



CASUÍSTICA

Uretrolisis transvestibular

G. Carmignani*, A. Simonato y P. Traverso

Department of Urology, Clinica Urologica L. Giuliani, University of Genova, Génova, Italia

PALABRAS CLAVE

Uretra femenina;
Cirugía de
incontinencia
urinaria;
Uretrolisis;
Cinta suburetral

KEYWORDS

Female urethra;
Urinary incontinence
surgery;
Urethrolisis;
Suburethral tape

Resumen

Objetivo: La obstrucción de la salida de la vejiga con síntomas obstructivos e irritativos es una posible complicación de la cirugía para la incontinencia urinaria femenina. Cuando los síntomas persisten el tratamiento es quirúrgico, y por lo general consiste en una uretrolisis precisa. La vía de acceso suele ser transvaginal. En este documento proponemos y describimos nuestra experiencia con una aproximación transvestibular.

Material y métodos: A 18 mujeres que fueron sometidas a una cirugía anti-incontinencia (12 con TVT, tres con TOT y tres con colposuspensión retropúbica de Burch) y que presentaban síntomas de obstrucción o de irritación se les realizó una uretrolisis transvestibular. Cinco pacientes tenían retención urinaria y las demás tenían una orina residual postvaciamiento mayor a 100 ml. Con una hoja de bisturí se realizó una incisión alrededor del meato y la uretra fue progresivamente liberada, disecando justo por debajo del hueso púbico hacia arriba y en la pared vaginal hacia abajo, desvinculándola bajo visión directa para obtener una liberación circular completa de la uretra. Al final el meato uretral se vuelve a poner en su posición con puntos circulares.

Resultados: La operación dura entre 20 y 40 minutos. Se dejó un catéter urinario durante 24-48 horas y no se observó complicación alguna. El volumen residual postmiccional disminuyó en todos los casos y se redujeron los síntomas irritativos.

Conclusiones: La vía transvestibular es un enfoque seguro y efectivo para realizar la uretrolisis, independientemente del tipo de cirugía contra la incontinencia que se lleve a cabo. La uretrolisis tiene la ventaja de trabajar en un tejido relativamente intacto, permite una desconexión completa de la uretra incluso en el espacio retropúbico y mantiene la pared vaginal intacta.

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

Transvestibular Urethrolisis

Abstract

Objective: Bladder outlet obstruction with obstructive and irritative urinary symptoms may be a complication of surgery for female urinary incontinence. In presence of persistent symptoms, the therapy is surgical and usually consists in an accurate urethrolisis. The way of approach is generally transvaginal. In this paper we propose and describe our experience with a transvestibular approach.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gcarmignani@unige.it (G. Carmignani).

Material and methods: 18 women who had undergone anti-incontinence surgery (TVT 12 pts, TOT 3 pts, Burch retropubic colposuspension 3 pts) with obstruction and/or irritative symptoms underwent to a transvestibular urethrolysis. Five patients had urinary retention and the rest of patients had post voiding residual urine > 100 ml. Using a scalpel blade a circum-meatal incision was performed and the urethra was progressively freed, dissecting just below the os pubis upwards and on the vaginal wall downwards, untethering it under direct vision in order to obtain a complete circular freeing of the urethra. In the end, the urethral meatus is repositioned with circular stiches.

Results: The operation lasts between 20 and 40 minutes. An urethral catheter was left in place for 24-48 hours and no complications were observed. The post-voiding residual urine decreased in all of the cases and the irritative symptoms were reduced.

Conclusions: The transvestibular approach for urethrolysis is safe and effective regardless of the previous anti-incontinence surgery carried out. This procedure has the advantage of working in a relatively unscarred tissue, allows for a complete untethering of the urethra even in the retropubic space and leaves the vaginal wall intact.

