

**CINTA VAGINAL LIBRE DE TENSIÓN Y SU IMPACTO EN EL
TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
TENSION FREE VAGINAL TAPE AND ITS IMPACT ON STRESS
URINARY INCONTINENCE TREATMENT**

Autora:

Dra. Ma. Verónica Núñez Manssur

Especialista en Ginecología y Obstetricia. UCSG.

Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

Director del Trabajo:

Dr. Leonel Jaramillo

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Médico Tratante Clínica de Uroginecología. Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

Director de la Institución:

Dr. Xavier Loor

Especialista en Cirugía General

Director del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Resumen

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) afecta al 37% de las mujeres y causa un impacto significativo en su rol sexual y social. Con el objetivo de conocer el impacto que ha tenido la aplicación de la técnica de uretropexia con Cinta Vaginal Libre de Tensión (CVLT) en la corrección de este desorden, y así poder contar con información para evaluar los resultados obtenidos, se diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo, que recopila todos los casos presentados en el Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, en el período enero 2006 - junio 2007. El análisis estadístico se realizó mediante estadígrafos, tasas y porcentajes. Los resultados fueron: edad media de las pacientes, 51 años; tiempo quirúrgico promedio 43 minutos; complicaciones transquirúrgicas, escasas, y postquirúrgicas altas (21%), pero de fácil resolución; la estancia hospitalaria no superó las 9 horas. La colocación de la CVLT soluciona en un 95% la IUE.

Palabras clave

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Cinta Vaginal Libre de Tensión.

Summary

Stress Urinary Incontinence (SUI) affects 37% of women and has a significant impact in sexual and social levels. In order to know the impact of the implementation of the Tension-free Vaginal Tape in the treatment of this disorder in a manner that might have information to evaluate the results, it was designed a descriptive and retrospective study that collects all cases showed at the “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” Hospital between

January 2006 – June 2007. Statistical analysis was performed using statisticians, rates and percentages. The results were: patients who did placement TVT are on average 51 years old; on average placement TVT lasts 43 minutes; surgical complications are rare, and postsurgical complications are high (21%), but are easy to be solved. Patients treated ambulatory time was less than 9 hours. The placement of TVT solves 95% of the SUI.

Key words

Stress Urinary Incontinence, Tension-free Vaginal Tape.

Introducción

La IUE se define como la pérdida involuntaria de orina, que constituye un problema higiénico y/o social, incapacitando a la mujer para desarrollar una vida social y sexual plena. Esto motivó una búsqueda permanente de soluciones, probándose diversos fármacos y técnicas quirúrgicas, a través de muchos años, todas con una alta tasa de fracasos y recidivas.

La aparición de nuevas teorías que explican la disfunción del cierre de la uretra en las mujeres con IUE, generaron hace 11 años el desarrollo de nuevas técnicas que buscaban corregir el problema mediante la aplicación de mallas protésicas en la parte media de la uretra colocadas a través de la vagina (fig. 1), intervención que se popularizó primero en Europa, más tarde en los Estados Unidos, y desde hace aproximadamente 2 años, se introduce en el Ecuador bajo el concepto de Cinta Vaginal Libre de Tensión o TVT (por sus siglas en inglés "Tension-free Vaginal Tape"). Desde enero del 2006 se empieza a emplear en la Clínica de Uroginecología del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", contando en

la actualidad con cerca de 170 casos, los cuales no han sido presentados de manera formal, lo que ha impedido la valoración del impacto de esta técnica en este desorden uroginecológico, siendo esto fundamental para promover la continuidad de su uso o el posible cambio de la tecnología por una con mayores beneficios. Por ello, este proyecto pretende ser el primer aporte de información en relación a la experiencia de este dispositivo en el país.

Materiales y métodos

Con el fin de evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de esta técnica en el manejo de la IUE se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el período comprendido entre el 1º de enero del 2006 al 30 de junio del 2007. El estudio incorporó 82 pacientes, quienes fueron atendidas en la Clínica de Uroginecología del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. Se incluyeron pacientes que presentaban IUE pura; y fueron excluidas aquellas con antecedentes de intervenciones previas por incontinencia.

