

Experiencia inicial con el empleo del sling de fascia lata para el tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo (IUE) femenina en un hospital rural

Fascia lata's sling for the treatment of female stress urinary incontinence: Experience in a rural hospital

Dres. Federico L. Zeller*;
Fabio Miani**;
Laura Pavese***;
Jorgelina Sotelano***;
Mariela Alvarez***.

Objetivos: El sling pubovaginal ha sido en los últimos años el tratamiento de elección para la IUE femenina. Los de material autólogo han demostrado el menor índice de complicaciones. Presentamos nuestra experiencia empleando fascia lata autóloga.

Material y Métodos: Entre mayo de 2005 y julio de 2006 realizamos 10 tratamientos por vía supra-pública. En 8 casos se ascendieron al espacio retropubiano mediante agujas y en 2 casos se empleó un tunelizador vaginal (Tyco®). En los 8 iniciales se fijaron ambas ramas del sling al ligamento de Cooper. En los 2 restantes se fijaron a la fascia del oblicuo mayor.

Resultados: El promedio de edad fue de 57,7 años; el tiempo de seguimiento promedio fue de 18,8 meses (10 – 24). En 6 casos se corrigió simultáneamente un cistocele. La internación fue de 72 horas. En 2 casos se requirió la sección del sling autólogo debido a hipercorrección. Tres pacientes continúan empleando toallas higiénicas, sin embargo las 10 pacientes no refieren IUE. En 4 pacientes el urocultivo posoperatorio fue positivo, con controles negativos. Un caso presentó una candidiasis vaginal.

Conclusión: El sling pubovaginal con fascia lata autóloga es un tratamiento efectivo de bajo costo, con mínima tasa de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Incontinencia de orina de esfuerzo; Sling autólogo; Fascia lata; Incontinencia femenina

Objectives: The sling has become one of the most popular procedures worldwide for the treatment of female stress urinary incontinence. Autologous materials are associated with more success and fewer complications. We present our experience with autologous fascia lata.

Material and Methods: We performed 10 suprapubic sling procedures between May 2005 and July 2006. In 8 cases both arms of the sling were fixed to the Cooper ligament, in the last 2 cases the slings were ascended to the abdomen using a vaginal tunnelizer (Tyco®).

Results: The mean age was 57.7 years; average follow-up time was 18.8 months (10 – 24). In 6 cases a concomitant cystocele was repaired. Patients stayed 72 hours at hospital. Two cases required a sling section due to a hypercorrection. Three patients continued using pads, but no one referred stress urinary incontinence. Four cases had a positive urine culture, with negative controls. One case had a vaginal infection with *Candida albicans*.

Conclusion: The autologous fascia lata sling is a low cost, effective treatment option for female stress urinary incontinence with a low rate of complications.

KEY WORDS: Stress urinary incontinence; Autologous sling; Fascia lata; Female incontinence

* Servicio de Urología, Hospital Zonal "Ramón Carrillo", Bariloche, Río Negro

** Servicio de Traumatología, Hospital de Área El Bolsón, Río Negro

*** Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Área El Bolsón, Río Negro

Dr. Federico L. Zeller
Servicio de Urología, Hospital Zonal "Ramón Carrillo", 8400, San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina.
Tel.: 02944 15617700

zellerfederico@gmail.com
fezeller@ciudad.com.ar

INTRODUCCIÓN

El uso del sling vaginal como tratamiento para la incontinencia urinaria ha sido empleado por más de 100 años. Actualmente el sling pubovaginal se ha convertido en uno de los procedimientos preferidos para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina^{1,15}. Las correcciones por vía suburetral fueron descritas en principio por *Schultze* en 1884², pero el sling suburetral fue publicado en 1907 por *Von Giordano*, utilizando el músculo *gracilis* para rodear la uretra^{2,3}. *Price* fue el primero en describir el empleo de un sling de fascia en 1933²⁰. Alrededor de 1940 *Millen*, urólogo y *Aldridge*, ginecólogo, describieron una técnica de sling empleando flaps de fascia de los rectos anteriores del abdomen¹⁷. Con el tiempo la técnica fue sufriendo numerosas modificaciones, tanto en los procedimientos como en los materiales, incluyendo fascia de los rectos anteriores del abdomen, tendón de la fascia lata, materiales sintéticos como politetrafluoroetileno, siliconas, polipropileno y poliéster y materiales cadavéricos como fascia lata, duramadre y dermis.

