

CASO CLÍNICO

Manejo de la extrusión uretral de las bandas libres de tensión transobturadoras

S. Martínez Forte, M.^a F. Vera Márquez*, M. Aragón Albillos, M.^a D. González Salmerón, A.M.^a Fernández Alonso

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. *Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Serranía. Ronda (Málaga)

RESUMEN

Aunque las técnicas transobturadoras en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo comportan un menor número de complicaciones que las técnicas retro-púbicas, también puede haberlas. Describimos dos casos de perforación de la luz uretral por la colocación de una malla transobturadora de dentro afuera; la complicación se diagnosticó años después de la intervención a partir de la sintomatología que presentaban las pacientes. Exponemos la forma en que manejamos ambos casos y ofrecemos una revisión de la bibliografía.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: perforación uretral, banda libre de tensión transobturadora, complicaciones de las mallas.

ABSTRACT

Management of urethral extrusion after transobturator tension-free slings

Although the transobturator techniques in the surgical correction of urinary incontinence have fewer complications than retropubic, they may occur. We describe two cases of perforation of the transobturator urethral lumen by a transobturator urethral mesh placed inside-out, that was diagnosed years after insertion by the patients symptoms. We expose the way we handle both cases and we review the literature.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: urethral perforation, transobturator midurethral sling, mesh complications.

Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta a un 4-35% de las mujeres¹, siendo el tratamiento quirúrgico la opción terapéutica indicada en los casos severos o que no responden al manejo conservador. Las bandas suburetrales se han convertido en el procedimiento de elección para muchas mujeres, habiéndose diseñado técnicas transobturadoras que evitan algunas de las complicaciones de la inserción retropúbica, como las lesiones vasculares o intestinales o las perforaciones vesicales.

Caso clínico 1

Mujer de 45 años, con 3 embarazos y partos eutócicos, sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

Consultó en el año 2006 por sensación de bulto en los genitales e incontinencia urinaria ante pequeños esfuerzos. En la exploración se objetivó un cistocele de grado III (POP-Q) por defecto lateral e hipermovilidad uretral. El estudio urodinámico

confirmó que se trataba de una incontinencia genuina de esfuerzo. Se le realizó una plastia anterior con malla Gynemesh® y una colocación de banda libre de tensión transobturadora de dentro afuera (TOT Gynecare®).

En la revisión posquirúrgica efectuada a los 6 meses de la intervención, la paciente refirió una gran dificultad para vaciar la vejiga y dispareunia con coitorragia, así como que su pareja se quejaba de que durante el coito notaba algo que le pinchaba. En la exploración se apreció una extrusión vaginal de la malla correctora del cistocele y una orina residual elevada, por lo que se llevó a cabo un recorte de la malla Gynemesh® y una sección de la banda TOT. La evolución clínica fue favorable, y más tarde la paciente quedó nuevamente embarazada; dio a luz a su cuarto hijo en mayo de 2009, en un parto eutócico.

En enero de 2010 acudió de nuevo a la consulta de suelo pélvico por sensación de bulto en los genitales e incontinencia urinaria de urgencia *de novo*. En la exploración se constató un prolapso uterino de grado III (POP-Q), sin incontinencia de esfuerzo asociada. Tras unos meses de tratamiento conservador con rehabilitación de la musculatura del suelo

Dirección para correspondencia:

Sonia Martínez Forte. C/ de la Pilarica, 6, 6.º C. 04009 Almería.
Correo electrónico: smartinezforte@gmail.com

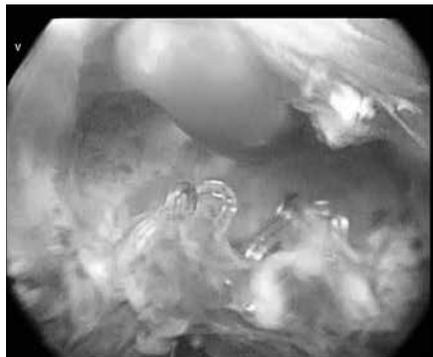


Figura 1.
Uretrocistoscopia
en la que se
observa la malla
extruida en la
uretra

pélvico y toma de anticolinérgicos sin que la paciente experimentara mejoría, se decidió someterla a una intervención quirúrgica. En mayo de 2010 se le realizó una histerectomía vaginal con perineoplastia. En el postoperatorio inmediato se describió por parte de enfermería dificultad para el sondaje vesical. En las sucesivas revisiones, la paciente continuó refiriendo malestar, con síntomas irritativos miccionales y dificultad de vaciado, pese a que los cultivos de orina resultaron negativos y los volúmenes residuales posmiccionales no superaron nunca los 50 cc.

