



Introducción

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE): Es la pérdida involuntaria de orina que se produce con el aumento de la presión abdominal (tos, estornudos, risa, levantamiento de objetos, cambios de posición, ejercicio, etc.).

Existe un desplazamiento hacia abajo de la vejiga y la uretra por la debilidad de las estructuras encargadas del soporte del suelo de la pelvis (músculos y fascias).

Es una enfermedad que afecta gravemente la calidad de vida de la mujer.

El tratamiento puede ser quirúrgico y las técnicas empleadas han ido evolucionando a lo largo del tiempo, siendo anteriormente cirugías mayores hasta la actualidad, que son cirugías mínimamente invasivas.

Objetivos

- Conocer las técnicas más innovadoras en el tratamiento quirúrgico de la IUE.
- Prevenir y controlar las posibles complicaciones derivadas de la intervención.

Método y resultados

TVT-O, CINTAS MADIOURETRALES DE 2ª GENERACIÓN



- Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2 gr. iv.
- Anestesia regional.
- Posición ginecológica en 90° de flexión muslo-abdomen.
- Sondaje vesical.

• Técnica Quirúrgica: colocación de una malla/banda de polipropileno por debajo de la uretra media a través de los agujeros obturadores, insertándose desde la vagina hacia la rama isquiopubiana para acceder por el agujero obturador a la inserción en el músculo aductor. El abordaje va de dentro a fuera, tras una disección vaginal mínima.

- Taponamiento vaginal durante 12 horas.
- Retirada de sonda vesical a las 24 horas.



Mini-Arc, CINTAS MADIOURETRALES DE 3ª GENERACIÓN



- Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2 gr. iv.
- Anestesia local.
- Posición ginecológica en 90° de flexión muslo-abdomen.
- Sondaje vesical.
- Hidrodissección: se inyecta una

solución salina 0.9%, en el punto de incisión entre la pared vaginal y la uretra, creando un espacio uretro-vaginal.

• Técnica Quirúrgica: colocación de una malla de polipropileno a través de una incisión en la pared vaginal anterior, a 1 cm proximal al meato de la uretra. Se realiza una disección bilateral en 45° en dirección hacia la porción inferior de la rama inferior del hueso púbico y se inserta la cinta en forma de hamaca por medio de la aguja en el músculo obturador interno.

- No se realiza taponamiento vaginal.
- Retirada de sonda vesical tras la finalización de la cirugía.



Conclusiones

La utilización de **mini-cintas de tercera generación** son una herramienta más beneficiosa que sus predecesoras, puesto que se realiza un abordaje por una única y mínima incisión en vagina; la longitud de la malla se reduce en dos tercios, lo que implica una menor penetración en los tejidos; existe menor riesgo de complicaciones y disminución del dolor postoperatorio; aumento del confort de la paciente y reducción de la estancia y coste hospitalario.

Bibliografía

1. Nuestra experiencia con minicintas Mini-Arc en la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Jiménez Calvo, J; Hualde Alfaro, A; Cebrián Lostal, JL; Álvarez Bandres, S; Jiménez Parra, J; Montesino Semper, M; Raigoso Ortega, O; Lozano Uruñuela, F; Pinos Paul, M; y González de Garibay, A.S. Actas Urológicas Esp. 2010; 34(4): 372-377;
2. Experiencia preliminar con cinta de tercera generación en el tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo: Miniarc. Pardo, J; Solá, V; Ricci, P. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009; 74: 253-8;
3. Jiménez Calvo, J; Hualde Alfaro, A; Cebrián Lostal, JL; Álvarez Bandres, S; Jiménez Parra, TOT en el tratamiento de la IUE. Nueva experiencia comparada con la TVT ;
4. Guía procedimiento quirúrgico MINI-ARC (Single-Incisión Sling System).