Cada material tiene ventajas y desventajas en su empleo: el material autólogo (fascia lata o recto anterior del abdomen) le agrega tiempo operatorio al procedimiento, riesgo de hematoma, infección de herida, herniación y disconfort temporal para el paciente por presentar otra incisión¹⁶. El mersileno fue el primer material artificial empleado. Se trató de un poliéster, que luego fue discontinuado por la elevada tasa de erosiones que provocaba^{21,22}. En lo referente a otros materiales sintéticos la bibliografía reporta complicaciones como erosiones e infecciones; para el caso específico del politetrafluoroetileno con porcentajes superiores al 23%⁴. Dentro de las complicaciones crónicas podemos enunciar fistulas y supuración de heridas¹⁹. Estos eventos adversos fueron los que en primera instancia pusieron en duda el empleo universal de estos materiales. La erosión vaginal se presenta alrededor de las 4 semanas de la cirugía, con dificultad en la cicatrización de la herida vaginal justo sobre la malla²³, mientras que la erosión uretral no ocurre antes de los 8 meses de pos-operatorio²⁴. En nuestro medio, *Romano y cols.*²⁸ y *Tejerizo y cols.*²⁹ han publicado sus experiencias utilizando mallas "artesanales" de polipropileno, con resultados similares a los modelos comerciales sintéticos, pero a un costo inferior. El primer grupo²⁸ al emplear sling de siliconas (Smart®) refieren una tasa de extracción por erosiones del 81,81% (9/11). El material sintético ideal para la cirugía pélvica aún debe ser desarrollado. Probablemente la biología molecular permita ayudar a definir nuevos materiales sintéticos con menores eventos adversos.

El material cadavérico se ha empleado durante más de 20 años en la práctica quirúrgica, con una respuesta estable y sin complicaciones a lo largo del tiempo⁵. El empleo de fascia cadavérica vs. fascia autóloga no muestra diferencias de acuerdo con la bibliografía⁶. La gran ventaja del empleo de tejido autólogo reside en el hecho de que tiene la mejor biocompatibilidad con el huésped.

Desde diciembre de 2004 hemos realizado en nuestro hospital 14 correcciones de IUE mediante la técnica de sling vaginal; en 10 casos empleamos fascia lata autóloga. Presentamos nuestra experiencia al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre mayo de 2005 y julio de 2006 realizamos 10 correcciones de IUE empleando fascia lata autóloga como material para el sling pubovaginal. La edad promedio de las pacientes fue de 57,7 años, con un rango entre 39 y 70 años. Todos fueron realizados empleando una sección de fascia lata de 1cm de ancho por 20–22 cm de longitud. Las pacientes se hallaban vírgenes de tratamiento para la IUE. Dado que se trató de pacientes que concurren a un hospital de baja complejidad (rural) y escasos recursos, la evaluación previa consistió en una anamnesis, examen físico, examen ginecológico (realizado por LP, JS o MA del Servicio de Ginecología), urocultivo y ecografía renal, vesical y ginecológica. Durante el examen ginecológico se constató en todos los casos la pérdida de orina frente a las maniobras de esfuerzo. Dado que no contamos con la posibilidad de realizar estudios urodinámicos en estas pacientes, evaluamos la función vesical mediante la medición de volumen premiccional y residuo postmiccional por ecografía (éste no debía superar el 15% del volumen premiccional).

Para la obtención del sling de fascia lata colocamos a la paciente en posición decúbito dorsal, con un realce en la cadera homolateral al muslo escogido. El sling de fascia lata fue obtenido en todos los casos por uno de los autores (FM), mediante incisión longitudinal en la cara externa del muslo. Se seccionó una porción de fascia lata de 1cm de ancho por 20–22 cm de longitud. A continuación se realizó el cierre de la brecha para evitar la herniación del vasto externo del cuadriceps. Se dejó una venda elástica alrededor del muslo por 7 días. Se colocó luego a la paciente en posición de litotomía y una sonda vesical para reparar la uretra y evacuar la vejiga. Se incidió la cara anterior de la vagina mediante una incisión longitudinal a 1 cm por debajo del meato urinario. Se disecaron ambos espacios laterouretrales hasta la fascia endopélvica. En los primeros 8 casos se ascendieron los extremos del sling de fascia lata mediante agujas al espacio retropúbico (*Retzius*), perfo-

