

Manejo de la incontinencia en pacientes con cistocele moderado y severo

G. BOCARDO, J. MORENO, E. REDONDO, J. CORRAL, A. SILMI

Cátedra y Servicio de Urología
Hospital Clínico San Carlos
Madrid

INTRODUCCIÓN

El descenso vesical prolapsado a través de la vagina se produce como consecuencia de las alteraciones en el soporte muscular y en los ligamentos del suelo pélvico, que en condiciones normales, mantiene dichos órganos en una posición intraabdominal.

En la pelvis osea es donde están ancladas las principales estructuras de soporte músculo-aponeurótico de los órganos pélvicos. El principal soporte muscular de la vagina, uretra y recto, lo constituye los músculos coccigeo y elevador del ano, destacando la aponeurosis de éste último. Esta aponeurosis presenta 4 condensaciones, que es importante que conozcamos para la comprensión de las diferentes técnicas quirúrgicas. En orden descendente son: los ligamentos pubouretrales, uretropélvicos, pubocervicales y los cardinales-sacrouterinos. La aparición de los diferentes grados de cistocele viene determinada por la combinación de defectos anatómicos de dicho suelo.

Dependiendo de la localización podemos diferenciar tres tipos de defectos:

- Defecto central: la herniación vesical se produce en la línea media por falta de soporte pubocervical. En este caso, esta fascia y el ligamento uretropelviano permanecen aún unidos a la pared lateral de la pelvis.
- Defecto lateral: Se produce la herniación como consecuencia de la debilidad o desprendimiento de la inserción de la fascia pubocervical y del ligamento uretropelviano de la pared lateral pélvica.

- Defecto combinado: Se da en los grandes cistoceles. Es el más frecuente y representa una asociación de los dos anteriores^{1, 2}.

CLASIFICACIÓN DE LOS CISTOCELES

En condiciones normales, la base vesical se debe encontrar por encima de la rama inferior de la sínfisis del pubis. Nos encontramos ante un cistocele si en reposo o en condiciones en las que aumenta la presión abdominal se produce un descenso de la base vesical de 1 a 2 cms.

El cistocele puede clasificarse atendiendo a criterios clínicos y/o radiológicos.

En la clasificación clínica podemos diferenciar cuatro grados:

- Grado I: Presenta hipermovilidad del cuello vesical.
- Grado II: Al realizar la maniobra de Valsalva se produce un descenso vesical hasta el introito.
- Grado III: El prolapso vesical va más allá del introito con la misma maniobra.
- Grado IV: En este caso el prolapso va más allá de los labios de la vulva tanto en reposo como en Valsalva, siendo más llamativo al realizar dicha maniobra.

En la clasificación radiológica son tres los grados que encontramos:

- Grado I: La base vesical está justo por debajo del borde inferior de la sínfisis del pubis.
- Grado II: Presenta un prolapso de 2 a 5 cms por debajo de la sínfisis del pubis.
- Grado III: Se asocia a una grosera protusión del cistograma.

Por otra parte, Blaivas y Olsson establecen una clasificación para el cistocele atendiendo a la combinación de la movilidad de la base vesical y el grado de apertura radiológica del cuello de la vejiga:

- Grado 0: Refiere una historia típica de incontinencia de esfuerzo pero no es objetivable en la exploración ni en el estudio urodinámico. El cuello y la uretra proximal permanecen radiológicamente cerrados en reposo y se abren durante el esfuerzo.

- Grado I: El cuello y la uretra están cerrados y no descendidos en reposo. Con el esfuerzo aparecen ambos abiertos menos de 2 cms, con un mínimo cistocele o sin él. En este caso sí se objetiva la incontinencia.
- Grado IIA: El cuello está cerrado y no descendido en reposo. Con el esfuerzo aparecen ambos abiertos y descendidos más de 2 cms y acompañados de un cistouretrocele. También se objetiva la incontinencia.
- Grado IIB: El cuello está cerrado en reposo y descendido por debajo de la sínfisis del pubis. Con el reposo puede o no descender más. La uretra proximal está abierta y se objetiva la incontinencia.
- Grado III: El cuello y la uretra proximal están abiertos en reposo y sin contracción del detrusor. No se aprecia la función esfinteriana uretral. Aparece incontinencia con la bipedestación o con mínimos esfuerzos³.

ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

Aunque resulte sorprendente no hay estudios sobre la incidencia de formación de cistoceles. También se desconoce su historia natural, por ejemplo, ignoramos si los cistoceles grados I-II evolucionan inevitablemente a grados III-IV o son procesos independientes.

Por otra parte, aunque es cierto que el grado de cistocele no se relaciona de forma absoluta con el grado de incontinencia de estrés, ambos, en cierta manera, están relacionados. De hecho, hay cistoceles de gran tamaño que no se acompañan de incontinencia de esfuerzo sintomática, pero su total corrección puede asociarse a una incontinencia prácticamente completa⁴.

A la debilidad del suelo pélvico contribuyen factores como el hipoes-trogenismo postmenopáusico, la obesidad, el número de embarazos, los partos instrumentales, las gestaciones gemelares, las intervenciones quirúrgicas previas (vaginales, pélvicas, abdominales, endoscópicas, radicales o traumatológicas).

Al cistocele puede asociarse la incontinencia urinaria dentro de un cuadro variado de enfermedades, como son: la diabetes, enfermedades neurológicas previas (Parkinson, polineuropatías, polirradiculopatías), traumatismo o cirugía medular previos y malformaciones congénitas del aparato urinario. Además, se debe investigar sobre la utilización de cualquier fármaco que pueda alterar la dinámica miccional¹.

CLÍNICA DEL CISTOCELE

Aunque generalmente se piensa que los cistoceles son asintomáticos, no es raro que la paciente presente pesadez, presión pélvica, sensación de bulto en vagina y dispareunia. También puede referir sintomatología miccional irritativa y obstructiva, con dificultad de inicio, chorro entrecortado, sensación de micción incompleta con flujos miccionales disminuidos, incluso puede asociarse con retención aguda de orina. Esta sintomatología va a depender fundamentalmente del grado de cistocele que presente.

Referirá incontinencia urinaria de esfuerzo, aunque la ausencia de la misma no es un dato fiable del verdadero comportamiento vesical debido a que el defecto vaginal anterior puede condicionar una obstrucción.

En los cistoceles grados IV se puede producir una hiperangulación ureteral y ser causa de uropatía obstructiva del tracto urinario superior¹. Tampoco son infrecuentes las infecciones urinarias de repetición ya que puede presentar volúmenes residuales altos.

DIAGNÓSTICO DEL CISTOCELE

Su diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y los métodos de imagen. A esto debe añadirse un estudio urodinámico. Si corregimos una incontinencia de esfuerzo y en el mismo acto quirúrgico no reparamos el cistocele, la simple elevación del cuello vesical puede dar lugar a una obstrucción uretral y a una exacerbación del cistocele.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración mostrará el prolapso de la pared vaginal anterior, especialmente si tiene la vejiga llena y se le invita a realizar una maniobra de Valsalva. Ha de realizarse este examen en bipedestación y en decúbito. En estas posiciones se ha de intentar reducir el cistocele y valorar la coexistencia de una incontinencia urinaria de esfuerzo.

A veces lo que se detecta es una hipermovilidad uretral asociada al cistocele, en el acto quirúrgico han de repararse ambos trastornos, ya que si no, puede que se desarrolle una IUE de novo en el postoperatorio (McGuire 1988). Un cistocele grado IV puede presentar ulceraciones y alteraciones epiteliales de la mucosa vaginal prolapsada.

