

Tratamiento de la incontinencia urinaria con técnicas de cabestrillo

J.J. GÓMEZ RUIZ, J.A. PREVIATTI MARTÍNEZ, J. LEUNDA SAIZAR,
A. GARCÍA-ESCUADERO, F. GIL BERMEJO

Servicio de Urología.
Hospital Txagorritxu. Vitoria

INTRODUCCIÓN

Existe poco consenso sobre las indicaciones y la eficacia a lo largo de las muchas técnicas quirúrgicas existentes en el tratamiento de la incontinencia. De forma tradicional las técnicas de Cabestrillo se han utilizado en la incontinencia tipo III (deficiencia esfinteriana intrínseca); aunque recientemente se ha publicado su ampliación a los otros tipos de incontinencia con buenos resultados y baja tasa de complicaciones^{1, 2, 3}.

Los Cabestrillos los podemos clasificar de una forma arbitraria en:

- Pubovaginales.
- Pared vaginal anterior.

El propósito del cabestrillo no es sólo la compresión-coaptación de la uretra proximal (obstrucción); si no además la restauración del complejo cérvico-uretral en su posición anatómica e impedir que éste se desplace de forma «excesiva» durante los esfuerzos abdominales⁴.

El uso de los cabestrillos es antiguo y la primera descripción fue de Giordano en 1907. Desde entonces se han producido una serie de variaciones, no en cuanto a la técnica y propósito, sino más bien en los materiales utilizados en su realización (autólogo, heterólogo, sintético) y en la vía de abordaje quirúrgico.

Las distintas modificaciones han pretendido mantener las altas tasas de curación de los cabestrillos y cambiar las tasas de complicaciones, la estancia hospitalaria y el tiempo quirúrgico.

A pesar de los altos porcentajes de curación mantenidos que alcanzan los cabestrillos (superiores al 85%), no se han popularizado, ni utilizado masivamente; quizás debido a la alta tasa de complicaciones referidas. Acaso, también derivado de la falta de familiaridad del urólogo con el abordaje vaginal del espacio retropúbico y del hecho de su indicación en casos complejos (reintervenciones, neurológicos...).

Desde la conceptualización del uso de los cabestrillos en el tratamiento de la incontinencia operada, realizada por Goebel en 1910, la técnica pasó por modificaciones como la de Frangenheim y Stoeckel; así se le identificó durante mucho tiempo como operación de Goebel-Stoeckel-Frangenheim⁵. Durante tres décadas no gozó de aceptación.

A partir de 1978, McGuire y colaboradores publican una serie de artículos donde se comunica una tasa de curaciones superior al 80% de la incontinencia tipo III^{6,7}. En esta serie las pacientes tenían patologías asociadas, fístulas en 7,5%, inestabilidad vesical en 35% y 12 pacientes presentaban lesiones neurológicas, fundamentalmente mielodisplasia. La mayoría se había sometido previamente a una cirugía y había fracasado.

Blaivas y col.^{8,9} publicaron una tasa de curaciones del 91% con cabestrillo pubovaginal con fascia de rectos del abdomen. Trataron 67 mujeres con incontinencia tipo III con una media de seguimiento de 3,5 años. La principal causa de fallo fue la incontinencia por urgencia y sólo dos pacientes mantuvieron incontinencia de esfuerzo. Seis pacientes precisaron cateterismo intermitente, por dificultades o imposibilidad para la micción.

Recientemente, Morgan y colaboradores¹⁰ han publicado su experiencia con cabestrillo de polipropileno en la incontinencia recurrente, recogiendo un 85% de éxitos tras 4 años de seguimiento y una baja tasa de complicaciones. Reseñar la erosión del cabestrillo en el 2%.

Por otra parte Weinberger y colaboradores² en 1995, recogen las diferencias existentes en los resultados en cuanto a evaluación objetiva y subjetiva tras la cirugía. Según estos autores, los datos urodinámicos responsabilizan a la obstrucción uretral como la determinante de la continencia.

En 1998, Chaiking y Blaivas¹ han publicado sus resultados a largo plazo de la cirugía del cabestrillo ampliado en todos los tipos de incontinencia, con una mediana de seguimiento de 3,1 años. Comunican un 92% de curas o mejorías; con una tasa de urgencia-incontinencia de nueva aparición del 3% y persistente del 23%. La retención permanente se produjo en el 2%.

