

Técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia de esfuerzo femenina

Coordinador:
Lluís Amat¹

Ponentes:
Juan F. Cerezuela Requena²
Xavier Iglesias Guiu³
Manuel Fillol⁴

¹Unidad Patología Suelo Pélvico Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
²Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias
³Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona Hospital Clínic
⁴Hospital La Plana Vila-real (Castellón)

Correspondencia:
Lluís Amat
Unidad Patología Suelo Pélvico
Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona

Introducción

Lluís Amat
Unidad Patología Suelo Pélvico
Hospital Sant Joan de Déu.
Barcelona

Es ya un tópico empezar diciendo que se han descrito más de 200 técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina.

Mientras hay una clara evidencia que el tratamiento más efectivo es la cirugía, no hay consenso en la literatura sobre cuál es la mejor técnica quirúrgica, particularmente en lo que respecta a los resultados a largo plazo. Una gran variedad de procedimientos quirúrgicos han sido reportados, pero la calidad metodológica de los estudios que los avalan es generalmente pobre. La relación entre fracasos y resultados clínicos, así como el mecanismo por el cual se produce la incontinencia (hipermobilidad uretral, déficit esfinteriano), obesidad, estatus hormonal, estreñimiento, tos crónica y procedimientos quirúrgicos previos, son a menudo poco valorados.

Los tratamientos quirúrgicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) buscan recuperar los mecanismos de la continencia:

- En las IUE por hipermobilidad, suspenden y mantienen fija la uretra y la unión uretrovesical.
- En las IUE con disfunción uretral intrínseca, además de mantener fija y suspendida la uretra, le dan un soporte adecuado a la misma.

Hay desacuerdo, no obstante, respecto al mecanismo preciso por el cual la continencia se consigue y mantiene. Es por tanto, que la elección del procedimiento quirúrgico estará influida por varios factores como pueden ser la patología coexistente, preferen-

cias por parte del cirujano o características de la propia paciente.

Con el ánimo de intentar dilucidar cual sería la mejor técnica quirúrgica en el momento actual, contaremos con la opinión de tres reconocidos ginecólogos, expertos en el tratamiento de la incontinencia de orina femenina.

Juan F. Cerezuela Requena
Jefe de la Unidad de Suelo Pelviano e Incontinencia. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra que se produce en las situaciones cotidianas de incremento, más o menos intenso, de la presión abdominal (tos, estornudo, salto, coger un objeto pesado, etc.).

Por tanto, es un síntoma que traduce un fenómeno físico en el que la presión hidrostática intravesical es superior a la presión de cierre de la uretra. Este síntoma puede ser propiciado por diferentes entidades clínicas, que también tendrán soluciones distintas.

La indicación quirúrgica para la corrección de la IUE debe realizarse sólo cuando se tenga un diagnóstico de certeza (urodinámico) de que se trata de una IUE genuina (pérdida involuntaria de orina ante incrementos de la presión abdominal, en ausencia de contracciones no inhibidas del detrusor). También puede indicarse ante Incontinencias Mixtas, siempre y cuando la IUE predomine sobre la urgencia y se emplee una técnica poco obstructiva.

Además, la indicación quirúrgica debe reservarse para los casos severos o aquellos en los que los tratamientos conservadores no hayan obtenido un buen resultado.

En la elección de la técnica deben tenerse en cuenta:

- a. La situación general de la paciente: edad, riesgo quirúrgico, actividad física que desarrolla habitualmente y factores predisponentes a la recidiva (bronquitis crónica, tabaquismo, defectos del conectivo, etc.).
- b. Si se trata de la primera intervención o de una recidiva.
- c. Si estamos ante una uretra móvil o fija.
- d. El tipo de incontinencia: Deficiencia Intrínseca del Esfínter (DIE), uretra hiper móvil, la asociación de ambas o la presencia concomitante de una inestabilidad del detrusor (Incontinencia Mixta).
- e. La necesidad de solucionar quirúrgicamente, de forma simultánea, otras patologías (ya sean defectos del suelo pelviano o procesos ginecológicos) y su vía de abordaje.
- f. Los deseos de la paciente al ser informada adecuadamente de las ventajas y los riesgos de cada técnica.

Por tanto, no existe la técnica ideal que nos sirva para todas las situaciones. No obstante, se pueden hacer orientaciones acerca de las indicaciones de las técnicas más utilizadas en la actualidad.

