



Cirugía mínimamente invasiva de la incontinencia urinaria femenina

X. Deffieux

La cirugía de la incontinencia urinaria concierne al 10% de las mujeres. Sin duda, se trata de una patología benigna, pero puede tener un impacto importante sobre la calidad de vida. La cirugía mínimamente invasiva con bandeleta suburetral se puede proponer para la incontinencia urinaria de esfuerzo después del fracaso de la rehabilitación perineal (asociada en ocasiones a una pérdida de peso). En este artículo, se describen las distintas vías de acceso (retropúbica y transobturatriz) y los procedimientos para disminuir el riesgo de complicaciones asociadas. Se pueden plantear otros tratamientos, aunque sus indicaciones son menos frecuentes y sus resultados mucho menos favorables (balones periuretrales, inyecciones periuretrales de agentes de llenado o de células madre). En lo que respecta a la incontinencia urinaria asociada a urgencia miccional (síndrome de hiperactividad vesical), después del fracaso de los tratamientos farmacológicos y de la rehabilitación, se podrá proponer la realización de inyecciones intradetrusor de toxina botulínica, o una neuromodulación sacra (técnica más invasiva). En este artículo, se describen estas distintas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas para el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina, así como los principales resultados asociados.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Bandeleta suburetral; Vía de acceso retropúbica; Vía de acceso transobturatriz; Incontinencia urinaria; Hiperactividad vesical; Incontinencia urinaria de esfuerzo; Toxina botulínica; Agentes de llenado

Plan

| | |
|---|---|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Bandeletas suburetrales | 2 |
| Vía retropúbica | 2 |
| Vía transobturatriz | 3 |
| Postoperatorio de las bandeletas suburetrales | 4 |
| Resultados asociados a las bandeletas suburetrales | 4 |
| Bandeletas intermedias, minibandeletas (no ajustables y ajustables) | 5 |
| ■ Inyecciones periuretrales de agentes de llenado | 5 |
| ■ Balones periuretrales | 6 |
| ■ Inyección de células madre | 6 |
| ■ Colposuspensión laparoscópica | 6 |
| ■ Esfínter urinario artificial | 6 |
| ■ Inyecciones intradetrusor de toxina botulínica | 7 |
| Indicación y evaluación previa a la cirugía | 7 |
| Técnica quirúrgica | 7 |
| Vigilancia postinyección, resultados y reinyecciones | 7 |

■ Introducción

Existen tres grandes tipos de incontinencia urinaria femenina: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria asociada a urgencia miccional (IUU), que forma parte del síndrome de hiperactividad vesical [HAV] e incontinencia urinaria mixta (IUM, que asocia IUE e IUU). Si fracasan las normas higiénico-dietéticas (reducción de peso), los tratamientos farmacológicos y la rehabilitación, se puede proponer un tratamiento quirúrgico. En la actualidad, el tratamiento de referencia de primera elección de la IUE para la mayoría de las pacientes es la colocación de una bandeleta suburetral (BSU) ^[1], pero en ocasiones pueden estar indicadas otras opciones mínimamente invasivas, como los agentes de llenado (*bulking agents*). Las inyecciones de células madre (terapia celular) en el esfínter aún no se realizan de rutina debido a sus resultados decepcionantes. En lo que respecta a la IUU, la segunda línea terapéutica consiste en la neuromodulación periférica (de una raíz sacra o del nervio tibial posterior) o en inyecciones de toxina botulínica.



Para las pacientes que presentan una IUM, pueden plantearse en ocasiones asociaciones de tratamientos quirúrgicos, pero en general de forma no simultánea. Por ejemplo, para una IUM, nunca se realiza simultáneamente una colocación de BSU y una inyección de toxina botulínica. Se comienza por la BSU si se trata de una incontinencia mixta de predominio con el esfuerzo y secundaria; si persiste únicamente una incontinencia asociada a urgencia miccional, se plantea una neuromodulación o inyecciones de toxina botulínica (evidentemente, después del fracaso de las alternativas no quirúrgicas).

En este artículo, no se describirán las técnicas que se usan de forma infrecuente (colposuspensión, esfínter artificial, balones periuretrales), y que se detallan en otros artículos de la EMC [2].

■ Bandeletas suburetrales

Las BSU son el tratamiento quirúrgico de primera elección de la IUE femenina, tras el fracaso de la rehabilitación perineal [1]. El mecanismo de acción de las BSU consiste en crear un obstáculo bajo la uretra, mediante la colocación de una bandeleta sintética por vía vaginal. Durante el esfuerzo, la uretra, si presenta una movilidad adecuada, se plegará, aplastándose contra la BSU, que permanece inmóvil.

Por tanto, la BSU no corrige la hipermovilidad de la uretra, sino que la aprovecha. Todas las bandeletas que se comercializan actualmente son de polipropileno monofilamento macroporoso y miden 10 mm de ancho. Existen múltiples bandeletas, que varían según la técnica de trenzado, el tamaño de los poros, el gramaje («peso» del material protésico) y, sin duda, el propio dispositivo de colocación. Existen dos vías principales de acceso para colocar estas bandeletas: la vía retropúbica (RP) y la vía transobturatriz (TO). Con independencia de la vía de acceso escogida, se deberá realizar un estudio citobacteriológico de la orina (ECBO) antes de la intervención y, si se demuestra la presencia de una infección, se deberá tratar y habrá que verificar la curación antes de la cirugía mediante un nuevo ECBO. En este artículo, no se describirá el estudio preoperatorio y, en particular, las indicaciones de la evaluación urodinámica, que se detallan en otro artículo de la EMC [3].

