

EDITORIAL

¿Cómo tratar el fracaso de la cirugía de la incontinencia de esfuerzo?

LL. Amat Tardiu,
E. Martínez Franco

Unidad de Suelo Pélvico. Hospital
Universitari Sant Joan de Déu.
Barcelona

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) ha sufrido una revolución desde la aparición de la bandas libres de tensión ideadas por Ulstem en 1996. Las tasas de éxito y la durabilidad a largo plazo las han ratificado como la técnica de elección para la IUE.

El principal problema consiste en qué hacer en aquellos casos en los que no se han cumplido las expectativas de curación tras la cirugía o en los que reaparece la sintomatología al cabo de un tiempo.

Se estima que un 8-9% de las pacientes tratadas quirúrgicamente de IUE requerirán una segunda cirugía en los siguientes 8 años. Por ello, no es improbable que nos veamos en la tesitura de tener que ofrecer una alternativa a estas situaciones.

El manejo de estas pacientes ha de ser individualizado y debe abordarse en unidades especializadas y con un enfoque multidisciplinar que no sólo abarque el síntoma «incontinencia», sino también otros posibles aspectos acompañantes que comportarán una dificultad añadida. No es lo mismo tratar a una paciente a quien no fue posible curar en una primera intervención (ya sea por un mal enfoque terapéutico, por una mala técnica o porque no se consiguió que la malla actuase de forma correcta sobre la uretra), que tratar a una paciente que se mantuvo asintomática durante un tiempo y luego volvió a presentar incontinencia (ya sea porque el mecanismo de continencia que produce la malla se perdió o porque aparecieron nuevos factores que también provocan incontinencia de esfuerzo, como cambios marcados de peso, estatus menopáusico, cirugías sobre la pelvis, etc.). Un factor que aún dificultaría más las cosas sería la aparición de alguna complicación en el postoperatorio que limite la posibilidad de nuevos tratamientos quirúrgicos (intolerancia al material protésico, infección, extrusión persistente, infecciones urinarias de repetición, urgencia *de novo*, fistulas, dolor crónico o disfunciones sexuales).

Ciertamente, en este tipo de situaciones la bibliografía apoya el tratamiento con una banda libre de tensión por vía retropúbica, con unas tasas de curación de hasta el 60%. Esto sería válido en los casos en que la reaparición de la IUE no se acompaña de otro tipo de complicaciones, pero ¿qué hacer en otros casos mucho más complejos, como los que hemos mencionado?

Por un lado, deberíamos no tener prisa en someter a estas pacientes a un nuevo tratamiento que pueda comportar una posible morbilidad o incluso un nuevo fracaso; es bien sabido que las mallas pueden retraerse a lo largo de los 6 meses siguientes a la cirugía, lo que podría comportar una curación o mejoría espontánea en algunos casos. Igualmente, deberíamos agotar todas las medidas conservadoras que estén a nuestro alcance para intentar mejorar los síntomas que presenta la paciente.

Para lograr los mejores resultados posibles, deberemos plantear un enfoque diagnóstico muy preciso de qué factores han influido en la recurrencia o recidiva, así como informar a la paciente de las diferentes estrategias terapéuticas posibles, los riesgos y las expectativas de éxito.

Será imprescindible realizar una correcta anamnesis a fin de determinar si los síntomas son debidos a la persistencia o recurrencia de la IUE o bien están producidos por otra etiología. Una buena exploración nos ayudará a intuir las causas de la reaparición de la IUE o las posibles complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica. La urodinámica corroborará los datos clínicos y posibles aspectos que enmascaren el fracaso (incontinencia de urgencia *de novo*, déficit esfinteriano). Una exploración que cada vez está tomando más protagonismo en la patología del suelo pélvico es la ecografía uroginecológica, que en estos casos puede aportar información sobre cuáles pueden haber sido los mecanismos que han contribuido al fracaso de la cirugía y, por tanto, orientar sobre la alternativa que plantear para tratar de nuevo la IUE.

Una vez establecido el diagnóstico y la necesidad de un nuevo tratamiento, se nos plantean distintas alternativas terapéuticas, que van desde la adopción de medidas conservadoras (rehabilitación, fármacos, dispositivos intravaginales) hasta los tratamientos quirúrgicos más o menos invasivos, como las inyecciones periuretrales, o las técnicas clásicas de abordaje suprapúbico.

Si el fallo está en la técnica quirúrgica empleada, podríamos contemplar la posibilidad de colocar por segunda vez una banda libre de tensión, con preferencia por vía retropúbica, como sucedería en los déficits esfinterianos.

Una alternativa serían los cabestrillos regulables. Aunque su eficacia no ha podido demostrarse debido a la escasa bibliografía, por su principio de acción (permite tensionar la banda hasta lograr la continencia) en teoría deberían ofrecer unas tasas de curación del 100%.

Una mayor complejidad reviste el abordaje de aquellas pacientes que han sufrido alguna complicación que dificulte la colocación de una nueva banda (rechazo, fistulas). En caso de rechazo, una alternativa sería aplicar un cabestrillo con tejidos autólogos y, en caso de fistulas, podría colocarse una nueva banda con interposición de un colgajo de tejido subcutáneo (técnica de Martius).

Considerando todos estos aspectos, la curación de la paciente ya tratada supone un reto, para cuya superación hay que basarse en un buen enfoque diagnóstico y, dadas las diferentes etiologías que pueden haber llevado al fracaso, en la elección individualizada de cada tratamiento, que puede ir desde la aplicación de técnicas más novedosas hasta la recuperación de algunas técnicas clásicas que ya estaban en desuso. ■