

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina mediante bandeleta suburetral

J.-F. Hermieu

Después de que se han implantado varios millones de bandeletas en todo el mundo y de conocer sus resultados (morbilidad baja, tasa de curación cercana al 85% estable con el tiempo), esta técnica se está imponiendo poco a poco como el método de referencia del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. La vía transobturatriz, que permite una tasa de éxito idéntica, pero con una morbilidad menor, está suplantando poco a poco a la vía retropúbica. En la actualidad, el material que se utiliza es exclusivamente el polipropileno de malla amplia, que es el único adecuado para una integración tisular adecuada. Después de haber establecido cuidadosamente la indicación quirúrgica, el conocimiento adecuado del material que se emplea y la realización de una intervención perfecta desde el punto de vista técnico son los factores que garantizan un resultado óptimo, que es esencial a la hora de plantear una cirugía funcional.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo; Tratamiento quirúrgico; TVT; Vía transobturatriz

Plan

■ Introducción	1
■ Técnica TVT retropúbica	1
Fundamentos	1
Material necesario	2
Colocación de la paciente	2
Anestesia	2
Técnica quirúrgica	2
Variantes	4
Complicaciones	5
■ Técnica transobturatriz	6
Técnica con bandeleta transobturatriz (TOT, <i>trans-obturator tape</i>) de lateral a medial	6
Técnica TVT-obturador de medial a lateral	8
Complicaciones	10
■ Minibandeletas	11
■ Comparación de los resultados	11

■ Introducción

Desde la descripción de la técnica TVT (acrónimo en inglés de *tension free vaginal tape*, bandeleta vaginal sin tensión) en 1995 por Umsten^[1], la colocación de una bandeleta suburetral se ha convertido en la técnica de referencia de la incontinencia urinaria femenina. Esta nueva técnica deriva de dos nuevos conceptos que han revolucionado el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: la teoría de la hamaca

de De Lancey y la necesidad de aportar un material sintético para reforzar los elementos de sostén insuficientes. Hasta el momento, se han operado varios cientos de miles de mujeres con esta técnica. Sin embargo, el paso retropúbico de la bandeleta ha dado lugar a una morbilidad específica, lo que ha hecho pensar en otra vía de acceso para su colocación. La vía transobturatriz ha respondido a este objetivo y ha permitido lograr una tasa de éxito elevado con una menor morbilidad. De forma paralela, los estudios han identificado que el material sintético ideal es el polipropileno monofilamento de porosidad amplia, de modo que se ha descartado cualquier otro producto de forma definitiva. La certificación de la Comunidad Europea (CE) garantiza la calidad de fabricación, pero no permite presumir en absoluto la eficacia de la bandeleta o sus complicaciones potenciales. Los usuarios de las bandeletas deben exigir al fabricante que respete las exigencias de normalización de cada país, lo que garantiza la realización de estudios preclínicos y clínicos antes de su comercialización.

■ Técnica TVT retropúbica^[1]

Fundamentos

La técnica TVT tiene como finalidad estabilizar la uretra y sostenerla en la parte media con una bandeleta de polipropileno monofilamento trenzada y no fijada, que se pasa por vía retropúbica.

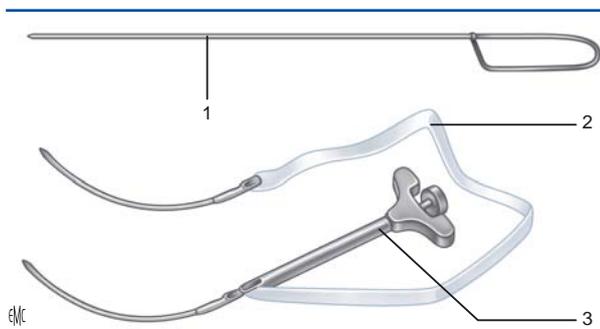


Figura 1. Dispositivo TVT (bandeleta vaginal sin tensión). 1. Guía-sonda rígida; 2. bandeleta; 3. introductor.

Material necesario

La técnica TVT requiere el siguiente material:

- una bandeleta no reabsorbible de polipropileno monofilamento mallado de color azul, recubierta de una vaina de plástico, montada en dos agujas de acero, similares a un punzón de redón (Fig. 1);
- un introductor de acero inoxidable, reutilizable (Fig. 1);
- en ocasiones, una guía-sonda rígida de acero inoxidable, reutilizable (Fig. 1);
- un cistoscopio con una óptica de 70° o un fibroscopio vesical;
- dos pinzas de Allis, dos pinzas de Haldstedt, una pinza de disección con dientes, un par de tijeras de Mayo y una de Metzenbaum, un portaagujas y un bisturí de hoja n.º 11;
- una valva vaginal;
- una sonda de Foley del calibre 16 Ch;
- un hilo reabsorbible 3/0 montado y un hilo de reabsorción rápida 3/0 montado.

