 kg/m², y 2,31 partos vaginales.

Diagnóstico urodinámico en el 96,3%: incontinencia de esfuerzo pura en el 68,5% y mixta de predominio de esfuerzo del 25,9%. Complicaciones intraoperatorias: 3,1%; 1,2% de erosiones de malla. Porcentaje de curación global objetivo, 92%, y subjetivo, 80,3%.

Conclusiones: Bajo porcentaje de complicaciones, todas ellas resueltas. Porcentajes de curación altamente satisfactorios, tanto en la incontinencia urinaria de esfuerzo pura como en mixtas de predominio de esfuerzo. La urodinamia previa a la cirugía permite realizar buenas indicaciones quirúrgicas y orientar sobre el pronóstico de la intervención.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Transobturador suburethral slings. Indication and results associated

Abstract

Objective: To describe the characteristics of treated patients and assess the results obtained.
Subjects and methods: All patients (n = 162) who underwent this technique between June 2005 and December 2010 at the Hospital de Fuenlabrada were included.

Results: The mean age was 51.64 years, mean body max index was 28.92 kg/m² and the mean number of vaginal deliveries was 2.31. Urodynamic diagnosis was performed in 96.3%, with findings of pure stress incontinence in 68.5%, mixed incontinence and stress incontinence in 25.9%. Intraoperative complications occurred in 3.1%. Mesh erosions were found in 1.2%. The overall objective cure rate was 92% and the subjective cure rate was 80.3%.

Conclusions: The complications rate was low and all complications were resolved. Cure rates were highly satisfactory both in pure stress urinary incontinence and in mixed urinary

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: v.martinoliva@gmail.com (V. Martín Oliva).

incontinence with a predominance of stress incontinence. Urodynamic studies before surgery allow good surgical indications and guide postsurgical prognosis.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo es una patología que afecta entre el 4 y el 35% de las mujeres^{1,2}. Los tratamientos conservadores, como los ejercicios de Kegel o la utilización de pesarios antiincontinencia, tienen una efectividad limitada. Para las pacientes en las que estos tratamientos no son efectivos, o no desean realizarlos, se han desarrollado una gran variedad de tratamientos quirúrgicos.

La aparición de los cabestrillos suburetrales, confeccionados con mallas sintéticas de polipropileno que se insertan a través de pequeñas incisiones vaginales, es uno de los factores que se relaciona con el aumento espectacular de las cirugías antiincontinencia en Estados Unidos^{3,4}.

Estas técnicas se han convertido en el procedimiento de elección en el tratamiento quirúrgico primario de la incontinencia de esfuerzo femenina^{5,6} y tienen una efectividad igual que otras técnicas antiincontinencia pero con un tiempo quirúrgico menor y menos riesgos intra y postoperatorios⁷.

Respecto a la vía quirúrgica, aunque los cabestrillos retro-púbicos (TVTTM) aparecieron antes, los que se aplican a través de la vía transobturatriz (TOTTM) se asocian con menores tasas de perforaciones vaginales o uretrales y menos retenciones urinarias postintervención, aunque se describen mayores tasas de dolor inguinal postoperatorio en comparación con la vía retro-púbica.

El objetivo principal de este estudio consiste en describir las características epidemiológicas de las pacientes a las que se les indica una técnica quirúrgica antiincontinencia tipo banda suburetral libre de tensión transobturatriz en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, así como valorar los resultados asociados.

Otros objetivos secundarios son:

- Comparación de los resultados obtenidos con el diagnóstico clínico vs diagnóstico urodinámico.
- Descripción de las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, así como la determinación del momento de su aparición.
- Descripción de la aparición de recidivas y de aparición de incontinencia de urgencia de novo, así como la determinación del tiempo de su aparición.
- Descripción de la necesidad de utilización de tratamiento anticolinérgico en pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria mixta, tanto de forma clínica como de forma urodinámica.

Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en 162 pacientes a las que se ha intervenido con una técnica antiincontinencia tipo banda suburetral libre de tensión entre junio del 2005 y diciembre del 2010 en el hospital universitario de Fuenlabrada.

Los datos se han obtenido de la historia clínica informatizada disponible en este hospital.

El soporte informático utilizado para el análisis estadístico es el SPSS versión 18.

Las variables cuantitativas continuas se definen por su media y por su desviación estándar. Las variables cualitativas se indican como porcentaje.

VARIABLES ESTUDIADAS

VARIABLES CUANTITATIVAS:

- Edad.
- Índice de masa corporal (IMC).
- Número de partos vaginales.
- Número de partos vaginales macrosómicos.