Es importante distinguir en la exploración si el prolapso es de la pared anterior (cistocele) o de la pared posterior de la vagina (siendo entonces un rectocele) o se asocian ambas situaciones. La compresión con una valva, o si carecemos de la misma, con dos dedos, de una y otra pared alternativamente mientras realiza la maniobra de Valsalva suele aclarar el diagnóstico.

MÉTODOS DE IMAGEN

La *cistografía sola o asociada al estudio radiográfico del tracto urinario superior*, es la prueba complementaria necesaria para valorar el grado de cistocele. Mostrará el descenso de la base vesical con modificaciones del eje de la uretra o sin ellas. El cuello vesical puede estar infundibulizado y a veces se demuestra la incontinencia de esfuerzo. No es excepcional observar un volumen residual postmiccional elevado en la base vesical prolapsada.

El estudio del tracto urinario superior (*ecografía o urografía intravenosa*) estará indicado si sospechamos un compromiso de los segmentos ureterales distales por la vejiga herniada. La ecografía además, puede determinar la capacidad vesical y cuantificar el residuo postmiccional.

ESTUDIO URODINÁMICO

Con él se podrá determinar la presencia de una micción descompensada, la existencia de datos urodinámicos de obstrucción del tracto urinario inferior, la asociación a una inestabilidad vesical y/o la coexistencia de incontinencia urinaria de esfuerzo. Este estudio ayudará a determinar el *pronóstico quirúrgico de la técnica de corrección que se vaya a realizar*, adquiriendo una especial importancia cuando se tenga que asociar una técnica antiincontinencia¹.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CISTOCELE

Una vez diagnosticado el cistocele y evaluado su grado decidimos el tratamiento más adecuado en cada caso. En general, los cistoceles grado I no precisan corrección. La reparación de un cistocele grado IV requiere una reparación formal del mismo simultáneamente con una suspensión del cuello vesical, independientemente de que exista o no, una inconti-

nencia preoperatoria; ya que si se repara exclusivamente el cistocele existe el riesgo de que se desarrolle una incontinencia de esfuerzo de novo al alterar la relación anatómica entre la vejiga y la uretra.

El cistocele severo es frecuente que se asocie con otros prolapsos (enterocele, rectocele, etc.). Es preciso una corrección simultánea de estos trastornos para conseguir un soporte completo del piso pelviano.

Aunque existen numerosas técnicas quirúrgicas para la corrección de los defectos de la pared anterior vaginal, en general, las indicaciones son bastante imprecisas¹².

TÉCNICA DE KELLY: COLPORRAFIA ANTERIOR

Es una de las primeras técnicas que se describió para el tratamiento de la IUE. Actualmente se sigue realizando con pocas variaciones respecto a la primera descripción de Kelly en 1914.

La colporrafia anterior puede realizarse de forma independiente para la corrección de los defectos de la pared anterior, o bien asociada a otras intervenciones como son: técnicas endoscópicas u operaciones de suspensión uretral en la IUE, durante intervenciones ginecológicas como la histerectomía, o asociada a reparaciones de la pared posterior vaginal con rectocele.

Esta técnica está especialmente indicada en los cistoceles grado IV con defectos centrales. Estos casos suelen asociarse a otros defectos estructurales o de soporte como son: el uretrocele (hipermovilidad uretral), el prolapso uterino, enterocele o rectocele. En un porcentaje elevado hay que realizar una reparación concomitante de estos defectos.

Se coloca a la paciente en decúbito supino con las piernas en posición ginecológica. Debemos limpiar la vagina y el periné con soluciones de povidona yodada. Comenzamos realizando una incisión longitudinal en la línea media de la cara anterior de la vagina por debajo de la uretra hasta cerca del cuello uterino. La mucosa vaginal es separada de la uretra y del cuello vesical, disecando cuidadosamente el plano avascular existente entre vejiga y vagina, liberando lateralmente la fascia pubocervical, llegando a exponer la fascia periuretral y los ligamentos cardinales en la base de la vejiga. Los ligamentos uretropélvicos se liberan del arco tendinoso del obturador para permitir la penetración en el espacio retropúbico y eliminar las adherencias periuretrales. Dicha disección puede facilitarse mediante la inyección submucosa de suero fisiológico con o sin vasoconstrictor para identificar mejor los planos y disminuir la posibilidad de sangrado, aunque nosotros no realizamos esta maniobra.