Desde el punto de vista anestésico, la intervención puede realizarse bajo anestesia general, raquianestesia o, en menos ocasiones, bajo anestesia local pura. La raquianestesia debe evitarse porque retrasa la reanudación de la micción y, por tanto, el alta de la paciente (salvo si se utilizan productos de acción corta). Se realiza una profilaxis antibiótica de forma sistemática.

Vía retropúbica

La técnica de cinta vaginal sin tensión, o TVT (*tension-free vaginal tape*), consiste en colocar una bandeleta sintética bajo el segmento medio de la uretra. Se trata de insertar una bandeleta por vía vaginal y exteriorizarla a través de los orificios cutáneos realizados justo encima del pubis, después de pasarla por el espacio retropúbico de Retzius.

La paciente se coloca en posición de litotomía (posición «ginecológica»), con las nalgas en el borde de la mesa, respetando un ángulo de flexión de la cadera limitado (< 90°). Es posible que una flexión exagerada aumente el riesgo de lesión de los vasos ilíacos durante el paso de los punzones. El campo quirúrgico (detersión y descontaminación cutánea) debe subir hasta el ombligo.

Se realizan dos preincisiones suprapúbicas a uno o dos traveses de dedo de la línea media, justo encima del borde superior de la sínfisis del pubis.



Figura 1. Material para la colocación de una bandeleta suburetral retropúbica TVT Exact. 1. Cistoscopio con óptica de 70°; 2. mandril de Freudenberg recto insertado en una sonda de Foley; 3. bandeleta TVT Exact colocada en el mandril-mango dedicado desechable; 4. jeringa y aguja para infiltración; 5. cable de luz fría para la cistoscopia; 6. valva vaginal posterior de tipo Mangiagalli o equivalente; 7. pinzas de Kocher y de Halstead; 8. pinzas de disección con y sin dientes; 9. tijeras quirúrgicas (Metzenbaum y Mayo curvas y rectas); 10. pinzas de Allis; 11. portaagujas.

A través de estas preincisiones cutáneas, se infiltra el espacio de Retzius con una mezcla (al 50%) de lidocaína o de ropivacaína y de suero fisiológico. Hay que infiltrar un volumen suficiente (al menos 20 ml en cada lado) y a bastante profundidad (más de 4 cm, según el grosor del panículo adiposo) si se quiere realizar una anestesia local pura (como complemento de la infiltración que se realizará por vía vaginal). Otra ventaja teórica de esta infiltración del espacio de Retzius sería la posibilidad de rechazar la vejiga en sentido posterosuperior, para limitar el riesgo de lesión vesical. Sin embargo, nunca se ha demostrado que este detalle técnico haya sido eficaz para disminuir la prevalencia de las lesiones vesicales.

Por vía vaginal, una vez colocada una valva vaginal posterior de tipo Mangiagalli, y después de una infiltración de la pared vaginal con 10 ml de solución al 50% de ropivacaína y de suero fisiológico, se sujeta la mucosa vaginal anterior a ambos lados de la uretra con dos pinzas de Allis (o bien con pinzas de Kocher o con pinzas de colgajos de Cotte), a una distancia de 2 cm del meato uretral.

La bandeleta debe colocarse al nivel del tercio medio de la uretra. La uretra femenina mide 35-40 mm de largo en la mayoría de los casos, por lo que se puede dividir en tres segmentos de 12-13 mm. Por este motivo se considera que si se comienza la incisión a 12-13 mm del meato uretral y si se realiza una incisión de 10 mm de largo, la bandeleta (que mide 10 mm de ancho) se colocará en esta zona disecada, por lo que se considerará que está en el tercio medio de la uretra. La incisión vaginal debe ser medial, sagital (vertical).

La incisión de la mucosa vaginal debe ser lo suficientemente profunda para limitar el riesgo de exposición protésica vaginal. El grosor de la vagina al nivel de la uretra es de 3-5 mm en promedio, pero este grosor varía en función de varios parámetros, en particular de la edad de la mujer y de su estatus menopáusico (la carencia estrogénica disminuye el grosor de la pared vaginal). No se debe realizar una incisión demasiado profunda para limitar el riesgo de lesión uretral. Un compromiso adecuado parece ser de 3-5 mm de profundidad de la incisión. Hay que señalar que una infiltración de la pared vaginal aumentará artificialmente su grosor, por lo que se debería incidir un grosor ligeramente mayor.

El tiempo siguiente es la disección parauretral. El material para la vía retropúbica se muestra en la Figura 1.

Mediante tijeras de Metzenbaum, se diseña a 45° de la uretra en dirección hacia el borde inferior de la sínfisis del pubis.

Para identificar mejor la uretra durante esta disección, se puede colocar una sonda vesical transuretral o una bujía en la uretra.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777829>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777829>

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