INDICACIONES

Clásicamente las técnicas de cabestrillo se han indicado en la incontinencia tipo III o deficiencia intrínseca esfinteriana. Se diagnostica incontinencia tipo III, cuando se aprecia el cuello y la uretra abiertos en ausencia de contracción del detrusor.

La incontinencia tipo III aparece después del fallo de varias cirugías previas. No obstante se puede producir en todas aquellas situaciones en las que se afecte la función del esfínter uretral. Las causas de deficiencia intrínseca esfinteriana se recogen en la Tabla n.º 1.

TABLA N.º 1

Causas de deficiencia esfinteriana intrínseca e indicaciones de los cabestrillos

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Cirugía previa de incontinencia.2. Cirugía abdomino perineal de recto.3. Histerectomía radical.4. Mielodisplasia.5. Lesión medular lumbosacra.6. Síndrome de la arteria espinal anterior.7. Obesidad extrema¹².8. Pacientes con tejidos perivaginales laxos.9. Pacientes con enfermedad pulmonar crónica: tos, asma, broncopatas. |
|---|

TÉCNICA QUIRÚRGICA

CABESTRILLO PUBOVAGINAL

1. Consideraciones preoperatorias

La atrofia vaginal debe ser tratada con estrógenos en óvulos al menos durante 2 semanas previas a la cirugía.

Si no se deja drenaje suprapúbico, se debe advertir a la paciente la necesidad de cateterismo intermitente, así mismo debe comprobarse la destreza en su realización.

2. Técnica quirúrgica

A la paciente se le coloca en posición de litotomía dorsal con sonda de Foley vesical. El balón se infla lo suficiente para valorar de forma ade-

cuada el complejo cérvico-uretral. Se coloca una valva ginecológica sobre la pared posterior vaginal, y se retraen los labios con unas suturas de material reabsorbible n.º 0.

Nosotros tallamos un colgajo de mucosa vaginal (Foto 1) a nivel del cuello vesical, que servirá posteriormente para fijar el cabestrillo. El plano de disección está inmediatamente por debajo del epitelio vaginal. La disección progresa lateralmente, hasta la fascia endopelviana, inci-diéndola con la tijera dirigiéndola de abajo-arriba y hacia el hombro. Así se evita la lesión vesical. La incisión realizada en la fascia endopelviana se amplia digitalmente, liberando completamente el cuello vesical y la uretra proximal de sus uniones con la vagina.



Foto 1.

En caso de coexistir cistocele, y para proceder a su reparación, la incisión se prolonga hacia el fondo vaginal anterior, disecando ampliamente en dirección lateral y así, permitir posteriormente el cierre del defecto mediante la aproximación de la fascia pubocervical.

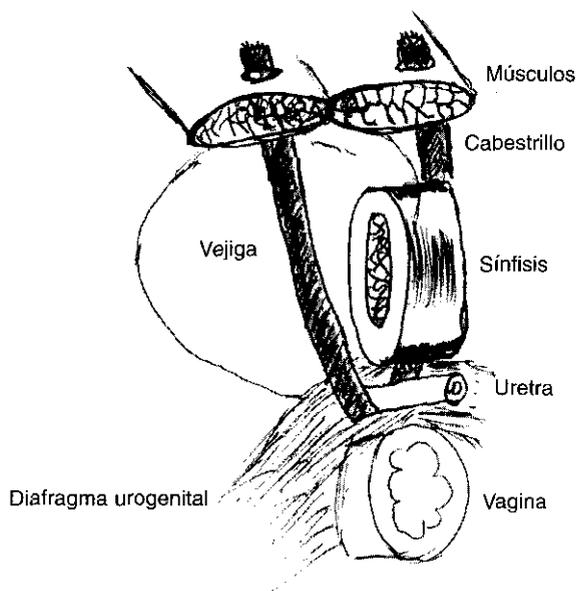
El siguiente paso consiste en fijar el cabestrillo, realizado con una tira de 1,5 cm de Prolene, con puntos de Dexon 4-0; una sutura en cada ángulo del colgajo de mucosa vaginal (Foto 2).



Foto 2.

Proseguimos la intervención con una incisión suprapúbica transversa de aproximadamente 6 cm. hasta la aponeurosis de los rectos. Se realizan dos pequeñas incisiones a ambos lados de la línea media y a 1,5-2 cm. de la sínfisis del púbis. Se introduce una pinza de DeBackey que progresa, a través del músculo recto anterior del abdomen, al espacio prevesical y lateral a la uretra y a la vejiga. El movimiento de la pinza es guiado a su paso por el espacio retropúbico por el dedo del cirujano, que previamente introdujo a través del defecto en la fascia endopélvica. Así la pinza es conducida a la cavidad vaginal. En un movimiento inverso el cabestrillo pasa hasta la pared abdominal, donde es fijado bilateralmente, sin tensión alguna, a nivel de las incisiones practicadas en la fascia de los rectos anteriores del abdomen, con Prolene 2-0 (Dibujo 1).