rando la fascia endopélvica y se fijaron al ligamento de Cooper homolateral mediante suturas no reabsorbibles, a través de una incisión abdominal paralela al arco pelviano anterior. En los 2 últimos casos se empleó un tunelizador vaginal (Tyco®), para ascender los extremos del sling de fascia lata y se fijaron al orificio de salida de la aponeurosis abdominal. El tunelizador vaginal fue esterilizado sumergiéndolo en solución de glutaraldehído durante 10 horas. Al sling se le sometió una tensión suficiente para rodear 1 dedo por debajo de la uretra. La sonda vesical se dejó colocada por 72 horas.

RESULTADOS

Hemos tratado 10 pacientes con IUE con una edad promedio de 57,7 años (rango 39-70 años). El tiempo de seguimiento promedio fue de 18,8 meses, con un mínimo de 10 meses y un máximo de 24 meses. En 6 casos se realizó simultáneamente la corrección de un cistocele. Todas las pacientes permanecieron internadas por 72 horas, momento en el cual se les retiró la sonda vesical y se evaluó por un lapso de 12 horas la calidad de su micción, controlando mediante examen físico la ausencia de globo vesical. En 2 casos se tuvo que colocar una sonda vesical a las 24 horas por presentar una retención aguda de orina. Ambas pacientes fueron reoperadas a los 15 días, realizándose la sección del sling vaginal inmediatamente por debajo de la uretra. Todos los casos fueron controlados con cistoscopia. El seguimiento inmediato se realizó con urocultivo a los 7 días de retirada la sonda vesical y luego un urocultivo mensual durante 90 días. En 4 casos tuvimos urocultivos positivos a *E. coli* en el posoperatorio inmediato, con controles posteriores negativos. A los 30 días de la cirugía se midió a las pacientes el volumen miccional y el residuo posmiccional (RPM) mediante cateterismo limpio, siendo en 7 pacientes nulo y en las otras 3, en promedio, inferior al 12% del volumen emitido espontáneamente. Ninguna de las pacientes presentó infección de la herida quirúrgica. Una paciente presentó una candidiasis vaginal a los 20 días de la cirugía, que remitió con el uso de óvulos de cotrimoxazol durante 5 días. El seguimiento mediato consistió en urocultivo y ecografía con medición de RPM cada 6 meses.

A los 6 meses de la cirugía se les realizó a las pacientes 2 preguntas de satisfacción global:

- a) ¿Continúa utilizando pañales o toallas higiénicas?
- b) Si tuviera que definir su estado luego de la cirugía, ¿cuál de las 3 opciones siguientes aplicaría a su situación actual?

- 1) curada (sin pérdida)
- 2) mejor (menor pérdida)
- 3) igual (la pérdida no ha cambiado)

Empleamos en este caso a efectos de una mejor comprensión por parte de las pacientes la palabra "pérdida" como sinónimo de incontinencia. En 4 casos las pacientes referían seguir utilizando toallas higiénicas, sin embargo las 10 pacientes respondieron sentirse curadas. Las preguntas fueron entregadas como cuestionario autoadministrado.

A los 12 meses se repitió el mismo cuestionario a 9 de las 10 pacientes, el cual fue entregado a modo de cuestionario autoadministrado, observando como cambio que en 1 caso había dejado de utilizar toallas higiénicas, continuando aún las 10 refiriendo sentirse curadas. Repetimos la ecografía en estas pacientes, sin encontrar cambios significativos con respecto a los controles que se realizaron con anterioridad.