Plicatura de la unión uretrovesical y técnicas de agujas

Actualmente deben abandonarse como indicaciones para la corrección de la IUE por sus limitados resultados a medio y largo plazo.

Colposuspensión abdominal tipo Burch

En general puede decirse que es la técnica que mejores resultados ha dado, como técnica primaria, en el tratamiento de la IUE genuina por hiper movilidad uretral. También puede ser utilizada en la IU Mixta (si el componente de esfuerzo es el que predomina y se trata de una hiper movilidad uretral).

Sigue manteniendo su papel de privilegio cuando estamos ante esos diagnósticos y precisamos afrontar la vía abdominal para resolver otras patologías (por ejemplo: una histerectomía abdominal).

Sus variantes laparoscópicas (Burch laparoscópico), estimo que, en la actualidad, sólo deben afrontarse en manos expertas cuando se aborde otro problema ginecológico por vía laparoscópica por ejemplo una tumoración anexial (por tanto sólo tendría sentido la vía transperitoneal).

Bandas Libres de Tensión

Las nuevas técnicas de “bandas libres de tensión” (TVT, SPARC, IVS, etc), han sustituido en la mayoría de las ocasiones al Burch, pues tienen resultados similares y estables con el paso del tiempo, con la ventaja adicional de ser mínimamente invasivas, de fácil aprendizaje y permitir el alta precoz.

Además resuelven situaciones en las que el Burch estaba limitado:

- Pacientes con obesidad severa.
- Pacientes que asocien una DIE, siempre y cuando estemos ante una uretra móvil.
- Pacientes con prolapso genital asociado.

Cabestrillos suburetrales

Los cabestrillos (en sus múltiples variantes) han sido técnicas de gran aceptación por sus resultados y estabilidad a largo plazo. Pero también se dejaban para situaciones muy concretas por ser técnicas complejas y no exentas de complicaciones (entre ellas la más frecuente la obstrucción postquirúrgica).

Recientemente, la aparición en el mercado de una patente de origen español (prótesis REMEEX, “regulación mecánica externa”), que permite la regulación de la tensión del cabestrillo postoperatoriamente (incluso a largo plazo), ha revolucionado las indicaciones de los cabestrillos, permitiendo unos resultados óptimos, con la práctica ausencia de obstrucción. La técnica, además, se ha modificado de forma sustancial para convertirla en una intervención mínimamente invasiva, sencilla de ejecutar y de regular, y que también permite una alta precoz. Por lo tanto actualmente no debería ejecutarse nunca un cabestrillo no regulable.

Las indicaciones son:

- a. Las que tenían los cabestrillos clásicos:
 - Recidivas.
 - Deficiencias Intrínsecas del Esfínter.
 - Uretras fijas.
- b. Situaciones en las que deseamos garantizar la corrección de la IUE sin producir la más mínima obstrucción al tracto de salida:

- Vejigas atónicas o arrefléxicas.
- Incontinencias mixtas, con inestabilidad resistente a los tratamientos habituales y con componente de esfuerzo de entidad suficiente para precisar corrección quirúrgica.
- c. Desestructuración severa del suelo pelviano (prolapsos complejos del compartimento anterior), en la que busquemos reestablecer la posición anatómica más funcional al cuello vesical.

Esta última, posiblemente, es la indicación más controvertida (sobre todo ante los defensores del TVT en la cirugía de la IUE asociada al prolapso). Lo cierto es que la mayoría de los prolapsos asociados a IU suelen tener disfunciones complejas del tracto urinario inferior (asociaciones de hipermovilidad a DIE y/o inestabilidades del detrusor o vejigas atónicas). En estos casos, poder garantizar prácticamente al 100% los resultados, sin producir cuadros obstructivos y la nula aparición de inestabilidades “de novo” (al menos en mi experiencia), sin complicar la intervención, justifican el sobreprecio de la técnica y la mínima aparición de complicaciones locales en la incisión suprapúbica subcutánea donde se aloja la prótesis.

Inyecciones periuretrales

Ultimamente se están desarrollando materiales biocompatibles que no migren, además de métodos de inyección que simplifiquen la técnica, pudiéndose realizar de forma ambulatoria (incluso en consulta) y con anestesia local. El costo suele ser elevado pero pudiera ser asumible, si los resultados fueran buenos y estables, al evitar la hospitalización, la cirugía y las complicaciones de la misma.