Una vez finalizada dicha disección se procederá al vaciamiento vesical mediante una sonda de Foley.

Si vamos a realizar la histerectomía antes de la colporrafia anterior, la incisión debe comenzarse en la porción superior del lugar de la histerectomía. Se colocará un clamp de Allis en los bordes de la incisión vaginal para facilitar la disección.

A la técnica original se le puede asociar una técnica de suspensión, para corregir así la posible IUE asociada, como ya hemos comentado. De esta manera, el siguiente paso sería colocar cuatro suturas en espiral de un monofilamento irreabsorbible que abarquen todo el espesor de la pared vaginal con excepción del epitelio, la fascia pubocervical y los ligamentos cardinales. Transferimos las suturas al espacio retropúbico siguiendo los principios de la técnica de Raz, que será descrita posteriormente, y se dejan sin anudar.

Si no asociásemos la técnica de suspensión, lo primero que haríamos sería dar dos puntos con catgut de 2/0 a nivel de la unión uretrovesical, paralelos a la uretra, incluyendo la fascia periuretral en todo su espesor a ambos lados del cuello elevando así el ángulo uretral posterior, y anudaríamos los cabos anteriores entre sí y los posteriores de igual forma.

El siguiente paso, en cualquiera de las dos situaciones, consiste en aplicar de 6 a 8 suturas de catgut crómico de 1/0 o 0, aproximando con ellas la fascia pubocervical (situada a ambos lados de la vejiga) a la línea media, cerrando de esta manera el defecto central. Esta aproximación se extenderá desde la base al cuello vesical, incluyendo los ligamentos cardinales en la porción más posterior. Una vez anudados los puntos entre sí, cerramos la colpotomía recortando el exceso de la pared vaginal tratando de mantener una capacidad funcionalmente adecuada. Para estas suturas se utiliza un material reabsorbible (catgut o cualquier otro) porque si se utiliza prolene puede producir molestias posteriores, como dispareunia, por la persistencia de los cabos punzantes de los nudos de la sutura.

Finalmente si hemos asociado la técnica de suspensión, se anudan las suturas transferidas hasta el espacio retropúbico. Una vez acabada la cirugía se coloca un taponamiento vaginal con povidona yodada que puede retirarse a las 12-24 horas⁶.

Se observó, que con la técnica original (sin asociar una técnica de suspensión), más del 50% de las pacientes intervenidas mostraban recidiva de la incontinencia. Probablemente debido a que la plicatura del tejido parauretral es insuficiente para elevar el cuello vesical y la uretra a su posición retropúbica por lo que en principio no estaría indicada en el tratamiento de la IUE y sólo debe emplearse para la corrección de cistoceles⁷.

En contra de este argumento, Kholi y col, afirman que la asociación de esta técnica a una suspensión transvaginal del cuello vesical con agujas implica un mayor índice de recidiva del cistocele que cuando sólo se realiza la colporrafia. Ellos justifican este hecho por el impacto que la disección vaginal retropúbica tendría sobre la inervación de la pared anterior de la vagina o debido a un defecto paravaginal lateral yatrógeno producido durante el acto quirúrgico⁸.