VARIABLES CUALITATIVAS:

- Presencia de prolapso uterino, cistocele o rectocele asociado.
- Tipo de incontinencia en función del diagnóstico clínico (test de esfuerzo ± maniobra de Bonney ± reducción del prolapso con pesario si procede).
- Tipo de incontinencia en función del diagnóstico urodinámico.
- Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas, así como su tiempo de aparición.
- Recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo y su tiempo de aparición.
- Aparición de incontinencia urinaria de urgencia de novo y su tiempo de aparición.
- Necesidad de utilización de anticolinérgicos antes de la cirugía, después de ella y si ha sido posible la retirada de los mismos.

Resultados

Características epidemiológicas de la población

La edad media de la población es de 51,64 años (desviación típica de 10,11 años). El IMC medio es de 28,92 kg/m² (desviación típica de 5,54 kg/m²). La media de partos vaginales es de 2,31 partos (desviación típica de 1,182 partos). La media de partos macrosómicos es de 0,14 (desviación típica de 0,14 partos).

Prolapso asociado

No existe prolapso en el 56,2% de las pacientes. En caso de existir prolapso de grado II o superior, la distribución es: cistocele, 39,4%; cistorrectocele, 28,2%; rectocele, 14,1%; ureterovaginal, 18,3%.

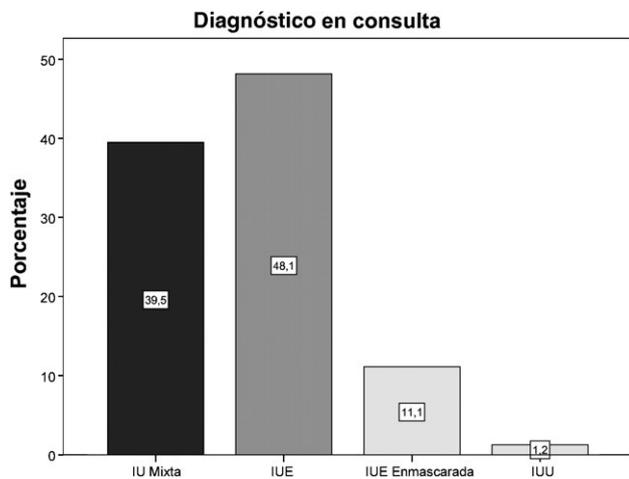


Figura 1 Diagnóstico del tipo de incontinencia realizado en consulta.

Diagnóstico clínico

Se diagnostica incontinencia urinaria mixta en el 39,5% de los casos, incontinencia urinaria de esfuerzo pura en el 59,3%, de las cuales el 11,1% son incontinencias de esfuerzo enmascaradas por el prolapso.

El diagnóstico de incontinencia urinaria de urgencia se realiza en el 1,2% de los casos (fig. 1).

Diagnóstico urodinámico

Mediante esta técnica se diagnostica incontinencia urinaria mixta de predominio de esfuerzo en el 25,9% de las pacientes que van a ser sometidas a esta intervención.

Se determina incontinencia urinaria de esfuerzo en el 68,5% de las pacientes. De este subgrupo de pacientes, el 9,3% padece incontinencia urinaria de esfuerzo enmascarada por el prolapso.

No se objetiva incontinencia urinaria de ningún tipo en la realización de la urodinamia en el 1,9% de las pacientes, en las que sí se había apreciado en el test de esfuerzo.

No se realiza urodinamia en el 3,7% de las pacientes (fig. 2).

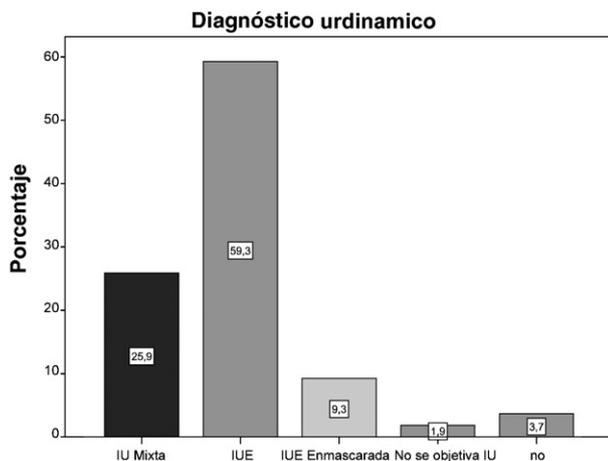


Figura 2 Diagnóstico del tipo de incontinencia realizado mediante urodinamia.

