

C A S O C L Í N I C O

Infecciones urinarias recurrentes tras la cirugía antiincontinencia con banda libre de tensión

E. Martínez Franco^{1,2}, J.R. Méndez Paredes², LL. Amat Tardiu¹

¹Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

RESUMEN

Hoy en día las bandas libres de tensión son el tratamiento quirúrgico de elección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. A pesar de los buenos resultados y de que las complicaciones son escasas, éstas existen.

Las disfunciones de vaciado no son las complicaciones más habituales, pero pueden provocar la aparición y persistencia de infecciones de orina que obliguen a efectuar la sección de la malla, una vez agotadas las demás medidas terapéuticas.

Palabras clave: Infección urinaria de repetición, banda suburetral libre de tensión, disfunción de vaciado.

ABSTRACT

Recurrent urinary tract infections after incontinence surgery with tension-free vaginal tape

Nowadays, tension-free vaginal tapes are the gold standard for surgical urinary stress incontinence treatment. Despite good results with low rates of complications, such complications are not, however, non-existent.

Voiding dysfunctions are not the most usual complications, but they can provoke the appearance and perpetuation of urinary tract infections and make a mesh section necessary, once all other therapeutic measures have been exhausted.

Keywords: Urinary tract infection, tension-free vaginal tape, voiding dysfunctions.

Introducción

Las bandas libres de tensión son en la actualidad el método de referencia para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. A pesar de los buenos resultados y de que las complicaciones son escasas, éstas existen.

Las disfunciones de vaciado no son las complicaciones más habituales, pero pueden provocar la aparición y persistencia de infecciones de orina, que en ocasiones generan un deterioro de la calidad de vida superior incluso al que pudiera causar la incontinencia antes de la cirugía.

A continuación, se presenta el caso de una paciente con infecciones de orina recurrentes que debutaron tras una cirugía antiincontinencia con banda libre de tensión.

Descripción del caso

Paciente de 66 años que es remitida a nuestra consulta por infecciones urinarias de repetición de 2 años de evolución.

Entre sus antecedentes, cabe señalar que es portadora del virus de la hepatitis C y presenta hipertensión arterial en tratamiento con enalapril oral.

Tres años antes de acudir a la consulta había sido intervenida para la colocación de una banda suburetral libre de tensión por vía retropúbica (TVT®-Gynecare) debido a una incontinencia urinaria mixta con predominio del componente de esfuerzo, demostrada por urodinamia y en la que no se observaban signos de obstrucción, disfunciones de vaciado ni presencia de residuo.

Un año después de la operación empezó a sufrir repetidas infecciones urinarias por *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, que se trataron con ciprofloxacino oral, amoxicilina-ácido clavulánico y fosfomicina. En el último año ha requerido dos ingresos por una pielonefritis aguda por *E. coli* productora de betalactamasas de espectro extendido, y durante los últimos 6 meses ha necesitado tratamiento continuo con ciprofloxacino.

En nuestra primera visita aporta una ecografía renovesical y una cistoscopia normales. La urodinamia no revela obstrucción ni presencia de residuo posmiccional. A pesar de

Dirección para correspondencia:

E. Martínez Franco. Correo electrónico: emartinez@hsjdbcn.org

Infecciones urinarias recurrentes tras la cirugía antiincontinencia con banda libre de tensión
E. Martínez Franco, J.R. Méndez Paredes, LL. Amat Tardiu

ello, la paciente refiere sensación de chorro débil y de vaciado vesical incompleto.

En la exploración física se consigue con facilidad el paso uretral de un tallo de Hegar del n.º 7.

Se le realiza una ecografía uroginecológica, en la que se observa un residuo posmiccional de 160 mL, sin presencia de hipermovilidad uretral, y se constata que la malla está bien situada y sin exceso de compresión uretral.

Se decide realizar instilaciones vesicales con condroitín sulfato sódico al 2% durante 6 semanas, sin que se consiga una mejoría del cuadro.

Finalmente se opta por efectuar la sección de la malla suburetral. Se realiza una incisión suburetral a 1 cm del meato uretral y se disecan los espacios parauretrales hasta la rama isquiopubiana. Se practica una sección lateral y exéresis de aproximadamente 1 cm de tejido fibroso, que parece corresponder a la zona de la banda del lado derecho.

A los 6 meses de la intervención, el urocultivo es negativo y la paciente permanece asintomática, con mejoría subjetiva en el vaciado vesical, y se mantiene continente.

Discusión

Las bandas libres de tensión son en la actualidad el método de referencia para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Aunque los resultados son buenos (se alcanzan unas tasas de curación del 85-95%)^{1,2} y las complicaciones escasas, éstas no son inexistentes.

En el caso de las bandas retropúbicas, las complicaciones más comunes son la perforación vesical y la urgencia *de novo*, siendo las disfunciones del vaciado vesical menos frecuentes³. A veces las alteraciones en el vaciado vesical se manifiestan sólo como una disminución del flujo uretral⁴, pero otras veces pueden producir retenciones de orina e incluso llegar a condicionar una estenosis uretral, que se observa por ecografía⁵ o tras el paso de un tallo de Hegar del n.º 7. Las tasas de disfunción de vaciado publicadas en las series más extensas de TVT® se sitúan en el 1-6%, siendo esas alteraciones severas y candidatas a tratamiento quirúrgico (mediante uretrolisis o sección de la malla) en aproximadamente el 50% de los casos⁶⁻⁹.