En todo caso sólo están indicadas en:

- La DIE con uretra fija.
- La IUE, con uretra fija, que se produce en la atrofia urogenital intensa.

Es un recurso a valorar en pacientes, con dichas indicaciones, que tengan:

- Edad avanzada o alto riesgo quirúrgico.
- Escasa actividad física.
- Sin factores predisponentes a la recidiva
- Que no precisen de ningún otro tipo de corrección quirúrgica asociada.
- Que no tengan una vejiga atónica o arrefléxica.

Esfínter artificial

Como última opción. En la mujer es extremadamente raro que exista una IUE que no se pueda resolver con un cabestrillo regulable. Es una técnica de elevado coste, de mayor complejidad técnica y con un elevado número de complicaciones (rechazos, decúbitos uretrales, etc.).

Xavier Iglesias Guiu
Catedrático de Obstetricia y Ginecología.
Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Hospital Clínic.
Institut Clínic d'Obstetrícia, Ginecologia i Neonatologia

E-mail: xiglesia@medicina.ub.es

Desde hace muchos años los ginecólogos y urólogos han intentado diseñar una intervención quirúrgica que ayudase a solucionar el problema de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. A principios del siglo XX se pusieron en práctica en Europa una serie de intervenciones basadas en proporcionar un cabestrillo a la unión uretro-vesical para dar soporte a esta zona y evitar la pérdida de orina con el esfuerzo. Se utilizaron diversos tejidos de la misma enferma como el músculo piramidal, la aponeurosis de los rectos abdominales y la fascia lata entre otros. En 1914 Kelly publica su técnica, más sencilla, utilizando la fascia pelviana para angular la unión uretro-vesical técnica que ya anteriormente había sido presentada por el urólogo francés Marion y que no tuvo la difusión científica que se merecía. Aldridge en los 40's sintematizó el cabestrillo con aponeurosis de los rectos abdominales y más tarde se utilizaron productos sintéticos para dar soporte al ángulo uretro-vesical. Más tarde se ensayaron las técnicas abdominales retropúbicas con la suspensión de la uretra al periostio pubiano (operación de Marshall-Marchetti-Krantz) y posteriormente al ligamento de Cooper (operación de Burch). Más recientemente aparecieron las llamadas técnicas de agujas (operación de Pereyra) que reducían enormemente el tiempo operatorio y minimizaban considerablemente la disección de los tejidos. Ni que decir tiene que el diseño de esta gran variedad de técnicas obedecía a unos resultados sólo regulares.

Con el paso del tiempo y mediante estudios bien controlados nos hemos quedado con dos tipos de

intervenciones cuya eficacia a medio y largo plazo ha sido contrastada; me refiero a la técnica de Burch y a la técnica de cabestrillo, particularmente la de Aldridge. La utilización de fascia lata de cadáver abrió muchas expectativas ya que la obtención del material es sencillo y su colocación, en la paciente, no requiere una gran disección de los tejidos del abdomen inferior como ocurre al obtener las tiras de aponeurosis de los músculos rectos abdominales con lo que disminuye considerablemente el tiempo operatorio y la estancia hospitalaria. Lamentablemente el material de donante ha dado resultados dispares a medio y largo plazo debido a su destrucción en los tejidos de la receptora y habrá que esperar a otros materiales que ofrezcan una buena garantía a largo plazo.

En los 90 han aparecido unas técnicas de suspensión uretral con banda o cabestrillo de material sintético libre de tensión. La cinta es colocada en la uretra media con una mínima incisión vaginal saliendo a ambos lados de la pared abdominal inferior con dos incisiones pequeñas laterales a la línea media. Además no es necesario fijarlas ya que estas cintas son rugosas y se adhieren a los tejidos vecinos evitando así su desplazamiento. Esta técnica fue popularizada por Ulftem y en la actualidad disponemos además de la TVT, del SPARC y del URETEX. Los resultados hay que considerarlos como buenos pero no se consiguen curaciones al cien por cien.

Una de las posibles razones de la recidiva de algunas mujeres pasaría por la relajación de los tejidos con el paso del tiempo y esto daría lugar a una pérdida de eficacia de la técnica. En la actualidad estamos asistiendo al diseño de nuevas intervenciones como el REMEEX (Regulación mecánica externa) que permite la regulación postoperatoria del ángulo uretrovesical meses y años después de la intervención primaria mediante un sistema muy ingenioso colocado encima del pubis y enterrado en la grasa. Este sistema permite elevar el ángulo uretro-vesical como si se tratase de una mini-polea.