Complicaciones

Respecto a las complicaciones intraoperatorias, se describen 2 perforaciones vaginales (1,2%) y 3 punciones vesicales (1,9%). En cuanto a las complicaciones postoperatorias, se han detectado dos erosiones de la malla (1,2%), a los 31 y a los 30 meses de la inserción. También se produjo un hematoma paravesical (0,6%) que no requirió reintervención, un hematoma vaginal (0,6%) que requirió drenaje en quirófano, una perforación uretral inadvertida durante la cirugía que requirió retirada de la malla en el primer día postoperatorio, así como un episodio de retención urinaria en el postoperatorio inmediato, resuelto al destensar la malla en el quirófano.

Resultados subjetivos globales

El 92% de las pacientes presentan una curación objetiva, y en el 80,3% se describe curación subjetiva.

Respecto a los fracasos de tratamiento, se detallan 7 persistencias de incontinencia urinaria de esfuerzo (4,3%) desde el postoperatorio inmediato. También se señalan 6 casos de recidivas de incontinencia urinaria de esfuerzo (3,7%), con una media de aparición de 13,8 meses, desviación típica de 14,38 meses pero un rango muy amplio (1 a 41 meses).

Aparece incontinencia urinaria de novo en 19 casos (11,7%), con una media de aparición de 2,35 meses, desviación típica de 4,04 meses y rango de 1 a 18 meses.

Evolución de las incontinencias urinarias mixtas en función del diagnóstico clínico vs urodinámico

En las pacientes con incontinencia urinaria mixta según el diagnóstico clínico (39,5% de todas las pacientes estudiadas, $n = 63$), el 45,2% utilizaba anticolinérgicos previos a la cirugía. Tras la inserción de la banda, el 49,7% no precisó utilización de estos fármacos. De todas las pacientes que usaban anticolinérgicos tanto antes como después de la intervención, se consiguió retirarlos en el 50%, manteniendo buena continencia. En estas pacientes se describe una tasa de

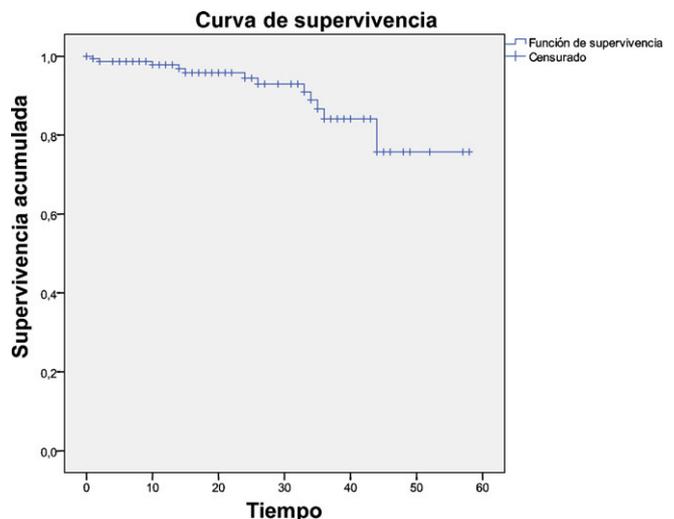


Figura 3 Curva de supervivencia Kaplan-Meier.

curación subjetiva del 79%, con mejoría en el 17,7% y fracaso en el tratamiento del 3,2%

En las pacientes con incontinencia urinaria mixta según diagnóstico urodinámico (25,9% de todas las pacientes estudiadas, $n = 41$), el 70,7% utilizaba anticolinérgicos previos a la cirugía. Tras la inserción de la banda, el 56,1% no precisó el uso de estos fármacos. De todas las pacientes que usaban anticolinérgicos tanto antes como después de la intervención, se consiguió retirarlos en el 66,7% de los casos. Los datos analizados permiten describir una tasa de curación subjetiva del 82,9%, mejoría en el 12,2% de las pacientes y fracaso del tratamiento en el 4,9% de los casos.

Supervivencia

El tiempo medio de curación es de 51,78 meses (48,69-54,87), y el rango de seguimiento es de entre 0 y 58 meses (fig. 3).

Conclusiones

En nuestro centro tenemos una baja tasa de complicaciones quirúrgicas, tanto intraoperatorias como en el postoperatorio, similar a las descritas en la bibliografía^{18,19}, y todas ellas han sido resueltas satisfactoriamente. No tenemos ningún caso de dolor irradiado a la pierna a pesar de usar la técnica «dentro-fuera»; creemos que esto se debe a que hemos modificado la técnica para salir más medial que con la descrita por Leval y de esta manera evitamos una complicación que, aunque en la mayor parte de los casos se soluciona en pocas semanas, en un pequeño porcentaje de pacientes puede ocasionar una morbilidad importante⁹.