En 1997, en los datos de las Clinical Practice Guidelines de la AUA, se recogen 4 series con un seguimiento de 12 a 23 meses, incluyendo 270 pacientes que fueron sometidas a la técnica de Kelly, refieren que un 71% presentaron buenos resultados (incluyendo en éstos, tanto las curaciones como las mejorías). En otras series, en las que se incluían 1006 pacientes con un seguimiento de 47 meses, el porcentaje de curaciones descendía al 60%. En esta publicación, recogen las complicaciones acontecidas (no señalan complicaciones intraoperatorias), destacando en el postoperatorio inmediato: un 8% de infecciones del tracto urinario, un 10% de dificultad para el vaciado y un 2% de dispareunia. No señalan la aparición de urgencia, retención ni de inestabilidad de novo. Un 1% precisó ser reintervenidas por presentar una fistula urinaria⁹.

VARIANTE DE INCISIÓN «GOAL-POST» O EN «Y»

En este caso la incisión se realiza en forma de «Y» dejando parte del tejido vaginal en forma de «hamaca» de soporte de la uretra. La hipótesis para el uso de dicha incisión es la del tratamiento de la incontinencia de estrés asociado al cistocele.

Para este procedimiento, Raz describe la localización del complejo mediouretral sobre el que se deben aplicar los puntos de plicatura^{10, 11, 12}.

TÉCNICA DE SHULL

Este procedimiento se utiliza para reparar en un mismo tiempo defectos centrales y paravaginales.

Para ello, Shull y col, idearon una variante técnica en la cual tras una incisión vertical central en la pared vaginal anterior se procede a la colocación de 4 a 6 suturas de 2/0 de material reabsorbible en la condensación del arco tendinoso del obturador a 2 cm de la espina isquiática.

Estos puntos se transfieren posteriormente a través del borde periuretral de la fascia pubocervical y de la vagina (sin incluir su epitelio).

El anudamiento de éstos, se realiza en orden descendente, desde la zona periuretral hasta la cúpula vaginal¹³. En un estudio en el cual las pacientes fueron seguidas durante 18 meses sólo el 21% de ellas presentaron algún tipo de prolapso, todos ellos de escasa importancia y ninguna precisó una nueva cirugía para la corrección de los nuevos defectos presentados.

TÉCNICAS TRANSABDOMINALES DE REPARACIÓN DEL CISTOCELE

Los procedimientos transabdominales como los de Marshall-Marchetti-Krantz o Burch se asocian a índices de éxito similar a los de las técnicas transvaginales. La elección de estas técnicas vendrá determinada por la experiencia del cirujano, aunque hay que tener en cuenta factores como el dolor postoperatorio, morbilidad, riesgo, asociación con otros procedimientos quirúrgicos intrabdominales, imposibilidad de adoptar la postura de litotomía, factores estéticos y días de hospitalización.

Las diferentes técnicas están descritas en el capítulo del Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo^{14, 15, 16, 17}.

REPARACIÓN DEL CISTOCELE ASOCIANDO UNA TÉCNICA DE SUSPENSIÓN

La mayoría de los autores coinciden en que cuando la IUE se asocia a un cistocele significativo, las técnicas simplificadas de suspensión no son suficientes para corregir dicho cistocele y se deben asociar a una colpografía anterior. Si a la reparación de un cistouretrocele mediante abordaje transvaginal o abdominal en el que existe un componente clínico de IUE no se asocia una técnica de antincontinencia, puede producirse un alto índice de fracaso. Por este motivo se recomienda su utilización conjunta¹.

TÉCNICA DE RAZ PARA LA REPARACIÓN DE UN CISTOCELE MODERADO: «CUATRO ESQUINAS» (FOUR CORNER SUSPENSION)

En 1989, Raz modificó su propio procedimiento de suspensión con agujas para corregir la incontinencia urinaria asociada a cistoceles mode-

rados (grados II-III). Se coloca a la paciente en posición ginecológica, separando los labios vulvares con puntos de anclaje al muslo. Se realiza una cateterización suprapúbica a través de un separador intrauretral de Lowsley y una cateterización transuretral con una sonda de Foley. Identificamos el cuello vesical traccionando suavemente de la sonda y palpando el balón a través de la pared vaginal anterior.