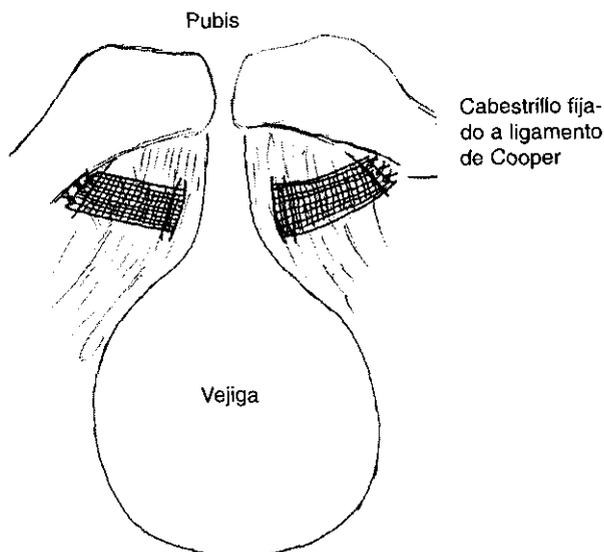
En ocasiones se puede elegir la fijación del cabestrillo al ligamento de Cooper (modificación personal Foto 3) (Dibujo 2). En este caso el paso del cabestrillo al espacio prevesical no es ciega. Se realiza además la completa liberación de la región prevesical. Esta movilización es paso indispensable en los casos de reoperaciones, para la correcta movilización del complejo cervicouretral.



Dibujo 1.



Foto 3.



Dibujo 2.

La operación termina cerrando el defecto vaginal con catgut 0, eliminando el epitelio sobrante y cerrando la incisión suprapúbica.

Se coloca drenaje suprapúbico con Cistofix para poder retirar precozmente la sonda uretral y controlar de forma adecuada los residuos, incluso por parte de la paciente. Dejaremos dentro de la cavidad vaginal un taponamiento con abundante lubricante y povidona yodada.

3. Cuidados postoperatorios

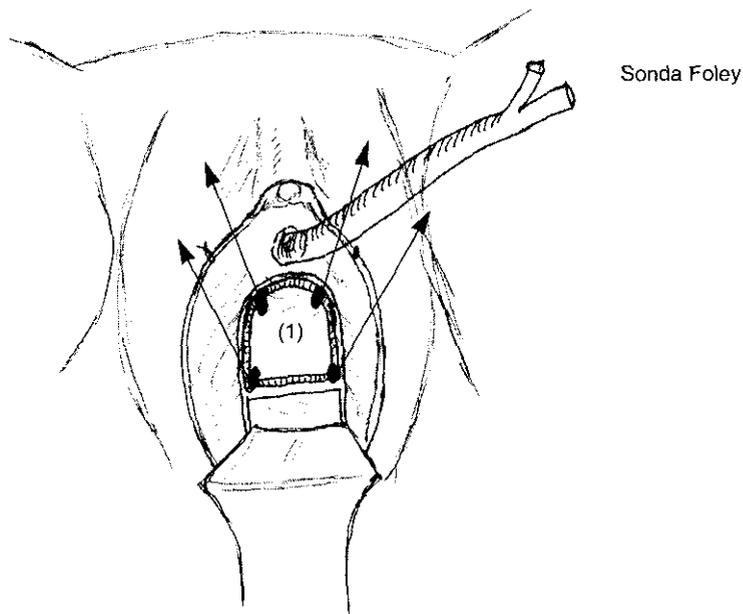
El taponamiento vaginal se retira al día siguiente de la cirugía. La micción espontánea se aconseja a las 24-48 horas, y se miden los volúmenes residuales postmicciones a través del catéter suprapúbico, que se retirará cuando sean menores de 50 cc.

CABESTRILLO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR¹¹

La posición, preparación de la paciente y exposición del campo es similar a lo anteriormente descrito.

