

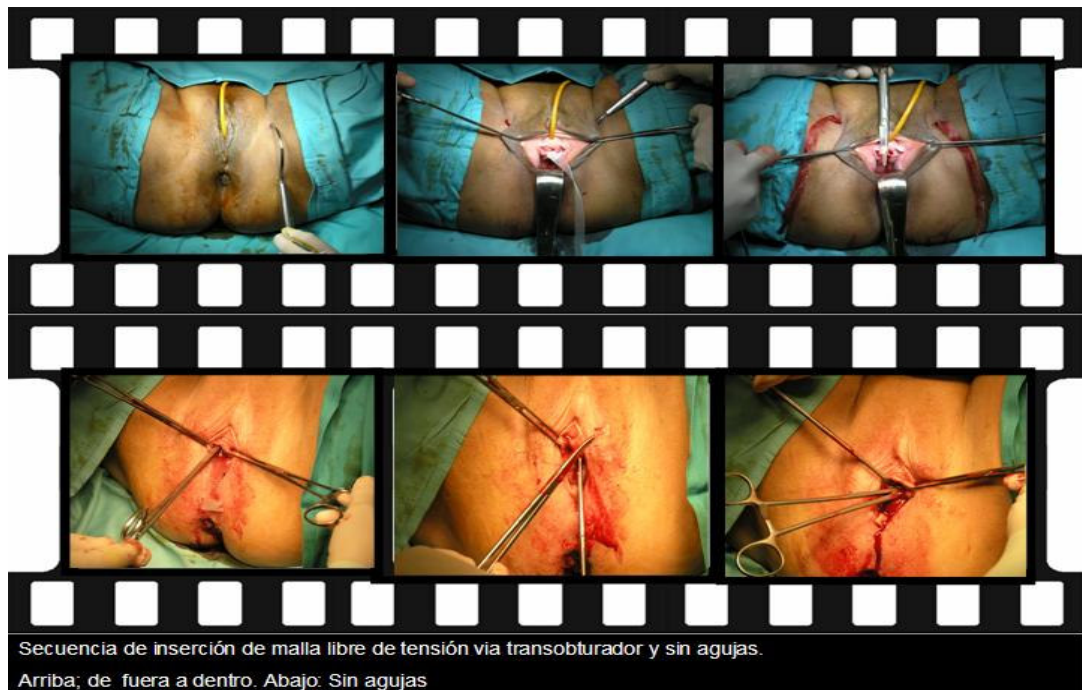
COMPARACIÓN DE TÉCNICAS PARA LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO CON BANDAS LIBRES DE TENSIÓN: TRANSOBTURADOR Y SIN AGUJAS.

Girvent M; Monclús M; Lineros E; Pereda A; Ojeda Pérez, F.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Fundació Hospital Asil de Granollers.
mgirvent@fhag.es

Objetivo: Comparar la eficacia de 2 técnicas de colocación de banda libre de tensión para la corrección de la incontinencia de orina de esfuerzo; por vía transobturador (TOT): de dentro a fuera y de fuera a dentro, y una técnica sin agujas (Needleless®).

Pacientes y método: Análisis retrospectivo y comparativo de 125 casos de incontinencia de orina intervenidos en nuestro centro desde enero del 2003 a agosto del 2007: 92 mediante TOT y 33 sin agujas.



Se analizan edad, talla, peso, número de partos vaginales y número de partos instrumentados.

Se compara: complicaciones intra y postoperatorias (Perforación vesical, retención de orina, extrusión de la malla, infección de orina o dolor inguinal), días de estancia y curación (valoración subjetiva por parte de la paciente: curación, mejoría, sin cambios o empeoramiento).

El seguimiento medio fue de seguimiento de 14 meses (6 -24 meses).

Se evaluó la homogeneidad de ambos grupos para edad, IMC, número de partos vaginales e instrumentados. Los resultados se resumen en la tabla1:

Tabla 1. Perfil de las pacientes.

	Edad	IMC	Partos vaginales	Partos instrumentados
TOT	61	32,82	2,8	0'1(0-2)
Needleless	61,9	29,95	3	0'12(0-1)

Resultados: En el grupo de la técnica transobturador hemos hallado un 26'1% (24casos) de complicaciones y el grupo con bandas libres de tensión sin agujas un 15'2% (5casos) de complicaciones, que se detallan en la tabla 2. Los días de estancia media fueron de 2'7 para las pacientes intervenidas con TOT y de 2'5 en las tratadas con la técnica sin agujas. **No se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a criterios de mejoría-curación (tabla 3) ni en estancia hospitalaria.**

Tabla 2. Complicaciones intra y postoperatorias.

	Perforación Vesical	Retención Urinaria	Extrusión Malla	Infección Urinaria	Dolor Inguinal	TOTAL	
TOT	1	5	4	11	3	24	26'1%
Needleless	0	0	2	3	0	5	15'2%

Tabla 3. Porcentaje de curaciones, valoración subjetiva de la paciente.

	CURADAS		MEJORADAS		IGUAL		PEOR	
TOT	62	<u>67'4%</u>	25	<u>27'2%</u>	5	5'4%	0	0%
Needleless	22	<u>66'7%</u>	9	<u>27'3%</u>	1	3'1%	1	3'1%

Así pues, no se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a resultados postoperatorios en relación a las complicaciones y criterios de mejoría-curación con las distintas técnicas quirúrgicas.

Conclusiones: Podemos concluir que la técnica para la corrección de la incontinencia de orina sin agujas es igual de efectiva que las técnicas transobturador pero parece presentar menos complicaciones intra y postoperatorias.

Comentario: El trayecto por el que discurre el tunelizador en las técnicas transobturador es, en su mayor parte, ciego. El conocimiento exhaustivo de la anatomía de la región y la relativa sencillez de la técnica la hacen segura. La técnica sin agujas es de reciente aparición y teóricamente, al tener menos trayecto ciego podría comportar menos complicaciones. Creemos que todavía se debería ampliar el número de casos estudiados pero que según nuestros resultados parece ser una técnica al menos igual de efectiva y con menos complicaciones, por lo tanto podría representar una técnica ventajosa para nuestras pacientes.

Bibliografía:

1. Petros PE. and Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Scand Obstet Gynecol Suppl.* 1990; 39(3): 354-356.
2. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170: 1713-1720.
3. Ulmsten U, Petros PE. Intravaginal Slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol.* 1995; 29: 75-82.
4. Delorme E (2001) Transobturator urethral suspension: miniinvasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 11:1306–1313.
5. V. Delmas. Anatomical Risks of Transobturator Suburethral Tape in the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. *Eur Uro* 2005;842:1–6.
6. Lim J, Cornish A, Carey MP. Clinical and quality-of-life outcomes in women treated by the TVT-O procedure. *BJOG.* 2006 Nov;113(11):1315-20.
7. Reisenauer C, Kirschniak A, Drews U, Wallwiener D. Transobturator vaginal tape inside-out. A minimally invasive treatment of stress urinary incontinence: Surgical procedure and anatomical conditions. *Eur J Obst & Gynec and Repro Bio* 127 (2006) 123–129.
8. Hinoul P, Vanormelingen L., Roovers JP., Jongue E., Smajda S. Anatomical variability in the trajectory of the inside-out transobturatorvaginal tape technique (TVT-O). *Int Urogynecol J* 2007.