Se comienza con una incisión en U invertida en la pared anterior de la vagina, situando el vértice a una distancia media entre el cuello vesical y el meato uretral. Las incisiones laterales se extiende posteriormente hasta la base de la vejiga, donde se localizan los ligamentos cardinales. Si el útero está presente, se extiende la incisión a ambos lados del cuello uterino sin sobrepasarlo.

Realizamos una disección lateral a lo largo de la fascia periuretral hasta el pubis, entre los ligamentos uretropolvianos y los elevadores. Se accede al espacio retropúbico de Retzius mediante disección filosa y roma con palpación digital. Se desinserta la fascia endopélvica desde el pubis a la tuberosidad isquiática a cada lado del cuello vesical. Se realiza una suspensión estándar de Raz con sutura irreabsorbible de Prolene del n.º 1 en el que se incluyen toda la pared vaginal sin mucosa, la fascia pubocervical y los laterales de la fascia endopélvica, liberados anteriormente.

Se dan igualmente dos puntos (proximales), uno a cada lado, en la base de la U invertida, adyacente al cervix, tomando toda la pared vaginal, salvo su mucosa, la fascia pubocervical y la extensión anterior de los ligamentos pubocardinales. La firmeza de la sutura helicoidal se debe comprobar mediante tracción fuerte del monofilamento.

Los cuatro grupos de suturas serán transferidos hasta dos pequeñas incisiones suprapúbicas mediante la utilización de la aguja simple de Pereyra o la doble de Pereyra-Raz. De esta forma, se consigue un rectángulo de soporte que elevará el defecto de la pared vaginal anterior e impedirá su prolapso con las maniobras de Valsalva.

Se comprobará mediante cistoscopia la coaptación adecuada del cuello vesical, la elevación de la base vesical y la indemnidad de las paredes vesicales. Comprobaremos la permeabilidad uretral perfundiendo índigo carmín.

Las suturas transferidas se anudan por separado sobre la aponeurosis de los rectos anteriores. Es importante al realizar esta maniobra, evitar la tensión excesiva, que provocaría una hipercorrección y secundariamente, un cuadro miccional obstructivo.

Después se cierra la incisión vaginal mediante puntos sueltos de catgut. Tras la cirugía se deja un taponamiento vaginal que puede ser reti-

rado al día siguiente, al igual que la sonda uretral. Se mantendrá el catéter suprapúbico para la medición del residuo postmiccional en el postoperatorio⁵. Con este procedimiento, el autor consigue la corrección del cistocele en un 98% y de la IUE en el 94% de los casos en dos años de seguimiento¹⁸.

REPARACIÓN TRANSVAGINAL DE RAZ DE UN CISTOCELE SEVERO

Los principios de la reparación de un cistocele severo combinan la suspensión del cuello vesical y la reparación del defecto central y lateral en la fascia pubocervical. Una vez colocado el campo de la forma descrita en la técnica anterior, procedemos a pinzar la pared vaginal anterior, a nivel de la parte media de la uretra mediante una pinza de Allis. Realizamos una incisión vertical en la línea media en la pared vaginal anterior, desde el área del cuello vesical hasta el borde posterior del cistocele.

La disección se extiende lateralmente en el plano avascular entre la pared vaginal y la fascia pubocervical para liberar la porción herniada de la vejiga y separarla de la pared vaginal anterior. La fascia pubocervical es delgada en su parte medial y se engrosa lateralmente en dirección a los elevadores del ano. En la parte posterior la disección ha de llegar hasta el pliegue peritoneal. A nivel del cuello vesical continuaremos la disección por arriba de la fascia periuretral y del ligamento uretropolviano hasta el arco tendinoso. Movilizamos y reducimos la porción herniada de la vejiga, dejándola protegida para dar paso a la suspensión del cuello vesical.

A nivel del cuello vesical, accedemos al espacio retropúbico mediante disección roma. Se colocan y transfieren las suturas de suspensión como hemos indicado en la técnica anterior.