Se procedió a recopilar la información mediante un formulario de recolección de datos, revisando el registro de intervenciones de quirófano y el expediente clínico de las pacientes estudiadas. El análisis estadístico se realizó mediante el empleo de estadígrafos, tasas y porcentajes.

Resultados

La edad de las pacientes oscilaba entre los 20 y 89 años de edad, con un aumento del número de casos en edades comprendidas entre 40 y 59 años (75%) (Gráfico I). El promedio de edad de las pacientes incorporadas a la investigación fue de 51 años.

El tiempo empleado para la colocación del TVT para solucionar un problema de IUE pura, fue en la mayoría de las ocasiones de 41 a 60 minutos, con un promedio de 43 minutos. Mientras que en pacientes en quienes se realizó la colocación del TVT junto a otra intervención para corregir algún grado de prolapso y/o desgarro perineal, el tiempo promedio fue de 75 minutos.

Complicaciones transquirúrgicas fueron reportadas en el 7% de los casos. En el 83% de los casos esta lesión fue de tipo nerviosa, mientras que solo se reportó un caso de lesión vascular. Esta lesión nerviosa fue reportada en mayor proporción cuando se realizó la intervención colocando TVT y corrigiendo un desgarro posterior (67%), y solo se reportó en 2 pacientes cuando se realizó colocación exclusiva del TVT (33%).

Complicaciones postquirúrgicas se reportaron en 17 pacientes (21%) (Gráfico II), éstas fueron en la mayoría de los casos infección del tracto urinario (ITU) (39%), dificultad miccional (39%) y en 5 pacientes la ITU se combinó con dificultad miccional; también se presentó ITU sumado a retención urinaria en 3 casos. Las cirugías en las que se reportaron la mayor cantidad de complicaciones fueron las de TVT más colpoplastia anterior (17%).

Las pacientes en quienes se realizó la colocación exclusiva del TVT fueron tratadas ambulatoriamente, permaneciendo hospitalizadas en la mayoría de los casos de 6 a 10

horas; en promedio el tiempo de estancia hospitalaria fue de 9 horas. En las pacientes hospitalizadas el tiempo promedio fue de 2 días.

Reingresos fueron reportados en 5 casos (6%) (Gráfico III), y de ellos únicamente uno con antecedentes de haber sido intervenido sólo con TVT, los restantes se acompañaron de otras intervenciones.

La tasa de fracasos en el estudio fue del 5% (4 pacientes), es decir que se consideró que la causa que originó la intervención se solucionó en el 95% de las ocasiones (78 pacientes) (Gráfico IV).

Discusión

El estudio reproduce con facilidad los reportes ampliamente favorables a la aplicación de este procedimiento para solucionar la IUE. Cabe recalcar que las pacientes intervenidas han podido recibir seguimiento y ninguna ha sido reportada como abandono. Tal vez el único reparo pudiera ser el tiempo de seguimiento, ya que las intervenciones se vienen realizando desde el febrero del 2006.

El promedio de edad de las pacientes incluidas en el estudio es de 51 años y en los reportes encontrados éste difiere mucho, por ejemplo, en varios estudios realizados en España, en Navarra (11), Pamplona (9) y Málaga (17), se incluyeron pacientes con una edad promedio 57 y 59 años, en tanto que estudios realizados en Valparaíso-Chile reportan una edad promedio de 53 años. Sin embargo es importante hacer una referencia en este sentido; en países europeos la tendencia a la multiparidad es baja, generalmente las pacientes presentan entre 1 a 2 partos durante toda su vida y a pesar de que Chile es un país latinoamericano la gente del Sur de América tiende a tener un

comportamiento con gran influencia extranjera, especialmente de Europeos. En este grupo geográfico también es frecuente el embarazo a edades mayores y es bien sabido que el parto es un factor de riesgo para desarrollar Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (urgencia) (5, 7, 8, 10, 12, 13, 16). En todo caso la mayoría de las pacientes (considerando la DE y la IC de algunos estudios), se encontraban en edad donde la probabilidad de estar en un período postmenopáusico o de climaterio era altamente posible, y no podemos olvidar que en este período, los cambios hormonales tienen gran influencia en el desarrollo de trastornos de suelo pélvico (15, 18 - 20), lo que es fundamental en el desarrollo de IUE.

