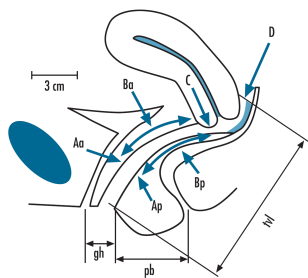


CASO CLÍNICO



Mujer de 62 años con 3 embarazos y partos eutócicos, sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

Acude a la consulta de ginecología por sensación de bulto en los genitales e incontinencia de orina que se ha ido agravando en los últimos meses. Refiere escapes de orina de pequeña cuantía asociados a los esfuerzos y ocasionalmente urgencia que provoca escapes por lo que lleva protección. No presenta aumento de la frecuencia miccional diurna ni nocturna, tampoco dificultad para la micción ni sensación de vaciado incompleto. No asocia disfunción defecatoria ni disfunción sexual.

En la exploración se constató la presencia de un cistocele grado III e histerocele grado II (Punto Ba + 3 cm y punto C + 1 cm). También se objetivó salida de orina con maniobras de Valsalva que desaparecía al fijar los ligamentos pubouretrales. En la ecografía observamos un aparato genital interno atrófico sin patología, sin evidencia de residuo postmiccional elevado.

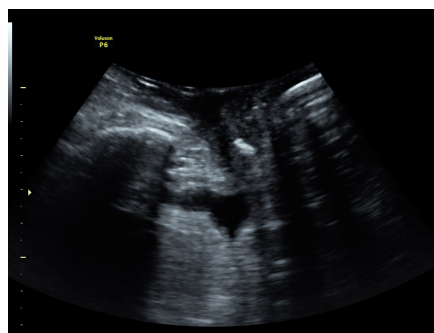
Se plantearon las alternativas terapéuticas a la paciente que se decidió por el tratamiento quirúrgico ya que tanto el prolapso como la incontinencia de orina afectan de forma significativa su calidad de vida al interferir no sólo con su actividad laboral sino también con su principal actividad recreativa (montañismo) que desde que comenzó con los síntomas ha abandonado notando que está con el ánimo más decaído y descansando peor.

Se procedió a realizar histerectomía vaginal con colposuspensión de McCall y plastia anterior asociada a banda libre de tensión transoburadora para la corrección de la incontinencia. Todo ello se realizó bajo anestesia regional sin incidencias y con un postoperatorio dentro de la normalidad.



En la revisión postquirúrgica al mes de la cirugía la paciente se encontraba satisfecha con el resultado al desaparecer la sensación de bulto y presentar un buen control miccional.

Al año de la cirugía la paciente acude a la consulta refiriendo episodios frecuentes de infección del tracto urinario inferior por E. Coli y K. Pneumoniae, documentados con urocultivo para los que ha recibido tratamiento antibiótico. Así mismo, refiere dificultad para iniciar la micción y sensación de micción incompleta. En la exploración se objetivó la ausencia de recidiva del prolapso aunque presentaba un residuo postmiccional elevado medido por ecografía (140 cc). En la ecografía de suelo pélvico realizada para valorar la posición de la banda respecto de la uretra se observaba una banda muy próxima a la unión uretrovesical (9 mm) que producía rectificación de la luz uretral en la maniobra de Valsalva.



Banda suburetral en ecografía transperineal

Dada la disfunción de vaciado que presentaba la paciente y los hallazgos ecográficos se recomendó la sección de la banda por vía vaginal, advirtiendo la posibilidad de reaparición de los síntomas de incontinencia de esfuerzo y la posibilidad de precisar cateterismo intermitente si la cirugía no conseguía resolver la disfunción de vaciado.

En la intervención se realizó apertura de la mucosa vaginal a nivel suburetral para identificar material protésico a dicho nivel realizando sección del mismo de forma parauretral en el lado derecho. En el postoperatorio la paciente realizó micciones normales, con residuos por debajo de 100 cc en todo momento y con una mejoría subjetiva de la dificultad para iniciar la micción.

Continúa en seguimiento y hasta el momento (6 meses) no ha vuelto a presentar infección del tracto urinario inferior ni recurrencia de la incontinencia.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico del prolapso está indicado cuando el prolapso es sintomático y afecta a la calidad de vida de la mujer como es el caso que se presenta. Existen diferentes técnicas que pueden resolver el prolapso tanto por vía vaginal como abdominal y la elección se realizará en función de las características de la paciente, sus preferencias y del tipo y grado de prolapso que presente.

No es infrecuente la asociación del prolapso y la IUE por lo que, cuando la paciente se somete a tratamiento quirúrgico del prolapso, se debe ofrecer también asociar una técnica anti-incontinencia. La utilización de una banda libre de tensión junto a la cirugía del prolapso presenta tasas de curación similares a cuando se realizan de forma aislada.