Se realizan (Dibujo 3) dos incisiones en cara anterior de la vagina desde la zona medio uretral hasta el cuello vesical. La disección progresa lateralmente hasta la fascia periuretral. Se incide la fascia endopelviana para pasar al espacio retropúbico, de forma similar a lo descrito previamente. El ligamento uretropélvico debe exponerse bilateralmente. En cada extremo de la incisión se pasa una sutura de Prolene n.º 1. La primera sutura a nivel del cuello vesical, debe incluir la fascia véscicopelviana, el ligamento uretropélvico y la pared vaginal anterior sin incluir el epitelio. La segunda sutura, situada a nivel medio uretral incluye la musculatura del elevador del ano, el borde del ligamento uretropélvico y la pared vaginal sin el epitelio.

Se realiza una incisión a 1,5 cm de la sínfisis del púbis hasta la fascia de los rectos. Las suturas son transferidas al espacio suprapúbico mediante una aguja de Pereyra modificada. Los movimientos de la aguja a través del espacio retropúbico son controlados por el dedo del cirujano de forma similar a lo descrito previamente. Los cuidados postoperatorios son similares a los descritos en el cabestrillo pubovaginal.



Dibujo 3.

- (1) Parche de cabestrillo pared vaginal anterior.
- (2) Puntos de prolene en las cuatro esquinas del parche que se transfiere a región suprapúbica.

COMPLICACIONES

Para ambas modalidades de cabestrillo las complicaciones más frecuentes e importantes son: *la obstrucción uretral* y el desarrollo de *inestabilidad vesical de nueva aparición*. Ambas están relacionadas con el grado de tensión con la que se fija el cabestrillo.

La tasa de infección postoperatoria es baja, y en ninguna de las pacientes hemos tenido que retirar el cabestrillo por infección. No hemos observado erosión de la uretra, quizá por el parche de mucosa vaginal utilizado, pero sí se han producido varios casos de erosión de la pared vaginal. Dicha erosión está causada por la separación del cabestrillo del parche vaginal, y por la presencia de «flecós» en la confección «artesanal» del cabestrillo a partir de una malla de Prolene trenzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. DAVID C, CHAIKIN, JARROD ROSENTHAL, JERRY BLAIVAS. Pubovaginal fascial sling for all tipos of stress urinary incontinence: Long-term Analysis. *J. Urol.* 1998, 160: 1312-1316.
2. WEINBERGER MW, OSTEGARD DR. Long term clinical and urodynarnic evaluation of the Polytetrafluoroethylene suburethral sling for the treatment of genuine stress incontinence. *Obstet. Gynecol* 1995, 86: 92-96.
3. YAMADA T, ARAL G, MASUDA H, TSUKARNOTO T, NAGAHAMA K, NAGAMATSU H. The correction of type 2 stress incontinence with a polytetrafluoroethylene patch sling: 5-year mean followup. *J. Urol* 1998; 160: 746-749.
4. E. ANN GORMLEY, EDWARD J. MCGUIRE. Pubovaginal sling procedure. In *Urinary Incontinence*. Pat D. O'Donnell. Mosby 1997.
5. RIDLEY JH. The Goebel-Stoecckel sling operation. In: MATTINGLY RF and THOMPSON JD eds. *TeLinde's Operative Gynecology* Philadelphia: JB Lippincott, 1985; 623-636.
6. MCGUIRE EM, LYTTON B. The pubovaginal sling in stress urinary incontinence. *J Urol.* 1978, 119: 82.
7. MCGUIRE EM, BENNETT CJ, KONNAK JA, SONDA LP, SAVASTANO JA. Experience with pubovaginal sling for urinary incontinence at University of Michigan. *J. Urol* 1987; 138: 525.
8. BLAIVAS JG, JACOBS BZ. Pubovaginal fascial sling for treatment of complicated stress urinary incontinence. *J Urol* 1991; 145: 1214-1218.
9. JERRY G. BLAIVAS. The use of sling for female stress incontinence. In: *Reconstructive Urology* vol H. G. Webster, R. Kirby, L. King, B. Goldwasser eds. Blackweil Scientific Public 1994.

10. MORGAN JE, HERITZ DM, STEWART FE, CONNOLLY JC, FARROW GA. The polypropylene pubovaginal sling for the treatment of recurrent stress urinary incontinence. *J. Urol.* 1995, 154: 1013-1015.
11. STOTHERS L, CHOPRA A, RAZ S. Vaginal wall sling for anatomic incontinence and intrinsic sphincter damage: efficacy and outcome analysis. *J. Urol* 1995; 153: 525.
12. CUMMINGS JM, BOULIER JA, PARRA RO. Surgical correction of stress incontinence in morbidly obese women. *J. Urol* 1998; 160: 754-755.