En relación al tiempo que se empleó para realizar la intervención quirúrgica varió si únicamente se colocó TVT o se realizó junto a otra intervención pero se menciona un tiempo promedio de 43 minutos, lo que es significativamente mayor que los reportes de otros estudios. Por ejemplo en un estudio realizado por Liapis en el que se comparó TVT vs TVT-O se menciona un tiempo promedio para la colocación del primero de $17,4 \pm 6,9$ minutos. Otros estudios también reportan tiempos menores por ejemplo Ulmsten reportó una media de 28 minutos, Morán et al y Wang et al de 29 minutos. Como es obvio, en las Incontinencias Urinarias mixtas que requieren de intervenciones adicionales, el tiempo empleado fue mayor. En la serie que se presentó el tiempo promedio fue de 75 minutos, en este caso el estudio de Parada y cols. también reporta un aumento considerable del tiempo medio de cirugía que en este caso fue de 90 minutos (60 - 120 minutos). En esto hay que considerar algunos aspectos, en la presente serie investigativa, el tiempo de la cirugía se tomó según el record anestésico e incluyó el tiempo de preparación de la paciente por parte del cirujano, hasta que éste la considerara apta para

abandonar el quirófano; esta precisión parece importante ya que la intervención misma no requirió más de 15 minutos para su colocación que es una de las ventajas más impresionantes de esta técnica.

Respecto a las complicaciones en el estudio se señala que las transquirúrgicas fueron escasas (6/82) lo que se encuentra entre la tasa esperada ya que varios estudios señalan complicaciones transquirúrgicas entre el 1% al 23%. A pesar de que en todos los estudios se mencionan frecuentemente las lesiones del uréter, la vejiga y la hemorragia como frecuentes (9), en nuestro estudio 5 de los 6 casos de complicaciones transquirúrgicas fueron lesiones nerviosas que se manifestaron con disestesias y que parecerían más producto de la posición de litotomía que por causa de la cirugía. En general las lesiones nerviosas se reportan como infrecuentes, sin embargo si se han descrito lesiones sobre todo del obturador y del nervio ileoinguinal.

En relación a las complicaciones postquirúrgicas las más frecuente fueron, la dificultad miccional (19/82) y la ITU (16/82), en 5 pacientes estas coexistieron. Si bien se menciona que la retención urinaria es la más frecuente de las complicaciones postquirúrgicas que se producen como resultado de la colocación del TVT, ésta solo se presentó en 3 pacientes, en 2 de ellas como complicación sola y en otra acompañando a una ITU. Sólo un estudio menciona un 5% de ITU como complicación postoperatoria pero esto es extremadamente más bajo que lo reportado en este estudio donde las ITU tuvieron una frecuencia de más del 39%.

Las bajas estancias hospitalarias reportadas para esta técnica son una constante en todos los estudios que se han realizado hasta el momento y los períodos de 48 horas

suelen repetirse con frecuencia, solo en el caso de importantes complicaciones (1 - 4, 6, 14) el tiempo de hospitalización se encuentra notablemente incrementado.

La tasa de fracasos en el estudio fue del 5% lo que es algo menor al de otras series investigativas ésta se encuentra entre el 7% al 15% (9, 11), sin embargo en un estudio multicéntrico llevado a cabo en 272 pacientes seguidas quienes tuvieron 5 años de controles postquirúrgicos la resolución del problema llegó a un 2,4% (17).

Conclusiones

En la actualidad la tecnología del TVT es la mejor para la corrección de la IUE pura o asociada a prolapso. Esta afirmación se fundamenta en los siguientes resultados del estudio:

- El tiempo promedio de duración de la colocación de la CVLT es de 43 minutos.
- La colocación de este dispositivo puede realizarse junto con otras intervenciones como reparaciones de la pared anterior o posterior de la vagina, o histerectomías abdominales o vaginales.
- Las pacientes que son intervenidas para colocación de TVT exclusivamente pueden ser tratadas de forma ambulatoria, y la estancia hospitalaria no supera las 10 horas, lo cual representa una importante disminución en los gastos hospitalarios, y una pronta incorporación de la paciente a su vida diaria y laboral.
- Hasta el momento la colocación del TVT no ha reportado casos mortales, y las complicaciones han sido relativamente pocas y de fácil resolución.