Los porcentajes de curación, objetivos y subjetivos, son altamente satisfactorios, incluso ligeramente superiores a los reflejados en la literatura (73%)^{7,8,10}.

También en el campo de la incontinencia urinaria mixta conseguimos altos porcentajes de satisfacción en las pacientes combinando el tratamiento quirúrgico con el tratamiento médico. La técnica transobturatriz, menos obstructiva que la retropública, puede influir en estos resultados. De hecho, no existen diferencias significativas en la curación y en la mejoría subjetiva entre las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo o con incontinencia urinaria mixta, clínica o urodinámica en nuestra serie. Esto difiere de lo publicado, pues los resultados en las incontinencias urinarias mixtas suelen ser claramente inferiores¹¹⁻¹⁷. No debemos olvidar que el 96,3% de nuestras pacientes tenían estudio urodinámico preoperatorio, y todas ellas presentaban el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, o mixta de predominio de esfuerzo.

El estudio urodinámico preoperatorio es controvertido. Los detractores aducen que no es coste-efectivo y que no supone importantes cambios en los resultados, pero también hay grupos de trabajo que apoyan su uso como factor diagnóstico y pronóstico²⁰.

En nuestro caso, creemos que la indicación del diagnóstico urodinámico previo al tratamiento quirúrgico nos ha permitido hacer buenas indicaciones y orientar al clínico y a la paciente sobre el pronóstico de la intervención, lo que explicaría los resultados obtenidos.

Además, el estudio urodinámico nos permite evaluar si la aparición de IU de urgencia postoperatoria es realmente de novo.

Bibliografía

- Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:4–20.
- Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Rev Urol.* 2004;6 Suppl 3:S3–9.
- Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, Juma S, Karram MM, Lightner DJ, et al. Update of AUA Guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol.* 2010;183:1906–14.
- Oliphant SS, Jones KA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Trends over time with commonly performed obstetric and gynecologic inpatient procedures. *Obstet Gynecol.* 2010;116:926–31.
- Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, Blaivas JG, Hadley HR, Luber KM, et al. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *The American Urological Association. J Urol.* 1997;158:875–80.
- Anger JT, Weinberg AE, Albo ME, Smith AL, Kim JH, Rodríguez LV, et al. Trends in surgical management of stress urinary incontinence among female Medicare beneficiaries. *Urology.* 2009;74:283–7.
- Ogah J, Cody JD, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;4:CD006375.
- Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, et al. Retropubic versus transobturador midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med.* 2010;362:2066–76.
- Laurikainen E, Valpas A, Kivela A, Kalliola T, Rinne K, Takala T, et al. Retropubic compared with transobturador tape placement in treatment of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007;109:4–11.
- Barber MD, Kleeman S, Karram MM, Paraiso MF, Walters MD, Vasavada S, et al. Transobturador tape compared with tension-free vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008;111:611–21.
- Gamble TL, Botros SM, Beaumont JL, Goldberg RP, Miller JJ, Adeyanju O, et al. Predictors of persistent detrusor overactivity after transvaginal sling procedures. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:e1–7.
- Duckett JR, Tamilselvi A. Effect of tension-free vaginal tape in women with a urodynamic diagnosis of idiopathic detrusor overactivity and stress incontinence. *BJOG.* 2006;113:30–3.
- Sinha D, Blackwell A, Moran PA. Outcome measures after TVT for mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19:927–31.
- Rezapour M, Ulmsten U. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence a long-term followup. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12 Suppl 2:S15–8.
- Paick JS, Ku JH, Kim SW, Oh SJ, Son H, Shin JW. Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of mixed urinary incontinence: Significance of maximal urethral closure pressure. *J Urol.* 2004;172:1001–5.
- Lim HS, Kim JM, Song PH, Kim HT, Jung HC. Impact of the midurethral sling procedure on quality of life in women with urinary incontinence. *Korean J Urol.* 2010;51:122–7.
- Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Lee J. Risk factors of treatment failure of midurethral sling procedures for

- women with urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010;21:149–55.
18. Bodelsson G, Henriksson L, Osser S, Stjernquist M. Short term complications of the tension free vaginal tape operation for stress urinary incontinence in women. *BJOG.* 2002;109: 566–9.
 19. Wang AC. The techniques of trocar insertion and intraoperative urethroscopy in tension-free vaginal taping: An experience of 600 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:293–8.
 20. Guerette NL, Bena JF, Davila GW. Transobturator slings for stress incontinence: Using urodynamic parameters to predict outcomes. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19:97–102.