En mayo de 2012 se solicitó una uretrocistografía, que reveló que la malla sintética estaba obstruida en la luz uretral impidiendo el paso del cistoscopio (figura 1). Se programó una resección transuretral de la malla por el servicio de urología; en la intervención, recortar y extraer el material sintético planteó una gran dificultad debido a su dureza. Se dejó sonda permanente y cobertura antibiótica durante 3 semanas.

En las revisiones posteriores, la paciente permanecía asintomática y sin dificultad miccional.

Caso clínico 2

Mujer de 70 años, menopáusica desde hace 20 años, con 4 embarazos y partos eutócicos. Presenta un síndrome de Marfan y ha sido intervenida en varias ocasiones, ninguna de ellas por patología ginecológica.

Consultó en el año 2011 por síntomas de incontinencia urinaria con los esfuerzos y, ocasionalmente, precedida de urgencia. En la exploración se constató salida de orina con maniobras de Valsalva, que se corregía al fijar los ligamentos pubouretrales. La ecografía transperineal mostró un deslizamiento uretral mayor de 6 mm con signos de embudización. Se le colocó una banda transobturadora libre de tensión con técnica dentro-fuera (TOT Gynecare®). En el postoperatorio inmediato presentó volúmenes de orina residual superiores a los 100 cc, pero que fueron reduciéndose en los días sucesivos.

En las revisiones posquirúrgicas posteriores presentó varios episodios de infección del tracto urinario inferior por *Enterococcus faecalis* y *Klebsiella pneumoniae*, documentados con urocultivo. Asimismo, refería dificultades para iniciar la micción y molestias genitales. En la exploración física no se apreciaba extrusión de la malla en la vagina.

En la revisión posquirúrgica al año de la intervención se registraron unos volúmenes residuales posmiccionales mayores de 50 cc. En la ecografía se visualizó una porción de TOT que parecía atravesar la pared uretral, por lo que la paciente fue derivada al servicio de urología para la realización de uretrocistoscopia, que reveló la extrusión de la malla sintética en la porción proximal de la uretra. Se programó una intervención de resección transuretral de la malla mediante cistoscopia de forma conjunta con urología. Durante la operación, fue posible su retirada por vía vaginal con visualización cistoscópica. Se dejó sondaje vesical y cobertura antibiótica durante 2 semanas.

En las revisiones posquirúrgicas posteriores, la paciente permaneció asintomática y sin dificultades para la micción.

Discusión

A lo largo de la historia se han descrito y empleado numerosas técnicas quirúrgicas para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero han sido las bandas libres de tensión suburetral las que han supuesto un avance importante. La primera de ellas se colocó por vía retropúbica en 1996. En 2001 se introdujeron las mallas transobturadoras, con el objetivo de evitar algunas de las complicaciones asociadas a la inserción retropúbica. Con este tipo de bandas se minimiza el riesgo de perforación vesical y de formación de hematomas en el espacio de Retzius, y además se reduce el tiempo quirúrgico, al no ser necesaria la comprobación mediante cistoscopia. En 2003, esta última técnica se modificó introduciendo la banda de dentro afuera del espacio obturador (técnica *inside-out*), a fin de disminuir aún más las complicaciones derivadas del paso de las agujas por este territorio².

Los estudios publicados sobre el seguimiento de pacientes intervenidas con colocación de una banda libre de tensión transobturadora de dentro afuera muestran unas tasas de curación a medio-largo plazo del 89-95,4%, equiparables a las obtenidas con el abordaje retropúbico, pero con una menor morbilidad tanto intraoperatoria como postoperatoria³. La complicación más frecuente del abordaje transobturador, derivada del paso de las agujas introductoras a través del orificio obturador, es el dolor inguinal, que afecta aproximadamente al 12-16% de las mujeres sometidas a esta técnica quirúrgica. También se han publicado datos sobre disfunciones de vaciado, perforaciones viscerales y

lesiones vasculares⁴. La exposición de la malla es una complicación relativamente común cuando se utiliza material sintético en la cirugía; sin embargo, hay pocos datos sobre la incidencia de extrusiones vaginales de bandas libres de tensión transobturadoras. En una serie formada por 157 mujeres sometidas a esta intervención, hasta el 4% de ellas presentaron extrusión de la malla vaginal a los 26 meses de seguimiento. No obstante, sabemos que muchas de estas erosiones postoperatorias son el resultado de perforaciones no detectadas en el acto quirúrgico⁵. La perforación uretral es una complicación rara. En el registro austriaco de 2003, sólo se produjo en 2 de las 2.543 mujeres sometidas a técnicas transobturadoras para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo⁶; asimismo, en el estudio de Costa et al. hubo 2 lesiones uretrales de un total de 183 pacientes⁷, mientras que en el ensayo aleatorizado de Abdel-Fattah et al., donde se comparaba la técnica dentro-fuera con la técnica fuera-dentro, de las 341 pacientes reclutadas sólo hubo 1 caso de lesión uretral, en una mujer sometida a colocación de malla fuera-dentro⁸.