En la reparación es donde se introducen las modificaciones. Las suturas permanentes de Prolene incorporan la extensión de los ligamentos cardinales además de la fascia pubocervical, reparando así la hernia por deslizamiento. Otra variación, es que las suturas permanentes incorporan la parte interna de la pared vaginal desde su parte medial a través de la incisión, en lugar de hacerlo desde su parte lateral (a través de la incisión en U). Para reparar el defecto central del cistocele colocamos puntos de Vicryl de 2/0 consiguiendo la aproximación de los bordes laterales de la fascia pubocervical. Colocamos los puntos de distal a proximal, hacia la base vesical. Anudaremos, una vez colocadas todas las suturas.

Tras administrar índigo carmín, realizamos una cistoscopia para comprobar la indemnidad de la vejiga y confirmar el soporte adecuado del

cuello vesical y de la uretra proximal mientras traccionamos de las suturas de suspensión. Si todo está correcto, recortamos el exceso de pared vaginal y cerramos la incisión con una sutura continua de Vicryl de 2/0. Dejamos un taponamiento vaginal.

Anudamos las suturas de suspensión individualmente, sin aplicar una tracción excesiva. Cerramos la incisión suprapúbica con un Dexon 4/0.

Retiramos la sonda uretral y el taponamiento vaginal a la mañana siguiente. Dejamos el catéter suprapúbico para poder medir el volumen residual postmiccional. Se puede retirar, habitualmente, pasadas dos semanas desde la cirugía⁵.

PROCEDIMIENTO DE SOLÉ-ROSELLÓ

Es una variación de la técnica de Raz de cuatro esquinas para la corrección de cistoceles moderados.

Se coloca y prepara a la paciente de la misma forma que en la técnica de Raz. Se realiza una incisión en U invertida sobre la pared vaginal anterior y se disecan lateralmente los tejidos parauretrales hasta acceder al espacio retropúbico. Se dan cuatro puntos de nylon n.º 2, uno en cada vértice de la pastilla vaginal, excluyendo la fascia endopélvica para evitar la lesión del uréter. Se corta un cabo de cada sutura, no habiéndose demostrado pérdida de firmeza en el anclaje por esta maniobra.

Se realizan dos pequeñas incisiones suprapúbicas a cada lado de la línea media, introduciendo a través de ellas una aguja doble guiada por el dedo índice de la mano contralateral hasta el borde ipsilateral de la incisión vaginal. Después se exteriorizan los cabos de las suturas por las incisiones abdominales, anudándolos (cada lado de forma independiente) en la fascia de los rectos, bajo control endoscópico. El anudamiento de estos puntos hace que la pastilla vaginal arrastre el prolapso vesical. Tras realizar la técnica de colposuspensión, se suturan longitudinalmente los bordes externos de la incisión vaginal, de tal manera que la pastilla vaginal quede enterrada sin acortamiento de la vagina. Con esta técnica el autor ha conseguido corregir todos los cistoceles y resolver la incontinencia en la mayoría de los casos¹⁹.

VARIANTE DE BENIZRI

Realizamos una incisión vaginal en forma de U. De esta forma se crea un colgajo de pared vaginal anterior que se enrollará para formar un

tubo, previa desepitelización del mismo. Tras haber reparado el cistocele mediante una colporrafia anterior, la sujección se refuerza mediante la transferencia de unas suturas ancladas en los extremos de la vagina tubulizada a una posición suprapúbica actuando a modo de cabestrillo suburetral para la corrección de la incontinencia urinaria concomitante. Tras un año de seguimiento, los autores consiguen con esta técnica un 95% de éxitos en la reconstrucción anatómica del defecto²⁰.

TÉCNICA DE NICITA: UTILIZACIÓN DE MALLAS DE MATERIAL SINTÉTICO

Fue descrita en 1998 por Nicita, introduciendo en la cirugía reconstructiva del prolapso genitourinario, el empleo de mallas de material sintético. Comenzamos con una incisión vertical media en la pared vaginal anterior desde el cuello vesical al cuello uterino.

