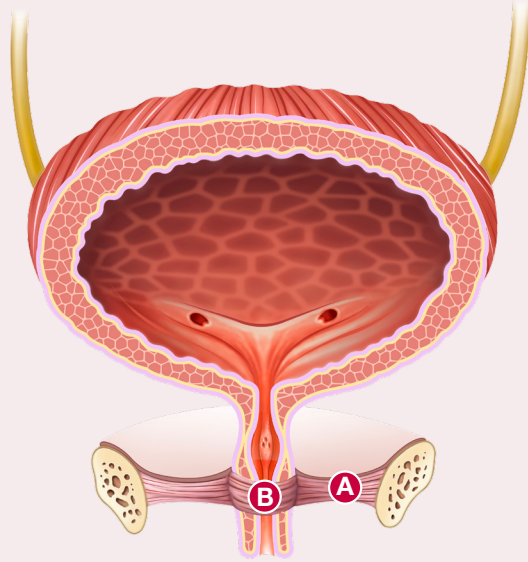


# Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo

## IUE

es la **pérdida involuntaria de orina** asociada a **aumentos de la presión abdominal**<sup>1</sup>

Es el **tipo más frecuente** de IU (**10-39%**) y sobre todo **el más frecuente en mujeres jóvenes**<sup>1</sup>



## Tipos de IUE

**A 90%**

### Hipermovilidad uretral

Soporte insuficiente de la uretra y del cuello vesical secundario a lesiones del tejido sostén<sup>2</sup>

**B 10%**

### Déficit uretral intrínseco

Incompetencia del esfínter con pérdida del tono muscular que mantiene la uretra cerrada<sup>2</sup>

## Tratamientos

### Banda suburetral libre de tensión<sup>3-7</sup>

BSLT: Banda de polipropileno que se coloca a nivel suburetral y corrige la hipermovilidad uretral...

- Cirugía de referencia
- Excelentes resultados funcionales
- Baja tasa de complicaciones
- Altas tasas de curación a corto plazo

Existen tres tipos:

#### Bandas retropúbicas (TVT)<sup>3</sup>

- Primeras bandas descritas
- Las tasas de éxito no decaen a largo plazo
- Riesgo de perforación vesical más alto
- Necesidad de cistoscopia intraquirúrgica

#### Bandas transobturadoras (TOT)<sup>4,5</sup>

- Menor riesgo de perforación vesical
- Menor riesgo de lesión visceral y vascular
- Menor tiempo quirúrgico y de hospitalización
- Las tasas de éxito decaen a largo plazo
- Mayor incidencia de dolor inguinal

#### Bandas de incisión única<sup>6,7</sup>

- Menor riesgo de dolor inguinal y lesiones viscerales
- Estudios con poco seguimiento a largo plazo
- Resultado más cirujanodependiente

## Nivel superior

### Regulador mecánico externo (REMEEX)<sup>8</sup>

Sistema de cabestrillo suburetral de polipropileno con dos hilos de tracción que conectan con un sistema varitensor de regulación

- Ajustable a corto y largo plazo
- Diseñado específicamente para el tratamiento de la IUE
- Indicado para IUE por déficit uretral intrínseco, IUE recidivada y/o uretra hipomóvil
- Precisa cistoscopia intraquirúrgica para comprobar integridad vesical
- Precisa 2ª incisión suprapúbica con más riesgo de infección

El cabestrillo de polipropileno suburetral se conecta con dos hilos de tracción que atraviesan el espacio de Retzius con el sistema varitensor que se aloja en el hipogastrio, por encima de la fascia de los músculos rectos

### Inyecciones periuretrales<sup>9</sup>

Inyección periuretral de material biocompatible e hipoalergénico

- Estable en el tiempo
- Alternativa al tratamiento habitual con bandas sintéticas, evitando o retrasando su colocación
- Mínimamente invasivo
- Mínima tasa de complicaciones
- Especialmente útil en mujeres con enfermedades graves o avanzadas por su baja morbilidad
- Menor tasa de éxito que las bandas suburetrales libres de tensión
- Pocos datos de éxito a largo plazo
- Con algún tipo de sustancia se han descrito casos de migración y/o degradación

Inyección del material voluminizador en la submucosa uretral a nivel del cuello vesical con la ayuda de un uretroscopio

## Nivel inferior

### Colposuspensión de Burch<sup>10,11</sup>

Se trata de una técnica que fija el cuello vesical a las estructuras del espacio de Retzius, corrigiendo la hipermovilidad uretral

- Técnica clásica con altas tasas de eficacia a largo plazo
- Posibilidad de realizarse por vía abierta y por laparoscopia
- Complejidad quirúrgica
- Riesgo elevado de disfunción de vaciado
- Si fracasa, la paciente suele tener una IUE con uretra hipomóvil

### Bandas de fascia autóloga<sup>12</sup>

Consiste en la colocación de un fragmento de fascia extraída de los músculos abdominales o fascia lata a nivel suburetral

- Técnica *gold-standard* hasta la aparición de BSLT
- Altas tasas de éxito a largo plazo
- No utiliza material sintético
- Posibilidad de realizarla en uretra hipomóvil (recurrencias)
- Complejidad quirúrgica
- Técnica más invasiva

IU: incontinencia urinaria; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo.

1. Milson I, et al. International Consultation on Incontinence, 6th Edition. Tokyo, September 2016. 2. Lukacz E. Evaluation of females with urinary incontinence. UpToDate 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-females-with-urinary-incontinence>. 3. Ulmsten U, et al. Int Urogynecol J. 1996; 7: 81-85. 4. Delorme E. Prog Urol. 2001; 11(6): 1.306-1.313. 5. De Leval J. Eur Urol. 2003; 44: 724-730. 6. Ford AA, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017; CD: 006375. 7. Mostafa A, et al. Eur Urol. 2014; 65: 402-427. 8. Park BH, et al. Urology. 2015; 85(1): 79-84. 9. Kirchin V, et al. Cochrane Database of Syst Rev. 2017; Art No: CD003881. 10. Karmakar D, et al. Am J Obstet Gynecol. 2021; 224(6): 593.e1-593.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2020.11.043. 11. Giarenis I, et al. Int Urogynecol J. 2012; 23(8): 1.117-1.122. doi: 10.1007/s00192-012-1720-4. 12. Saraswat L, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2020 28; 1(1): CD001754. doi:10.1002/14651858.CD001754.pub5