

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: TÉCNICA NEEDLELESS®. EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

Ojeda F, Pereda A, Monclús M, Cano S, Girvent M, Lineros E.
Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Hospital General de Granollers

Introducción

Existen diversas técnicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer ¹. Siguiendo los trabajos clásicos basados en la teoría de la hamaca de DeLancey ², se han desarrollado técnicas de corrección mediante la reconstrucción del suelo de la uretra sin tensión utilizando bandas protésicas de diversos materiales ³. La evolución de estas técnicas tanto en el ámbito de la tecnología de las prótesis utilizadas, como de la técnica quirúrgica para su disposición ha sido extraordinaria ^{4,5}. Dentro de este proceso se han desarrollado un tipo de bandas más pequeñas, funcionales y con una importante simplificación en la técnica de inserción con objeto de minimizar los riesgos y reducir la cantidad de material protésico en el organismo sin perder la función de sustentación de la uretra que se busca conseguir.

Objetivo

El objetivo de este estudio es mostrar los resultados iniciales, funcionales, satisfacción de las pacientes y la morbilidad de la implantación de una banda libre de tensión mínimamente invasiva: Needleless® de Neomedic Internacional ⁶, usando una técnica sin agujas, para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer,

Material, pacientes y métodos

Se evaluaron 20 pacientes que presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo su historia clínica, examen físico y cuestionarios de calidad de vida (International Consultation Incontinence- Short Form: ICIQ-SF) y Sandvick. Todas las pacientes fueron operadas mediante la técnica estándar descrita por el fabricante para la banda libre de tensión Needleless® (imagen 1), por un equipo homogéneo en su formación quirúrgica ⁶.

Esta nueva malla es más corta que sus predecesoras, se coloca sin agujas, con una pinza curva de unos 16 cm de uso común en cirugía (Bengolea o similar). La paciente en este proceso inicial de la nueva técnica es sometida a anestesia intradural. La técnica está descrita para poder ser aplicada con anestesia local y poder ser dada de alta a las pocas horas del procedimiento. La técnica consiste, tras la incisión vaginal a 1 cm de uretra, en una disección mínima de los espacios para-uretrales (hasta la rama isquio-pubiana), la forma de T de la malla (Pocket Positioning System, PSS) se coloca en la punta de la pinza pasa a través de los espacios parauretrales y atraviesa la musculatura sin llegar a traspasar el foramen obturador o la pared abdominal. Una vez el bolsillo (pocket) de la malla está en su sitio, se abre la pinza para extender la parte dista (en forma de T). La misma maniobra se realiza en el lado opuesto. Se sutura la vagina con una sutura reabsorbible y se deja sonda durante 6-8 horas del procedimiento, así mismo dejamos un taponamiento con una gasa

vaginal impregnada en vaselina para mantener estable el dispositivo en las primeras horas de postoperatorio. No es necesario realizar cistoscopia de manera rutinaria. La doble T en forma de bolsillo (PSS) fija la malla al tejido, generando así una base con fuerza para la futura fibrosis que dará soporte a la uretra.

A las 6-8 horas se retira el sondaje y el taponamiento vaginal y se comprueba la ausencia de retención. Tras lo cual es dada de alta.

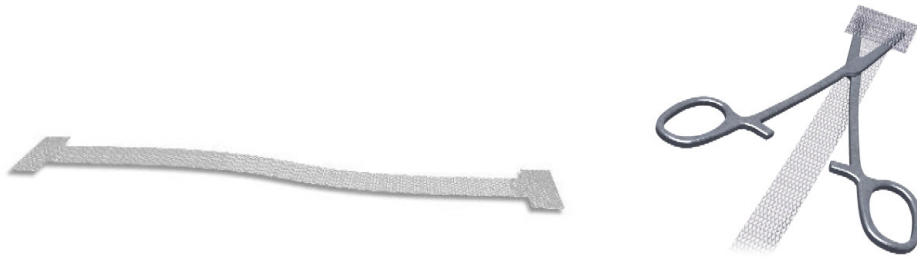


Imagen 1. Dispositivo protésico Needleless: forma de T.

Resultados

No existieron complicaciones intraquirúrgicas, ni hemorragias ni perforación vesical.

El postoperatorio fue satisfactorio en todas las pacientes, ninguna presentó dolor postoperatorio ni hematomas o infección. La duración del sondaje vesical fue de 6-8 horas, no observando ningún caso de retención urinaria tras la retirada de la sonda.

La estancia hospitalaria fue de 2-48 horas.

Aunque el seguimiento presentado es corto (5 ± 1 mes), se observaron las siguientes complicaciones: 2 extrusiones vaginales de la malla que suponen un 10 %: la primera fue tratada con éxito con estrógenos y la segunda no pudo ser tratada debido a un carcinoma de pecho y requirió el recorte de la banda. En ambos casos parece relacionados con la curva de aprendizaje de la técnica.

El aspecto más importante en la resolución de la patología es la percepción por la paciente: 18 pacientes (90 %) están objetivamente curadas, 1 paciente (5 %) ha mejorado considerablemente y 1 (5%) está igual que antes.

Según la evaluación mediante los cuestionarios de satisfacción, 19 enfermas (95%) están MUY SATISFECHAS con el tratamiento recibido.

Interpretación de los resultados

Aunque se trata de resultados iniciales parece que se garantiza la seguridad y eficacia del sistema Needleless® la ventaja en estancia hospitalaria y duración del sondaje, así como la ausencia de lesiones intraquirúrgicas.

Respecto a las extrusiones en dos de los casos, se trataban de vaginas muy adelgazadas por la atrofia y posiblemente con disecciones muy apuradas a nivel de la mucosa con lo que se habría facilitado el camino a la extrusión.

En esta como en cualquier otra técnica quirúrgica es muy importante ceñirse a las instrucciones del fabricante y a la técnica descrita

Conclusiones

Aunque los resultados son muy alentadores, necesitamos más casos y un periodo de seguimiento más largo para confirmar la sostenibilidad de los resultados. La reducción de la morbilidad, el tiempo de cirugía y el coste, podrían situarla como una técnica ideal si la efectividad se mantiene en un futuro

Bibliografía:

1. Abrams P, Cardozo L, Kihoury S, Wein A. Ed. Incontinence. Health Publications, 2002, 2 ed.
2. De Lancey J, Gosling J. Committee 1. Gross Anatomy and Cell Biology of the Lower Urinary Tract in Abrams P, Cardozo L, Kihoury S, Wein A. Ed. Incontinence. Health Publications, 2002, 2 ed. Pag: 17-82.
3. Novara G, Galfano A, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Ficarra V, Artibani W. Complication Rates of Tension-Free Midurethral Slings in the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: A Systematic review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Tension-Free Midurethral Tapes to Other Surgical Procedures and Different Devices. Eur Urol 2007, doi:10.1016/j.eururo.2007.10.073 preprint 22 pag.
4. López-Salva A, Herrera de la Muela M, **Ojeda F**, Moreta S, Pereira I, Martínez de María J, Rabanal A. Corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante cinta libre de tensión (TVT). Resultados a corto plazo. Prog Obstet Ginecol. 2002;45:232-7.
5. Porena M, Costantini E, Frea B, Giannantoni A, Ranzoni S, Mearini L et al. Tension-Free Vaginal tape versus Transobturator Tape as Surgery for Stress Urinary Incontinence: Results of a multicentre Randomised Trial. Euro Urol 2007;52:1481-1491.
6. Referencia técnica: http://remeex.com/archivos/INSTRUC.USO_NL.ESP.pdf