En la actualidad, nosotros estamos utilizando una técnica de suspensión uretral con banda libre de tensión en los tratamientos quirúrgicos primarios y la técnica de REMEEX para los casos de recidivas y en aquellos en que se puede demostrar una insuficiencia del esfínter uretral.

Del gran número de técnicas quirúrgicas descritas nos vamos manejando con dos o tres a la espera de perfeccionar todavía más alguna de ellas y de progresar en el conocimiento completo de la fisiopatología de los mecanismos que regulan la continencia en la mujer cosa que no se ha logrado y

está claro que hasta que no lo consigamos no llegaremos a la curación total de nuestras pacientes.

Manuel Fillol
Hospital La Plana. Vila-real
(Castellón)

E-mail: fillol_man@gva.es

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) se desarrollaron durante todo el siglo XX con diferentes resultados y éxitos. Algunas de ellas han demostrado su efectividad en todos los controles tanto a corto como a largo plazo, como son las colposuspensiones suprapúbicas y las técnicas de cabestrillo^{1,2}, por cuya razón su uso continúa completamente vigente en la Uroginecología actual. Sin embargo, otras técnicas como la plicatura suburetral de Kelly o las técnicas de agujas nos han proporcionado peores resultados³, sobre todo a largo plazo y por este motivo se han ido abandonando.

Las tasas de curación de la colposuspensión de Burch y del cabestrillo son similares, aunque la morbilidad que condiciona el cabestrillo es superior al de la técnica de Burch¹. Por sus buenos resultados y su baja morbilidad se considera la técnica de Burch el "patrón de oro" en el que se comparan las restantes. De todas maneras, debemos matizar que habitualmente las indicaciones de la colposuspensión de Burch suelen realizarse en los casos de IUE sin cirugía previa, mientras que el cabestrillo se indica en las recurrencias de la IUE tras una cirugía anterior o en las sospechas de IUE por deficiencia esfinteriana intrínseca. Todo ello hace que ambos grupos no sean comparables por ser las indicaciones del cabestrillo más complejas que las del Burch.

La técnica de Burch pierde su efectividad en los casos de la IUE con uretra elevada y este hallazgo aparece tras un fallo de la cirugía para la IUE, tras la cirugía radical o tras la radioterapia. En estos casos el cabestrillo suburetral con la liberación de la fibrosis periuretral, que mantiene la uretra elevada sigue siendo la mejor opción para obtener unos buenos resultados a corto y largo plazo⁴. En los casos en que exista una imposibilidad para la realización del cabestrillo se podrá optar por la administración de inyectables suburetrales, aunque de momento no se pueden garantizar buenos resultados a largo plazo.

Las tasas de curación de la plicatura de Kelly no han sido buenas, sobre todo a largo plazo, y actualmente

todas las opiniones coinciden en no considerarla una técnica para la IUE sino más bien una técnica del prolapso del compartimento vaginal anterior⁵. Las técnicas de agujas condicionaron muy buenas tasas de curación a corto plazo, pero sus malos resultados a largo plazo han hecho que sus indicaciones actualmente estén muy cuestionadas⁶.

Siendo la colposuspensión de Burch una excelente técnica para el tratamiento de la IUE, tiene el inconveniente de precisar de la realización de una incisión quirúrgica abdominal con sus consiguientes: mayor estancia hospitalaria, dolor e incapacidad laboral. Con el desarrollo de las técnicas endoscópicas y para disminuir estas eventualidades se comenzó a realizar la técnica de Burch por laparoscopia. Los resultados obtenidos parecen ser similares, aunque los estudios aleatorizados evidencian mejores tasas de curación con el Burch abierto que con el laparoscópico⁷⁻⁹. De cualquier forma, el Burch laparoscópico requiere una curva de aprendizaje larga y sólo podrá realizarlo un cirujano bien adiestrado.

En los años 90 se buscaron soluciones para mejorar los resultados de las técnicas de agujas, modificando la fijación abdominal y utilizando en su lugar implantes de titanio en el pubis. Los resultados no aportaron ninguna ventaja y añadieron el riesgo de la posible osteitis¹⁰. Posteriormente, se propugnaron los mismos implantes metálicos para los cabestrillos, sin que su ventaja pudiera ser demostrada¹¹.

