



Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro



Editorial

¿Las agujas no matan?

Needless do not kill?

El entendimiento de los conceptos fisiopatológicos de la incontinencia urinaria de esfuerzos (IUE) ha cambiado en los últimos años; esto ha provocado el desarrollo de nuevas terapias y técnicas quirúrgicas.

Los cabestrillos sintéticos mínimamente invasivos como el *Tension-free Vaginal Tape* (TVT) que reemplazaron la colposuspensión de Burch para el tratamiento de la IUE se han vuelto la técnica preferida en la última década. Varios factores han contribuido a la popularización de los cabestrillos, dentro de estos el hecho de que técnicas como las suspensiones con agujas de Pereira y sus variantes no pasaron el test del tiempo. Sin embargo, el pasaje ciego de agujas largas y la tracción del cabestrillo han permanecido como pasos principales en todas las técnicas.

Los cabestrillos sintéticos presentan muchas ventajas sobre los cabestrillos autólogos. Las nuevas técnicas permiten que los procedimientos sean desarrollados bajo anestesia local e incluso sean ambulatorios. Reduciendo el dolor postoperatorio y la incapacidad, lo que da una ventaja adicional al reducir los costes de forma general¹. Sin embargo, los cabestrillos sintéticos también traen algunas complicaciones nuevas relacionadas a la cinta y a las técnicas, algunas de las cuales han demostrado ser potencialmente letales^{2,3}. La mayoría de las principales complicaciones se relacionan al pasaje ciego de las agujas⁴. La reducción del diámetro de las agujas ayudó pero no fue suficiente para resolver estos problemas, los cuales pueden ocurrir hasta en las manos más experimentadas. En 2001 Delorme desarrolla el *Trans-Obturator Tape* (TOT) como una alternativa al procedimiento de TVT. Este procedimiento elimina el riesgo relacionado con la perforación del espacio retropúbico⁵. Un estudio reciente ha demostrado la equivalencia de ambas técnicas⁶.

La complicación más común es la perforación vesical durante el pasaje de las agujas. Muchos estudios reportan una tasa de perforación vesical de entre el 1 y el 15%, con un promedio del 5%. La técnica con TOT está asociada con menor incidencia de lesión uretral y vesical, reportándose en menos del 1% de los pacientes y presentándose principalmente durante la curva de aprendizaje del procedimiento⁴. El sangrado es otra importante complicación que puede ocurrir durante el pasaje de las agujas. Si se presenta en el espacio retropúbico puede ser difícil de manejar ya que la exposición del plexo venoso perivesical es difícil. Igualmente se debe tomar cuidado durante el pasaje lateral de la agujas, para

evitar lesionar vasos mayores (vena y arteria ilíaca externa). El hematoma retropúbico sintomático ocurre en 1-5% de los pacientes. El manejo inicial es conservador, con vigilancia cuidadosa, reposo, analgesia y antibióticos profilácticos. A fin de reducir los mayores riesgos, ha sido descrita la aplicación de una cinta libre de tensión reconstruyendo el soporte uretral, al ser anclada al músculo obturador interno bilateralmente (a nivel del arco tendíneo). Así se puede evitar la lesión de vasos mayores o segmentos de intestino.

Una década atrás se aplicó este principio pero por un material menos que óptimo se obtuvo una inaceptable tasa de extrusión^{7,8}. Resultados a largo plazo con el cabestrillo arco a arco usando submucosa intestinal porcina produjeron 60% de buenos resultados 7 años posprocedimiento⁹. La ausencia de un sistema de anclaje e instrumentos apropiados fueron los principales obstáculos para su uso diseminado. El primer equipo comercial disponible fue el *Tissue Fixation System* (TFS), usando dos anclajes de polipropileno y tela multifilamentosa. El reporte preliminar reveló tasas de cura similares y menos complicaciones que el TOT⁴. Muchos otros dispositivos están disponibles; algunos de ellos dependen de la integración de la cinta para su fijación adecuada, por lo tanto presentan hasta un 30% de falla en el primer mes postoperatorio. Otros dispositivos utilizan sistemas de fijación tipo columnas en espina de pescado, que permiten una fijación inmediata y unos buenos resultados preliminares.

Estos estudios preliminares reportan ausencia de dolor, exposición de la tela, complicaciones vasculares o viscerales¹⁰. Sin duda, unos resultados sorprendentes. Pero hay que decir que aun los procedimientos mínimamente invasivos requieren un periodo de aprendizaje y que las fallas son igualmente una complicación. Con este punto, todo lo que queremos decir es que estos mini cabestrillos pueden ser una atractiva y promisoría alternativa a las actuales cintas, debiendo probar aún que los buenos resultados presentados serán duraderos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 1996;7:81-6.
2. Bafghi A, Iannelli A, Trastour C, Bernard A, Bongain A, Gigenheim J. Bowel perforation as late complication of tension-free vaginal tape. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34:606-7.

3. Deng YD, Rutman M, Raz S, Rodriguez L. Presentation and management of major complications of midurethral slings: are complications under-reported? *Neurology and Urodynamics*. 2007;52:26-46.
4. Petros PE, Richardson PA. Midurethral Tissue Fixation System sling- a micromethod for cure of stress incontinence- preliminary report. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2005;45:372-5.
5. Delorme E. La bandellette trans-obturatrice: un procede mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Progrès en Urologie*. 2001;1:1306-13.
6. Ritchter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. TOMUS (Trial of Midurethral Slings). Retropubic versus Transobturator Midurethral Slings for Stress Incontinence. *N Engl J Med*. 2010:362-2066.
7. Palma PCR. "Sling" tendineovaginal de pericárdio bovino. Experiência inicial. *J Bras Ginecol*. 1999;109:93-7.
8. Martucci RC, Ambrogini A, Calado AA, Zerati M, Muller MEA. Pubovaginal Sling with Bovine Pericardium for Treatment of Stress urinary incontinence. *Braz J Urol*. 2000;26: 118-229.
9. Palma P, Riccetto C, Fraga R, Martins M, Reges R, Rodrigues Netto Jr N. Seguimiento a largo plazo del soporte uretral tendinoso: um enfoque anatômico para incontinência urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp*. 2007:759-63.
10. Palma P, Riccetto C, Reges R, Fraga R, Miyaoka R, Herrmann V, et al. Arcus to arcus microsling: technique and preliminary results. *Int Urogynecol J*. 2008;19:1133-6.

P.C. Rodrigues Palma

Sección Urología Femenina, División Urología, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidade Estadual de Campinas (Unicamp),
San Paulo, Brasil

Correo electrónico: ppalma@uol.com.br

R. Capmartin Salinas

Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia

0210-4806/\$ - see front matter

© 2010 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.acuro.2010.08.001