En la literatura encontramos algunos estudios que muestran que las complicaciones, sobre todo a corto plazo, son mayores cuando se asocian ambas cirugías, por lo que algunos autores defienden la cirugía secuencial, es decir, intervenir en primer lugar el prolapso reevaluando después la incontinencia e intervenir en caso de que sea necesario. Este planteamiento puede ser una opción sobre todo en aquellos casos donde la incontinencia asociada no sea muy grave y donde la demora a la hora de realizar la segunda intervención no sea excesiva pero es necesario informar detenidamente a la paciente para generar expectativas reales de los resultados de la cirugía a la que se va a someter.

Las bandas libres de tensión suponen hoy en día el tratamiento quirúrgico de elección para la incontinencia de orina de esfuerzo por la relativa simplicidad de su realización y los excelentes resultados funcionales, así como la baja tasa de complicaciones. El principio en el que se basa este tipo de técnica es dar un soporte a la uretra y conseguir limitar la hipermovilidad de la uretra en las maniobras de Valsalva.

Las tasas de éxito de las bandas libres de tensión transobturadoras, que fue la técnica elegida en este caso, a medio plazo son del 90%. Este tipo de banda presenta, en general, menos complicaciones que las bandas retropúbicas. Entre ellas podemos encontrar infecciones urinarias, disfunciones miccionales transitorias, exposición de la malla suburetral y dolor a nivel de la ingle y porción interna del muslo. El riesgo de perforación vesical es menor que en el abordaje retropúbico por lo que la cistoscopia intraoperatoria no es necesaria si no existen dificultades en la técnica.

La cirugía uroginecológica tiene riesgo de presentar disfunción de vaciado por lo que en el seguimiento posterior es importante, aún en ausencia de síntomas, asegurar que existe un adecuado vaciado vesical, sobre todo en aquellas cirugías en las que utilizamos material protésico, ya que el riesgo en estos casos es mayor. Por ello, las principales guías de práctica clínica recomiendan realizar una medición de residuo postmiccional, ya sea por cateterismo o por ecografía, antes de dar de alta a una paciente sometida a cirugía anti-incontinencia.

Cuando en el seguimiento a medio o largo plazo aparece disfunción de vaciado esta puede estar producida por una banda con excesiva tensión aunque en ocasiones se asocian otros factores como un detrusor hipocontractil que hacen difícil la decisión de si la sección de la banda y la liberación de parte de la tensión resolverán o no la sintomatología.

Para ello la ecografía de suelo pélvico puede resultar de utilidad en la toma de decisiones ya que nos permite valorar la posición de la banda y su relación con la uretra. Disponemos de trabajos que nos describen las características ecográficas que presenta una banda colocada adecuadamente y normofuncionante entre las que encontramos: posición en tercio medio uretral, distancia entre banda y pared posterior de la uretra entre 3-5 mm, que no produzca rectificación de la luz uretral, con una forma plana en reposo y en C al Valsalva, simétrica en el plano transversal, con un movimiento concordante al movimiento uretral en la maniobra de Valsalva y sin deslizamientos hacia el meato uretral o el cuello vesical.

En el caso presentado la ecografía nos muestra que la banda produce una rectificación de la luz uretral en relación con una excesiva tensión y está muy próxima al cuello vesical por lo que es probable que tras la sección puedan mejorar los síntomas. Se trata de una cirugía no exenta de complicaciones debido a que habitualmente encontramos la malla totalmente integrada en los tejidos por lo que la mayoría de los autores recomiendan realizar una sección lateral para evitar la lesión de la uretra, inicialmente de forma unilateral ya que puede resolver la obstrucción y se minimiza el riesgo de recurrencia de la incontinencia de esfuerzo ya que se mantiene cierto soporte uretral. En caso de no ser suficiente se podría realizar la sección en el lado contrario que irá asociado a un riesgo elevado de recurrencia de la IUE.

BIBLIOGRAFIA

- Díez I, Cassadó J, Martín A, et al. Prolapso de los órganos pélvicos. Guía de Asistencia Práctica SEGO (2019).
- Disfunción de vaciado y retención aguda de orina. Guía de Asistencia Práctica SEGO (2018).
- Ford AA, Rogerson L, Cody JD et al. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No: CD006375.
- Kociszewski J, Fabian G, Grothey S, Kuszka A, Zwierzchowska A, Majkusiak W, et al. Are complications of stress urinary incontinence surgery procedures associated with the position of the sling? International Journal of Urology. 2017 Feb 1;24(2):145–50.