DISCUSIÓN

La técnica de sling vaginal se comenzó a emplear a comienzos del siglo 20. Inicialmente este procedimiento quedaba reservado para aquellos casos en los cuales el tratamiento quirúrgico para la IUE fallaba¹³. Una gran variedad de materiales y técnicas han sido empleados desde entonces, incluyendo politetrafluoroetileno, fascia del recto anterior del abdomen, fascia lata y pared vaginal anterior, entre otros⁷⁻¹¹. Aldridge fue quien utilizó por primera vez en 1942 la fascia de los rectos anteriores del abdomen como sling pubovaginal¹⁷. Seccionaba 2 "flaps" de fascia de los rectos, los descendía por debajo del cuello vesical y los suturaba entre sí. El empleo de fascia autóloga, tanto fascia de los rectos anteriores del abdomen como fascia lata, ha demostrado tener un elevado porcentaje de éxito (92-95%) en numerosos estudios²⁴. En estos estudios no ha sido informada la ocurrencia de erosión uretral con el empleo de fascia autóloga. Blaivas y Jacobs¹² y Mc Guire y Lytton¹³ popularizaron el empleo de la fascia de los rectos anteriores del abdomen mediante una vía abdomino-vaginal combinada. Las desventajas del empleo de la fascia de los rectos anteriores del abdomen son 3:

- a) La presencia de cirugías previas dificulta, por la cicatrización, la toma del sling.
- b) Se requieren entre 20-22 cm de fascia, con los cuales a veces no se cuentan.
- c) La extracción de 20-22 cm de fascia del recto anterior incrementa el tiempo de recuperación de la paciente.

El empleo del sling de fascia lata autóloga tiene como desventaja:

- a) La cicatriz en la cara lateral del muslo.
- b) El tiempo operatorio para su obtención (aproximadamente 45 min.).

Al emplear fascia lata cadavérica se ha estimado que el riesgo de adquirir una infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) es de 1 en 1.667.600²⁵.

La ventaja del empleo del sling de fascia lata autóloga radica en que el paciente no requiere una recuperación tan prolongada como al emplear fascia de los rectos anteriores del abdomen. La extracción del sling en nuestros pacientes no trajo complicaciones en la deambulación. De hecho la segunda paciente que operamos a los 30 días de la cirugía se reintegró a sus tareas habituales, debiendo recorrer una distancia de 12 km diarios desde su domicilio hasta su trabajo y regreso en bicicleta. En las primeras 8 pacientes realizamos una incisión abdominal paralela a la arcada pubiana y fijamos los extremos del sling al ligamento de Cooper homolateral. En las 2 últimas pacientes esto no fue necesario, pues al emplear el tunelizador vaginal (Tyco®), fijamos los extremos del sling de fascia lata a través del orificio abdominal a la fascia del oblicuo mayor a cada lado respectivamente.

Es de suma importancia la correcta elección del paciente. Aquellos con síntomas anorrectales significativos y/o con prolapso rectal, requieren de un estudio profundo, incluyendo evaluación de la motilidad anorrectal, previos a la cirugía de corrección. El principio de la cirugía pelviana de reconstrucción se basa en un acabado conocimiento de la anatomía y fisiología del piso perineal y la valoración de los mecanismos involucrados en el correcto funcionamiento del piso perineal, la función de los órganos pélvicos y los espacios pelvianos²⁶.

Creemos que el secreto en el éxito del sling vaginal radica en la tensión a la cual se somete al mismo, suficiente para coaptar la uretra sin obstruirla. Probablemente sea uno de los momentos más importantes de la cirugía. El sling pubovaginal recupera la anatomía normal de la uretra, al restaurar sus soportes laterales y posterior, provistos normalmente por el ligamento uretropélvico y la fascia periuretral. En cierta medida el sling crea un soporte que re-aproxima la inserción de la fascia periuretral a la pared lateral de la pelvis a la altura de la arcada (ligamento uretropélvico). Esto elimina la hipermovilidad uretral e incrementa la resistencia de la uretra proximal²⁷. A largo plazo, el éxito o fracaso del sling pubovaginal, dependerá también de la escarificación del mismo, el tipo de sutura empleado para la fijación y eventualmente el

sitio de inserción. Al igual que *Choe y cols.* creemos que la fibrosis de ambos brazos del sling en el espacio de *Retzius* provoca un efecto de "hormigonado", de modo tal que el sling queda fundido al espacio que lo rodea¹⁸. Probablemente en aquellos slings donde lo que se fija es la sutura y no el brazo del mismo, el éxito dependerá de la tensión y punto de inserción de la sutura. Cuando esta sutura suspendida falla, la IUE reaparece¹⁸. Otros autores como *David-Montefiore y cols.* sostienen que el factor preponderante en la evolución posoperatoria inmediata es el uso de slings de material no elástico. En el estudio multicéntrico, prospectivo, randomizado realizado por estos autores no reportan episodios de disuria o RAO posoperatoria³⁰.