Colocación de la paciente

La paciente se coloca en posición de litotomía, sin una flexión excesiva de los muslos sobre el abdomen para no arriesgarse a lesionar los vasos ilíacos durante el paso de las agujas. Debido a la colocación de un material sintético, debe realizarse una limpieza estéril con povidona yodada del periné, la región suprapúbica, la raíz de los muslos y la vagina. Es útil dejar colocada una mecha vaginal embebida de povidona yodada, durante unos 10 minutos, antes de comenzar la intervención.

Anestesia

Ulmsten recomendaba inicialmente realizar la intervención bajo anestesia local con premedicación, para que la paciente pueda toser en el momento de ajustar la bandeleta.

Esta anestesia se realizaba mediante lidocaína al 0,25% con adrenalina (70 ml de lidocaína al 0,5% diluidos en 70 ml de suero fisiológico, a los que se añaden 0,7 ml de adrenalina).

La anestesia se comienza por la inyección de 5 ml de lidocaína al nivel de la piel y del tejido subcutáneo a la derecha y a la izquierda de la línea media, justo por encima del pubis. Después, se infiltran el plano aponeurótico y los planos subyacentes con 20 ml de lidocaína en cada lado.

A continuación, se introduce una aguja de punción lumbar a la derecha y a la izquierda, por encima del pubis, dirigiéndose hacia la región parauretral, que puede identificarse bien con la ayuda de los dedos colocados a nivel intravaginal; se inyectan 20 ml en cada lado. La anestesia se continúa con una infiltración por vía vaginal de 5 ml de lidocaína, a nivel suburetral,

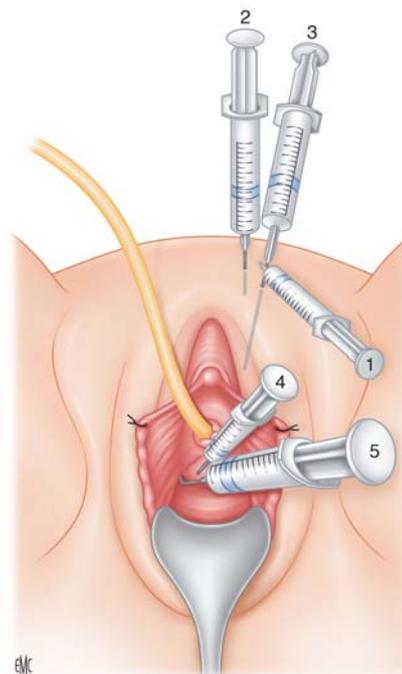


Figura 2. Técnica TVT (bandeleta vaginal sin tensión). Anestesia local: 1. infiltración suprapúbica cutánea y subcutánea (5 ml + 5 ml); 2. infiltración aponeurótica y subaponeurótica (20 ml + 20 ml); 3. infiltración de los planos profundos hacia la región parauretral (20 ml + 20 ml); 4. infiltración vaginal parauretral (5 ml); 5. infiltración por vía vaginal laterouretral por debajo y por detrás de las ramas isquiopúbicas (20 ml + 20 ml).

en la parte media de la uretra. Por último, después de inclinar la aguja, la infiltración se finaliza dirigiéndose por debajo y por detrás de la rama isquiopúbica (20 ml en cada lado) (Fig. 2).

Si la paciente percibe dolor, sobre todo durante el paso de las agujas, se puede asociar una sedación peroperatoria.

En la actualidad, la mayor parte de las intervenciones de tipo TVT se realizan bajo anestesia locorregional o general que permiten, si es preciso, efectuar procedimientos asociados (tratamiento del prolapso). Estos tipos de anestesia permiten garantizar a la paciente una comodidad superior al evitar los riesgos de punciones repetidas de la anestesia local (hematoma) y de la infiltración de una dosis no despreciable de lidocaína. En cuanto a la prueba de la tos en el curso de la cirugía, que justifica la realización de la anestesia local, parece que es poco fiable y es posible, con la experiencia, colocar correctamente la bandeleta sin ayudarse de esta prueba.

Técnica quirúrgica

Se coloca una sonda de Foley del calibre 16 Ch, pues la vejiga debe estar totalmente vacía. La sonda vesical también permite localizar a la perfección la uretra y el cuello vesical.

Se realizan dos incisiones cutáneas con el bisturí frío, según un trazo horizontal de unos milímetros, justo por encima del borde superior del pubis, a unos 2 cm de la línea media (Fig. 3). Este tiempo no es indispensable y algunos cirujanos realizan la incisión cutánea sobre el relieve del punzón una vez pasado éste.

A continuación, se colocan dos pinzas de Allis en la pared vaginal, a ambos lados de la parte media de la uretra (Fig. 3).

Después, se realiza una incisión vaginal sagital de 15 mm con el bisturí frío, en la parte media de la uretra.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284473>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284473>

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