En la segunda mitad de los años 90 se popularizó una nueva técnica microinvasiva basada en una nueva hipótesis fisiopatológica de la IUE¹². Se trataba de las bandas libres de tensión, cuyas tasas de curación a corto plazo eran similares a las de la técnica de Burch. Su curva de aprendizaje y su tiempo quirúrgico de es menor que el del Burch laparoscópico. Además, presenta la ventaja de no requerir anestesia general y de poder asociarse fácilmente a la cirugía del prolapso. Con el paso del tiempo se ha visto que los buenos resultados a corto plazo se mantienen a los 5 años¹³.

Por todo lo expuesto, actualmente, a la luz de la información que poseemos, la técnica quirúrgica de nuestra elección para el tratamiento de la IUE es:

- En los casos de IUE sin cirugía previa, indicamos unas bandas libres de tensión.
- En los casos de IUE asociada a un prolapso genital que requiere cirugía, indicamos unas bandas libres de tensión asociadas la cirugía del prolapso.
- En los casos de patología ginecológica que requiere una laparotomía, asociamos una colposuspensión de Burch a la cirugía abierta.

- En los casos de IUE con uretra elevada y fibrosis periuretral, realizamos un cabestrillo suburetral con liberación de la fibrosis.

Bibliografía

1. Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. *Br J Urol* 1996;78:497-510.
2. Leach GE, Dmochowski RR, Rodley AA, Blaivas JG, et al. Female stress urinary incontinence clinical guidelines panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol* 1997;158:875-80.
3. Bergman A, Elia G. Three surgical procedures for genuine stress incontinence -five year follow up of a prospective randomized study. *Am J Obst Gynecol* 1995;173:66-71.
4. Bezerra CA, Bruschini H. Suburethral sling operations for urinary incontinence in women (Cochrane review) In: Cochrane Library, issue 4, 2000. Oxford: update software.
5. Grazemer CMA, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in woman (Cochrane review). In: Cochrane Library, issue 4. 2000 Oxford: update software.
6. Bidmead J, Cardozo L. Review. Four decades of needle bladder neck suspension *Br J Urol* 1998;82:171-3.
7. Lose G. Laparoscopic Burch colposuspension. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:29-33.
8. Loveridge K, Malouf A, Kennedy C, Edgington A, Lam A. Laparoscopic colposuspension: is it cost-effective? *Surg Endosc-Ultras&Int Tec* 1997;11:762-5.
9. Smith AR, Stanton SL. Laparoscopic Colposuspension. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:383-4
10. Fitzgerald MP, Gitelis S, Brubaker L. Pubic osteomyelitis and granuloma after bone anchor placement. *Int Urogynecol J* 1999;10:346-8.
11. Schultheiss D, Jonas K. Do we need bone anchors in Urogynecology? *Int Urogynecol J* 1999;10:153-4.
12. Petros PE, Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. *Acta Scand Gynecol* 1990;69 (suppl 153):1-79.
13. Ward K, Hilton P, Browning J. A randomized trial of colpo-suspension and tension free vaginal tape (VT) for primary genuine stress incontinence (Abstract). *Neurourol Urodyn* 2000;19:386-8.

Conclusiones

Lluís Amat

Vistas las opiniones de los expertos, podemos concluir que la colposuspensión de Burch ha demostra-

do sus éxitos tanto a corto como a largo plazo y es por tanto que aún tiene vigencia, sobre todo cuando hemos de utilizar la vía abdominal para la resolución de patología concomitante. El abordaje laparoscópico estaría reservado a cirujanos expertos en cirugía laparoscópica.

Las bandas libres de tensión, cuyo exponente máximo es el TVT (mayor número de casos realizados así como estudios con seguimiento a cinco años) han cambiado el concepto de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, aportando unos resultados similares a la colposuspensión de Burch, con mayor facilidad técnica y menor morbilidad.

Las técnicas de cabestrillo siguen vigentes y estarían indicadas en aquellos casos de recidivas y en el déficit uretral intrínseco. En la actualidad disponemos de un cabestrillo regulable, con lo que evitaremos las ya conocidas retenciones postoperatorias de estas técnicas, así como asegurar la continencia a largo plazo.

Podemos concluir diciendo que no existe la técnica ideal para todas las situaciones y que el mejor conocimiento de la fisiopatología y los mecanismos de la continencia nos ayudaran a saber escoger cada una de ellas y a poderlas mejorar.