Los resultados de la colocación de TVT se relacionan en el 95% de las ocasiones con la solución de la IUE.

Referencias bibliográficas

1. Bader G., Fauconnier A., Roger N., Heitz D., Ville Y.: Cystocele repair by vaginal approach with a tension-free transversal polypropylene mesh. Technique and results. *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 32 (4): 280 - 284, 2004.
2. Burch J.: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 81: 281, 1961.
3. Carey M., Dwyer P.: Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 13 (5): 499 – 505, 2001.
4. De Tayrac R., Gervaise A., Fernández H.: Cystocele repair by the vaginal route with a tension-free subbladder prosthesis. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Paris – Francia*, 31 (6): 597 – 599, 2002.
5. Deval B., Rafii A., Poilpot S., Aflack N., Levardon M.: Prolapse in the young woman: study of risk factors. *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 30 (9): 673 - 676, 2002.
6. Fenner D.: New surgical mesh. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 43 (3): 650 – 658, 2000.
7. Graham C., Mallett V.: Race as a predictor of urinary incontinence and pelvis organ prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 185 (1): 116 – 120, 2001.
8. Harvey M.: Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, 25 (6): 487 – 498, 2003.
9. Hualde A., et al.: Nuestra experiencia a 5 años y medio en TVT. *Actas Urol. Esp.*,

- 30 (2): 181 – 185, 2006.
- 10.** Huddleston H., Dunning D., Mitchell D., Davis R., Burlison R.: The Puddle Signs Virtual Paravaginal Defects. *Journal of Pelvic Surgery.*, 8 (1): 15 – 18, 2002.
 - 11.** Jiménez J.: TVT: 3 años de experiencia. *Actas Urol. Esp.*, 28 (1): 13 – 20, 2004.
 - 12.** Luber K., Boero S., Choe J.: The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 184 (7): 1493 – 1501, 2001.
 - 13.** Maclennan A., Taylor A., Wilson D.: The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.*, 107 (12): 1460 – 1470, 2000.
 - 14.** Marshall V., Marchetti A., Krantz K.: The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 88: 509, 1949.
 - 15.** Methfessel H., Koelbl H.: Periurethral connective tissue status of postmenopausal women with genital prolapse with and without stress incontinence. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 82 (7): 659 – 664, 2003.
 - 16.** Piya-Anant M., Therasakvichya S., Leelaphatanadit C., Techatrisak K.: Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J. Med. Assoc. Thai.*, 86 (6): 509 -515, 2003.
 - 17.** Sanz P.: TVT para la continencia urinaria femenina. Estudio multicéntrico español. *Actas Urol. Esp.*, 29 (7): 632 – 640, 2005.
 - 18.** Soderberg M., Falconer C., Bystrom B., Malmstrom A., Ekman G.: Young women with genital prolapse have a low collagen concentration. *Acta Obstet. Gynecol.*

Scand, 83 (12): 1193 – 1198, 2004.

- 19.** Swift S., Woodman P., O'boyle A., Kahn M., Valley M., Bland D., Wang W., Schaffer J.: Pelvic Organ Support Study (POSST) the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am. J. Obstet. Gynecol., 192 (3): 795 – 806, 2005.
- 20.** Wei J., De Lancey J.: Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. Clin. Obstet. Gynecol., 47 (1): 3 – 17, 2004.