La disfunción en el vaciado con constantes residuos posmiccionales, además, aumenta el riesgo de padecer infecciones urinarias y de que éstas sean recurrentes¹⁰ (tres o más episodios de infección urinaria en un año), lo que obliga a las pacientes a realizar terapias prolongadas con antibióticos orales; por otra parte, si se discontinúa el tra-

tamiento existe un riesgo relativo de 0,82 de volver a la misma frecuencia de infecciones¹¹.

Las infecciones de orina recurrentes son comunes en nuestra práctica habitual, pudiendo alcanzar, según la bibliografía, una incidencia del 27% en las mujeres. Suele tratarse de casos de difícil solución, con gran afectación de la calidad de vida, realización de múltiples pruebas complementarias, tratamientos prolongados y resultados insatisfactorios. En los casos en los que existe una cirugía antiincontinencia previa, las infecciones urinarias pueden deberse a una dificultad en el vaciado vesical por efecto de la malla.

Es posible que en muchas de estas pacientes la obstrucción no sea tan importante como para provocar una clínica de retención. De hecho, no es habitual tener que seccionar la malla durante los primeros días postoperatorios debido a una obstrucción severa del flujo. Suele tratarse de disminuciones del flujo urinario o sensación de «chorro débil», o de micciones prolongadas que no provocan síntomas relevantes en las pacientes, y que ni siquiera generan residuos posmiccionales muy elevados¹², pero que en algunos casos, como el de nuestra paciente, son suficientes como para desencadenar o empeorar un cuadro de infecciones urinarias recurrentes.

La sección de la malla para liberar la uretra está descrita en la bibliografía^{13,14}, y la mayoría de las veces no provoca una recidiva de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Debe realizarse una sección lateral, y el efecto de la descompresión es inmediato.

En algunas pacientes, como la del caso que presentamos, en el que la relación causal de las infecciones de orina con la cirugía es muy evidente, aunque no dispongamos de pruebas objetivas que demuestren la presencia de obstrucción del flujo urinario una posibilidad terapéutica es la sección de la malla, una vez descartadas otras causas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Serati M, Ghezzi F, Cattoni E, Braga A, Siesto G, Torella M, et al. Tension-free vaginal tape for the treatment of urodynamic stress incontinence: efficacy and adverse effects at 10-year follow-up. *Eur Urol.* 2012; 61: 939-946.
2. Aigmueller T, Trutnovsky G, Tamussino K, Kargl J, Wittmann A, Surtov M, et al. Ten-year follow-up after the tension-free vaginal tape procedure. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205: 496.e1-496.e5.
3. Reich A, Kohorst F, Kreienberg R, Flock F. Voiding dysfunction after the tension-free vaginal tape procedure. *Gynecol Obstet Invest.* 2011; 72: 79-84.
4. Quintero F, Gorbea V, Escobar L, Rodríguez S, Campos L, Solano R. Evaluation of urodynamic parameters following the placement of tension-free tape. *Actas Urol Esp.* 2011; 35: 208-212.

5. Kociszewski J, Rautenberg O, Kolben S, Eberhard J, Hilgers R, Viereck V. Tape functionality: position, change in shape, and outcome after TVT procedure –mid-term results. *Int Urogynecol J.* 2010; 21: 795-800.
6. Novara G, Galfano A, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Ficarra V, et al. Complication rates of tension-free midurethral slings in the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing tension-free midurethral tapes to other surgical procedures and different devices. *Eur Urol.* 2008; 53: 288-308.
7. Richter HE, Albo M, Zyczynski H, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med.* 2010; 22: 2.066-2.076.
8. Brubaker L, Norton PA, Albo ME, Chai TC, Dandreo KJ, Lloyd KL, et al.; for the Urinary Incontinence Treatment Network. Adverse events over two years after retropubic or transobturator midurethral sling surgery: findings from the Trial of Midurethral Slings (TOMUS) study. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205: 498.e1-498.e6.
9. Dyrkorn O, Kulseng-Hanssen S, Sandvik L. TVT compared with TVT-O and TOT: results from the Norwegian National Incontinence Registry. *Int Urogynecol J.* 2010; 21: 1.321-1.326.
10. Dason S, Dason T, Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women. *Can Urol Assoc J.* 2011; 5(5): 316-322.
11. Jepson RG, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (1): CD001321.
12. Reich A, Kohorst F, Kreienberg R, Flock F. Voiding dysfunction after the tension-free vaginal tape procedure. *Gynecol Obstet Invest.* 2011; 72(2): 79-84.
13. Gamé X, Soulié M, Malavaud B. Treatment of bladder outlet obstruction secondary to suburethral tape by section of the tape. *Prog Urol.* 2006; 16(1): 67-71.
14. Long CY, Lo TS, Liu CM, Hsu SC, Chang Y, Tsai EM. Lateral excision of tension-free vaginal tape for the treatment of iatrogenic urethral obstruction. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(6): 1.270-1.274.

NOTICIAS

El Dr. Lluís Amat, ganador de la ICS Olympic Run

En el marco del programa social del 42.º Congreso Anual de la International Continence Society (ICS), celebrado por primera vez en China (Beijing) el pasado mes de octubre, se disputó la ICS Olympic Run, cinco kilómetros de carrera en el Olympic Park Green, la misma localización de la maratón olímpica de 2008. Sesenta y cuatro entusiastas corredores madrugaron para participar en la carrera (se inició a las 6 de la mañana), entre ellos el presidente del congreso Limin Liao, aunque el triunfo fue para nuestro colega, el Dr. Lluís Amat Tardiu. ¡Enhorabuena!



El ganador de la ICS Olympic Run, el Dr. Lluís Amat, con el Dr. Limin Liao y otros participantes