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

Introducción

La obstrucción del flujo de salida vesical es una complicación potencial de la cirugía para la incontinencia femenina y ocurre con una incidencia variable que va del 2 al 22% según la literatura¹. Produce síntomas de distinta intensidad; ya sea obstructivos tales como la retención urinaria parcial o total, vaciamiento posicional, dificultad para la micción y/o irritativos tales como tenesmo, urgencia e incontinencia². Hoy por hoy el tratamiento quirúrgico más común para la incontinencia urinaria femenina por presión es un procedimiento con cintas suburetrales pero puede ocurrir una obstrucción con otros tipos de operaciones —menos comunes actualmente— tales como la colposuspensión retropúbica³.

Tras un periodo inicial de observación y de terapia médica, ante problemas urinarios persistentes se realiza una intervención quirúrgica que consiste en una uretrolisis asociada a la liberación del espacio retropúbico o recorte del cabestrillo uretral o, de manera alternativa, con una movilización hacia abajo y aflojamiento de la cinta⁴. Esto se hace generalmente por vía transvaginal y ha probado ser efectivo con una reducida tasa de complicaciones. Sin embargo, este acceso no es siempre sencillo debido al tejido cicatrizal que puede hallarse. En este artículo proponemos y describimos un acceso intravestibular. A pesar de que se describió una operación similar en 1999⁵, la literatura al respecto es poco citada.

Material y métodos

Se revisó las historias de 18 mujeres que habían sido sometidas a varios procedimientos de cirugía contra la incontinencia entre 1995 y 2009 y que presentaron claros síntomas de obstrucción. Estas pacientes habían pasado por un examen urodinámico preoperatorio y una uretroscopia flexible para excluir inestabilidad del detrusor y/o estenosis uretral.

Todas las pacientes fueron sometidas a una uretrolisis transvestibular. El lapso entre la primera operación y la

uretrolisis estuvo entre 3 y 12 meses, y todas las pacientes habían intentado alguna forma de terapia médica con bloqueantes alfa-1 adrenérgicos o fármacos parasimpaticolíticos en el caso de síntomas irritativos severos. Cinco pacientes tuvieron retención urinaria completa y se autocateterizaron tras la primera operación. Las demás pacientes tuvieron un volumen residual > 100ml más o menos importante, y con necesidad ocasional de autocateterizarse. Todas las pacientes se quejaban de disuria intensa y muchas de ellas se vieron obligadas a orinar en una posición semierguida. La primera operación fue TVT en 12 casos, TOT en tres casos y una colposuspensión retropúbica de Burch en los tres casos restantes. Doce casos habían sido operados en otro lugar y 6 habían sido operados en nuestro departamento (85 TVT y una TOT).

En la mayor parte de los casos se realizó la uretrolisis bajo anestesia general con la paciente en una posición de litotomía dorsal moderada. En algunas pacientes se utilizó anestesia epidural. En todos los casos se dejó la elección del tipo de anestesia al anestesista. Se preparó el campo quirúrgico y se insertó una Foley 16 F en la vejiga. Con una hoja de bisturí n.º. 11 se realizó una incisión circummeatal (fig. 1A) y se comenzó una disección periuretral con tijeras de punta pequeña. Se liberó la uretra de forma progresiva, disecando por debajo del hueso púbico, hacia arriba, y sobre la pared vaginal hacia abajo. En cualquiera de los lados no es necesario entrar al espacio pélvico perforando los ligamentos uretropélvicos, pero si es necesario puede hacerse sin problemas. En caso de un procedimiento de cincho previo la cinta infrauretral puede ser hallada rápidamente, liberada y cortada o inmovilizada. En todos los casos hemos seccionado la cinta precisamente en su línea media. En las pacientes con procedimiento retropúbico previo la uretra se desplaza anteriormente desde la superficie inferior del pubis, desconectándola bajo visión directa y acercándose al espacio retropúbico para retirar suturas y/o adhesiones. De este modo se obtiene una liberación circular completa de la uretra, la cual se telescopa hacia el campo quirúrgico (fig. 1B). Al final de la disección la uretra es recolocada y se da unos puntos circulares que recrean la posición original del meato uretral (fig. 1C).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843619>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843619>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)