Las pacientes permanecieron internadas durante 3 días con sonda vesical, la cual fue retirada al tercer día pos-operatorio. En todos los casos las pacientes orinaron espontáneamente y fueron dadas de alta ese mismo día por la noche. En 2 casos consultaron a la mañana siguiente por presentar una retención aguda de orina. Se asociaron las mismas a una hipercorrección por tensión excesiva del sling vaginal. Se las trató con una sonda vesical por 15 días, momento en el cual se las re-exploró y se seccionó el sling de fascia lata justo por debajo de la uretra. Ambas pacientes no perdieron capacidad de continencia y continuaron orinando sin dificultad, sin residuo posmiccional medido por ecografía. El seguimiento fue 18,8 meses en promedio y se realizó con urocultivo a los 7 días del alta y luego un urocultivo mensual durante 3 meses. En 4 casos tuvimos urocultivos positivos a *E. coli* en el posoperatorio inmediato, con controles posteriores negativos. A los 30 días de la cirugía se midió a las pacientes el volumen miccional y el residuo posmiccional mediante cateterismo limpio, siendo en 7 pacientes nulo y en las otras 3 inferior al 12% del volumen emitido espontáneamente. Ninguna de las pacientes presentó una infección de la herida quirúrgica; fueron medicadas con cefalotina 1g por vía endovenosa cada 6 horas desde el momento previo a la intervención hasta el alta (tercer día posoperatorio).

Probablemente una de las críticas a nuestro trabajo sea la falta de estudios previos para la correcta evaluación de las presiones vesicales y uretrales, pero debemos tener en cuenta que se trata de una experiencia realizada en el ámbito de un hospital rural, con una población de escasos recursos, donde el empleo de un sling de material sintético no es provisto por su elevado costo. Tampoco podemos utilizar mallas "artesanales" de polipropileno por carecer de óxido de etileno para su esterilización. El empleo del sling de fascia lata brinda una solución para estas pacientes, las cuales mejoran su calidad de vida, reduciendo sus gastos en pañales,

perfumes o desodorantes, permitiendo además que se reintegren a su vida laboral.