Se utiliza una malla de polipropileno que es anclada con puntos sueltos de un material no reabsorbible, en el cuello vesical, en el cuello uterino y en las inserciones púbicas del arco tendinoso de la fascia endopélvica. Este procedimiento permite tratar en un mismo acto quirúrgico la incontinencia de esfuerzo y los diversos prolapsos que pueden estar asociados como son: uterinos, de la cúpula vaginal, de la pared anterior vaginal, etc., sin necesidad de diferenciar previamente, si el problema deriva de un defecto vaginal anterior, central o lateral.

Con un seguimiento medio de 14 meses, el autor presenta sus resultados como prometedores, tanto en la corrección de los prolapsos genitourinarios como en la corrección de la incontinencia asociada²¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORENO J y col. Cirugía del cistocele, en RESEL, L y MORENO, J. Atlas de incontinencia urinaria 2000; 26: 261-267.
2. BROSTA E y col. Prolapsos vaginales: Cistocele, Uretocele, enterocele. Técnicas quirúrgicas para su corrección. En: Cirugía uroginecológica. May 1999; 79-97.
3. BLAVAS JC, OLSSON CA. Stress incontinence: Classification and surgical approach. J Urol 1988; 139: 727-31.
4. EDWARD J. MCGUIRE, MD. Tratamiento de la incontinencia con prolapso pélvico. Casos prácticos de urología 2000; 11: 57-62.
5. RAZ S et al. Femal Urology. In: Campbell's Urology. 6.ª edí. Philadelphia 1992. P 2782-828.

6. KELLY HA. Incontinence of urine in women. *Urol Cutaneous Rev* 1913; 17: 291-93.
7. GREEN TH. The problem of urinary stress incontinence in the female: an appraisal of its current status. *Obstet Gynecol Surv* 1968; 23: 603.
8. KOHLI N et al. Incidence of recurrent cystocele after anterior colporrhaphy with and without concomitant transvaginal needle suspension. *Am J Obstet Gynecol* 175: 1476-1480, 1996.
9. The surgical management of female stress incontinence. *Clinical Practice Guidelines*. Am Urol Assoc Inc. 1997.
10. RAZ S. Surgical therapy for urinary incontinence. In: RAZ S, ed. *Atlas of transvaginal surgery*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1992; 5: 49-101.
11. KLUTKE C, RAZ S. Evaluation and treatment of the incontinent Female Patient. In: *The Urologic Clinics of North America*, vol. 22, n.º 3, Aug; 1995.
12. RAZ S et col. Transvaginal repair of enterocele. *J Urol* 1993; 149: 724-30.
13. SHULL et al. Surgical management of prolapse of anterior vaginal segment; AN analysis of support defects, operative morbidity, and anatomic outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1429-39.
14. MARSHALL VF et al. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynecol Obstet* 1949; 88: 509.
15. BURCH JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 281.
16. BURCH JC. Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 100: 764.
17. SADOUGHI N, PESSIS D. Endoscopic vesical neck and urethrovaginal suspension for cystocele prolapse repair. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 326-28.
18. Moreno J y col. Técnicas quirúrgicas abdominales. *Atlas de incontinencia urinaria* 2000; 25: 249-59.
19. SOLÉ-ROSELLÓ A y col. Incontinencia urinaria femenina. En: Jimenez Cruz JF, Rioja LA. *Tratado de urología*. Tomo II. Barcelona. Edi. Prous; 1993. P. 1663-90.
20. BENIZRI EJ et al. A new vaginal procedure for cystocele repair and treatment of stress urinary incontinence. *J Urol* 1996; 156: 1623-25.
21. NICITA G. A new operation for genitourinary prolapse. *J Urol* 1998; 160: 741-45. 7.