Entre los factores de riesgo conocidos para la lesión uretral durante la inserción de una banda libre de tensión transobturadora, figuran una técnica quirúrgica deficiente, el exceso de tensión en la malla, la dilatación uretral postoperatoria y la desviación anatómica de la uretra por cirugías previas⁹. En raras ocasiones, la lesión uretral no se reconoce de inmediato o el daño se produce postoperatoriamente debido a la erosión de la malla. Estas lesiones suelen manifestarse varias semanas o meses después de la intervención en forma de molestias periuretrales, hematuria, dificultad para la micción o síntomas miccionales irritativos. En este momento, la evaluación urodinámica puede revelar la existencia de obstrucción uretral por material sintético¹⁰. El tratamiento incluye la escisión de la porción de la malla extruida en la luz uretral y la uretroplastia con el uso de colgajos locales cuando sea necesario¹¹. En ocasiones, como ocurrió en la primera de nuestras pacientes, la retirada resulta compleja por la dureza del material. Si bien se ha descrito la recurrencia de la incontinencia en estos casos¹², nuestras dos pacientes se mantienen continentes en la actualidad.

Conclusiones

Aunque infrecuente, la perforación de la pared uretral durante la inserción de una banda libre de tensión transobturadora es posible. La técnica quirúrgica debe ejecutarse

de modo protocolizado y evitando dejar tensión en la malla. Si en el seguimiento postoperatorio persisten síntomas miccionales irritativos resistentes al tratamiento habitual, debe plantearse la opción de realizar una uretrocistoscopia. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Rev Urol.* 2004; 6 Suppl 3: S3.
2. Nager CW, Tan-Kim J. Surgical management of stress urinary incontinence in women: Transobturator midurethral slings [monografía en internet]. USA: UptoDate 2014 [acceso el 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-stress-urinary-incontinence-in-women-transobturator-midurethral-slings>
3. Porena M, Costantini E, Frea B, Giannantoni A, Ranzoni S, Mairini L, et al. Tension-free vaginal tape versus transobturator tape as surgery for stress urinary incontinence: results of a multicentre randomised trial. *Eur Urol.* 2007; 52(5): 1.481-1.490.
4. Ogah J, Cody JD, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (4): CD006375.
5. Abouassaly R, Steinberg JR, Lemieux M, Marois C, Gilchrist LI, Bourque JL, et al. Complications of tension-free vaginal tape surgery: a multi-institutional review. *BJU Int.* 2004; 94(1): 110-113.
6. Tamussino K, Hanzal E, Kölle D, Tammaa A, Preyer O, Umek W, et al. Transobturator tapes for stress urinary incontinence: results of the Austrian registry. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197(6): 634.e1-5.
7. Costa P, Grise P, Droupy S, Monneins F, Assenmacher C, Ballanger P, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence with a trans-obturator tape (TOT®) Uratape®: short term results of a prospective multicentric study. *Eur Urol.* 2004; 46(1): 102-106.
8. Abdel-Fattah M, Ramsay I, Pringle S, Hardwick C, Ali H, Young D, et al. Randomised prospective single-blinded study comparing 'inside-out' versus 'outside-in' transobturator tapes in the management of urodynamic stress incontinence: 1-year outcomes from the E-TOT study. *BJOG.* 2010; 117(7): 870-878.
9. Velemir L, Amblard J, Jacquetin B, Fattouh B. Urethral erosion after suburethral synthetic slings: risk factors, diagnosis, and functional outcome after surgical management. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(7): 999-1.006.
10. Morton HC, Hilton P. Urethral injury associated with minimally invasive mid-urethral sling procedures for the treatment of stress urinary incontinence: a case series and systematic literature search. *BJOG.* 2009; 116(8): 1.120-1.126.
11. Cetinel B, Tarcan T. Management of complications after tension-free midurethral slings. *Korean J Urol.* 2013; 54(10): 651-659.
12. Padmanabhan P, Hutchinson RC, Reynolds WS, Kaufman M, Scarpero HM, Dmochowski RR. Approach to management of iatrogenic foreign bodies of the lower urinary tract following reconstructive pelvic surgery. *J Urol.* 2012; 187(5): 1.685-1.690.