CONCLUSIONES

Creemos que el sling pubovaginal con fascia lata autóloga es un tratamiento efectivo y de bajo costo, con mínima tasa de complicaciones, que no requiere de una gran infraestructura tecnológica para su realización. Creemos que cada cirujano debe emplear la técnica de colocación que le sea más afín. Una decisión importante es el tipo de material autólogo a elegir para el sling vaginal: ¿debe emplear fascia de los rectos anteriores del abdomen o fascia lata? La bibliografía demuestra en numerosas series que ambos tipos son de una gran efectividad con una baja morbilidad¹⁴. La presión ejercida por la industria y la necesidad de disminuir el tiempo quirúrgico han reintroducido el empleo de materiales sintéticos, pero también cada cirujano conoce los riesgos de emplear un cuerpo extraño en proximidad de la uretra, lo cual genera duda en el momento de elegir el tipo de sling. El procedimiento quirúrgico ideal debe aumentar la resistencia uretral frente al incremento inesperado de la presión intra-abdominal, sin evitar el descenso normal de la presión intrauretral durante la micción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Guire EJ, O'Connell HE: Surgical treatment of intrinsic urethral dysfunction. *Slings, Urol Clin North Am*, 1995, 22:657.
2. Barrett D, Wein AJ, Voiding dysfunction: diagnosis, classification and management. En Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards ST, Duckett JW eds: *Adult and Pediatric Urology*. Chicago: Year Book Medical, 1987: 863.
3. Hohenfellner R, Petrie E: Sling procedures in surgery. En: *Surgery of Female Incontinence*. Editado por SL Stanton y E Tanagho, Berlin, Springer-Verlag, 1986, 105.
4. Bent AE, Ostergard DR, Zwick-Zaffuto M, Tissue reaction to expanded polytetrafluoroethylene suburethral sling for urinary incontinence: clinical and histologic study. *Am J Obstet Gynecol*, 1993, 169:1198.
5. Cooper JL, Beck CL: History of soft-tissue allografts in orthopedics. *Sports Med Arthrosc Rev*, 1993, 1:2.
6. Merritt W, Peacock EE Jr., Chvapil M: Comparative biology of fascial autografts and allografts. *Surg Forum*, 1974, 25:524.
7. Morgan JE, Farrow GA, Stewart FE: The Marlex sling operation for the treatment of recurrent stress urinary incontinence: a 16-year review. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 1985, 111: 224.
8. Beck RP, McCormick S, Nordstrom L: The fascia lata sling procedure for treating recurrent genuine stress incontinence of urine. *Obst. Gynec.*, 1988, 72: 699.
9. Juma S, Little NA, Raz S: Vaginal wall sling: four years later, *Urology*, 1992, 39: 424.
10. Jeffcoate TNA: The results of the Aldridge sling operation for stress incontinence. *J. Obst. Gynaecol. Brit. Empire*, 1953, 63: 36.
11. Iosif CS: Porcine corium sling in the treatment of urinary stress incontinence. *Arch. Gynecol.* 1987, 240: 131.
12. Blaivas JG, Jacobs BZ: Pubovaginal fascial sling for the treatment of complicated stress urinary incontinence. *J. Urol.* 1991, 145: 1214.
13. McGuire EJ, Lytton B: Pubovaginal sling procedures for stress incontinence. *J. Urol.*, 1978, 119: 82.
14. Morgan TO, Westney OL, McGuire EJ: Pubovaginal sling: 4-year outcome analysis and quality of life assessment. *J Urol*, 2000, 163:1845.
15. Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, y col.: Female stress urinary incontinence clinical guidelines panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol* 1997, 158: 857.
16. Wright JE, Iselin CE, Carr LK, y col.: Pubovaginal sling using cadaveric allograft fascia for the treatment of intrinsic sphincter deficiency. *J Urol* 1998, 160: 759
17. Aldridge AH: Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1942, 44:398
18. Choe JM, Kothandapani R, James L, y col.: Autologous, cadaveric, and synthetic materials Used in sling surgery: comparative biomechanical analysis, *Urology* 2001, 58: 482.
19. Weinberger MW, Ostergard DR: Long-term clinical and urodynamic evaluation of the polytetrafluoroethylene suburethral sling for treatment of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol*, 1995, 86:92.
20. Price PB: Incontinence of urine and feces. *Arch Surg* 1933, 26: 1043.
21. Moir JC: The gauze-hammock operation. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1968, 75: 1.
22. Metrick I, Lee RE: Delayed transection of urethra by Mersilene tape. *Urology* 1976, 8: 80.
23. Myers DL, La Sala CA: Conservative surgical management of mersilene mesh suburethral sling erosion. *Am J Obstet Gynecol* 1998, 179: 1424.
24. Kassardjian ZG: Sling procedures for urinary incontinence in women, *BJU International* 2004, 93: 665.
25. Tomford WW: Transmission of disease through transplantation of musculoskeletal allografts. *J Bone Joint Surg* 1995, 77: 1742.
26. Thakar R, Stanton SL: Weakness of the pelvic floor: urological consequences. *Hosp Med* 2000, 61: 259.
27. Cespedes RD, Winters JC, Ferguson KH: Colpocleisis for the treatment of vaginal vault prolapse. *Tech Urol* 2001, 7: 152.
28. Romano SV, Marconi G, Ponce C y cols.: Resultados del sling en el tratamiento de la incontinencia femenina en un hospital público, *Rev. Arg. de Urol* 2006, 71: 167
29. Tejerizo JC, González M, Favre G y cols.: Sling sintético: comparación de resultados entre el uso de diferentes mallas, 10 años de experiencia, *Rev. Arg. de Urol* 2004, 69: 228.
30. David-Montefiore E, Frobert JL, Grisard-Anaf M y cols.: Peri-Operative Complications and Pain after the Suburethral Sling Procedure for Urinary Stress Incontinence: A French Prospective Randomised Multicentre Study Comparing the Retropubic and Transobturator Routes, *European Urology* 2006, 49: 133.