GRÁFICOS

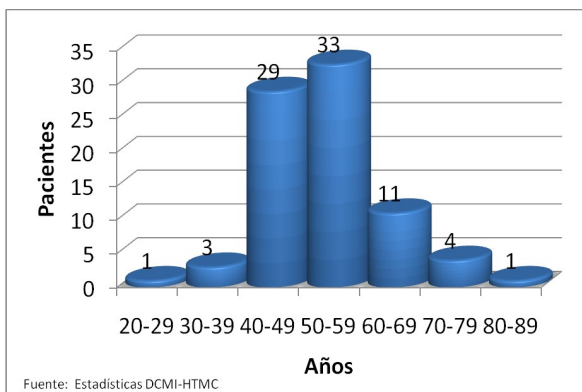
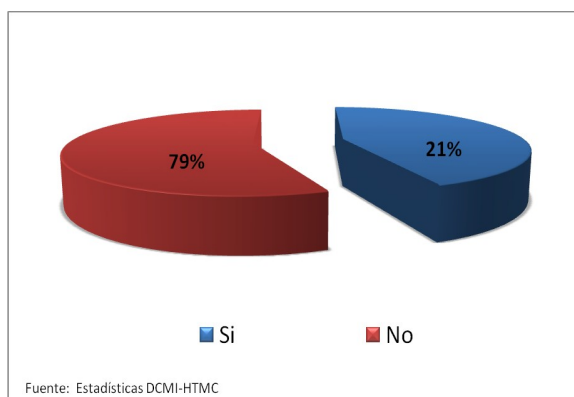


Gráfico I.- Edad de las pacientes con IUE tratadas con TVT.

Gráfico II.- Complicaciones postquirúrgicas tras la colocación del



TVT.

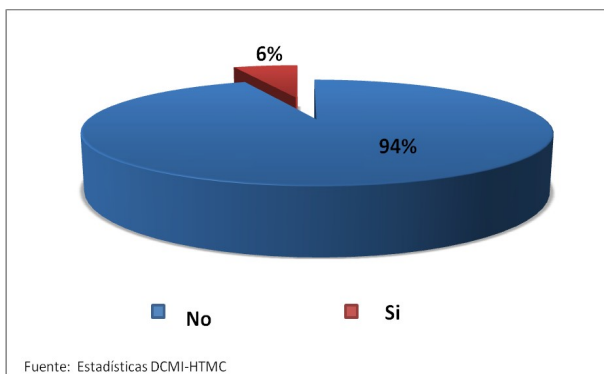


Gráfico III.- Reingreso posterior a colocación de TVT

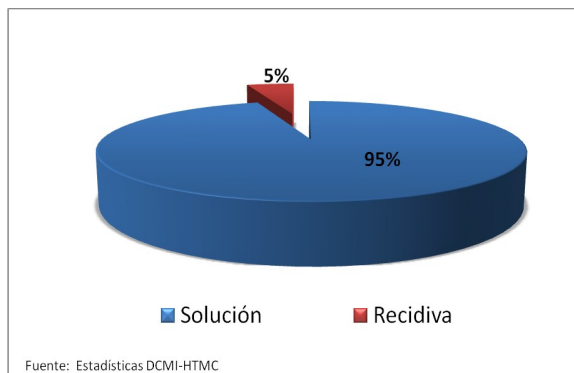


Gráfico IV.- Resultado de la colocación de TVT por IUE.

FIGURAS

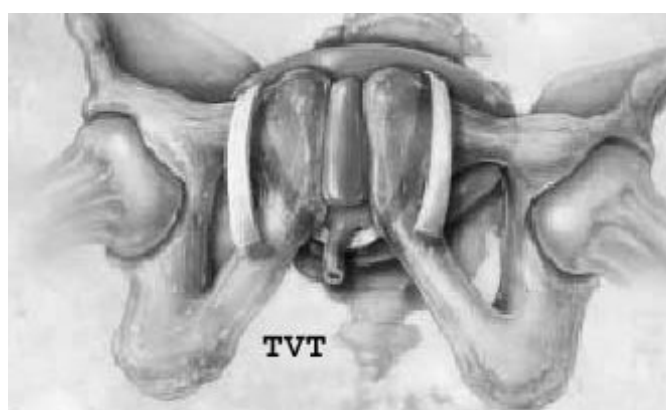


Fig. 1.- Vista frontal de la colocación de la TVT.

<http://www.ginecoguayas.com/>