COMENTARIO EDITORIAL

Los autores comunican los resultados a mediano plazo (entre uno y dos años de seguimiento) de un grupo de 10 pacientes operadas primariamente por incontinencia de orina al esfuerzo (IOE) utilizando un sling suprapúbico de fascia lata, obtenido de las propias pacientes.

Sus resultados son satisfactorios y comparables a otras comunicaciones con la salvedad de que obtuvieron un número importante de trastornos en la micción en el postoperatorio: en 2 pacientes el sling debió ser seccionado para permitir la micción y otras 3 presentaron un residuo superior al 10%.

Esto probablemente fue debido a: hipercorrección, a la ubicación del sling subcervical, a la retracción del tejido autólogo (aproximadamente del 30% de la longitud total) o al haber colocado el sling luego de corregir el prolapso, lo cual tiende a generar hipercorrección por el cambio introducido en la anatomía uretrocervical¹

Desde hace unos 10 años el uso del sling ha pasado a ser el estándar del tratamiento de la IOE y esto gracias a la puesta en práctica de algunos conceptos extraídos y transmitidos de la experiencia de numerosos investigadores, como por ejemplo el de dejar el sling sin ninguna tensión, su colocación medio uretral en lugar de subcervical (con lo que se consiguen iguales resultados respecto de la continencia, pero con menor disuria y obstrucción que subcervical); además del aporte que significó la transferencia con agujas de los extremos del sling sea transobturatorio o suprapúbico, evitando así a las pacientes las grandes disecciones.

Otro aspecto que se nos ocurre importante señalar a los autores, es con respecto a la innecesaria firme fijación de los extremos del sling, la cual ha perdido vigencia dado los buenos resultados demostrados a largo plazo, de abandonarlo sin tensión (ni fijación alguna) en el espacio retropúbico o transobturatorio, y que como los autores lo reconocen, se debe a que se produce un anclaje fibroso del mismo, como un "hormigonado".

El uso de tejido autólogo fascial (aponeurosis del recto o de la fascia lata) del propio paciente es sin duda

mejor tolerado y con menor riesgo de infección que los de material sintético, pero tiene el inconveniente de las lesiones adicionales que se producen necesariamente para extraer el tejido.

Además, por lo referido anteriormente, ya no es necesario que la tira fascial sea tan larga para que llegue al Couper o a la aponeurosis abdominal pudiendo utilizarse para la confección del sling sólo 10 cm de longitud por 1 cm de ancho anudando en sus extremos hilos reabsorbibles para transferirlos al abdomen o por vía transobturatoria, manteniendo la cincha en posición hasta que sea fijada por los tejidos de la paciente.

Cabe señalar que la longitud mínima en la vía suprapúbica es aquella que permita a los extremos de la fascia rebasar la fascia endopélvica e ingresar al espacio retro-púbico para quedar fijada allí por la fibrosis ulterior.

Por último y como los autores lo señalan los slings de malla de polipropileno monofilamento y de orificios mayores de 70 micrones, han simplificado la construcción de un sling que se tolera muy bien y cuyos resultados son comparables a los autólogos, con la ventaja de disponerlos fácilmente a la hora de la cirugía, sin heridas adicionales. Este material sintético, es por hoy, universalmente reconocido como el más apto y es el que utilizan en su construcción la mayoría de los slings comerciales, así como los "artesanales".

Los autores mencionan su dificultad para esterilizar estas tiras y se nos ocurre sugerirles que una vez cortadas las tiras de 1 cm por 25 o 30 cm, (de las que se obtienen unas 25 o 30 de una malla de 30 x 30) podrían ser enviadas a esterilizar en óxido de etileno en sobres separados, a un hospital público (el más próximo posible) y así tener 25 o 30 mallas, con las que podrían satisfacer sus necesidades por un par de años o más, dependiendo de la demanda que en su medio requieran este tipo de operaciones.

1) Deng, DY y col.: BJU Int, Atlas, V: 96, N° 4 Sep. 2005

PROF. DR. SALOMÓN VÍCTOR ROMANO
Profesor Adjunto de Urología de la UBA