

## **Comparación sobre la eficacia de la técnica de Sling versus la Colposuspensión de Burch en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas**

### **Comparison on the Efficacy of The Sling Technique Versus the Burch Colposuspension in the Surgical Correction of Stress Urinary Incontinence in Adult Women**

---

---

Recepción: 19-06-2018  
Aceptado: 21-08-2018

DRA. MELISSA CÉSPEDES MARÍN

*Universidad Internacional de las Américas*

*San José, Costa Rica*

#### **Resumen**

La incontinencia urinaria de esfuerzo es una de las patologías femeninas que posee, en la actualidad, mayor cantidad de propuestas de tratamiento. Sin embargo, las opciones no se encuentran lo suficientemente respaldadas, como para que se construya un consenso sobre cuál debería ser la más recomendada, con mayor eficacia y con menor recurrencia y complicaciones. Por lo tanto, la presente revisión se enfoca en publicaciones de los últimos cinco años, sobre las cuatro técnicas quirúrgicas mayormente usadas para brindar un mejor panorama. Al final, se concluye que tanto la colposuspensión de Burch (laparoscópica) como la técnica de sling (transobturatriz) son los procedimientos, que muestran mejores beneficios y menos complicaciones quirúrgicas, pero los pocos estudios a largo plazo impiden brindar una recomendación de forma absoluta para toda la población.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria, eficacia, patología, consenso, controversia.



## Abstract

Currently, stress urinary incontinence is one of the female pathologies that has the largest quantity of treatment proposals. However, the options are not sufficiently supported, as to build consensus on which one should be the most recommended, with greater efficiency, and with less recurrence and complications. Therefore, this review focuses on publications of recent years, about the four mostly used surgical techniques to provide a better overview. At the end, it is concluded that both, the Burch Colposuspension (laparoscopic) and the Sling Technique (transobturator), are the procedures that show better benefits and fewer surgical complications; nevertheless, the few long-term studies hinder an absolute recommendation for the whole population.

**Key words:** Urinary incontinence, efficiency, pathology, consensus, controversy.

## Introducción

### Planteamiento del Problema

De acuerdo con Garely y Noor (2014) “La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) se define como la pérdida urinaria involuntaria con el esfuerzo, toser, reír, estornudar o el ejercicio físico” (p.2). Esta se produce cuando la presión intraabdominal excede la resistencia desencadenada por los mecanismos de cierre uretral, en ausencia de actividad vesical.

Chiang, Susaeta, Valdevenito, Rosenfeldy y Finsterbuch (2013) indican:

hay que considerar que frecuentemente este trastorno es desatendido por los miembros del equipo de salud y muchas veces es ocultado por los pacientes, aun cuando puede ser muy significativo y determinar gran impacto en la calidad de vida e inserción social de aquellos que lo padecen” (p.220).

Además, la valoración de la magnitud del "síntoma incontinencia" es extraordinariamente subjetiva y, muchas veces, no se le presta la atención deseable porque habitualmente no involucra un riesgo vital. Estudios subjetivos de prevalencia, realizados con cuestionarios, versus otros con valoración objetiva del síntoma, muestran

que esta es ligeramente mayor en estos últimos (Chiang, et al. 2013, p. 220).

La IUE es altamente compleja y relevante y hoy en día constituye un problema de salud, que deteriora la calidad de vida, limita la autonomía y repercute negativamente en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual. Adicionalmente, es una afección que implica altos costos económicos para las personas y los servicios de salud.

La IUE es una de las enfermedades para las cuales se han desarrollado, en los últimos años, múltiples tipos de tratamientos tanto conservadores como quirúrgicos, en especial, en cuanto a la diversidad de técnicas que se pueden emplear en las cirugías de antiincontinencia.

Ascioglu, Gungorduk, Besimoglu, Ertas, Yildirim, Celebi, Ark y Boran (2014) indican que “La cirugía se ofrece a menudo como la primera opción de tratamiento para la IUE moderada, severa y cuando la terapia conservadora ha fallado”. (p. 73).

Por lo tanto, es preocupante que exista una gran diversidad de propuestas de tratamiento para las pacientes, sin

recomendaciones claras y sin guías estandarizadas, que expliquen el “debate sobre cuál es el procedimiento ideal para la IUE con la mayor efectividad, menor morbilidad y mayor rentabilidad”. (Ascioglu, et al. 2014, p.73).

Por lo anterior, se ha generado gran controversia sobre la eficacia de la técnica de sling al compararla con la colposuspensión de Burch, ya que esta última se puede realizar de forma abierta o laparoscópica.

La diversidad de opciones quirúrgicas para la IUE revela la complejidad innata de esta patología, la cual expresa el complejo mundo de variables que interaccionan en los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, el desarrollo de constantes métodos para afrontar la enfermedad, manifiesta la importancia y la magnitud de esta patología ya que impacta de manera negativa en la calidad de vida de las pacientes.

Garely y Noor (2014) refiere: “La mayoría de los pacientes no conocen la diferencia entre las múltiples opciones quirúrgicas y dependen del cirujano para realizar la elección del procedimiento”. (p.7) Lo más preocupante es que, actualmente, se están realizando cirugías antiincontinencia, a

partir de supuestos con respecto a la mejor opción para la paciente, pero sin una base científica, que demuestre las indicaciones preferibles en cada una de las opciones para la corrección de esta patología.

Por ende, Garely, y Noor (2014) en cuanto a la incontinencia urinaria de esfuerzo, señala: “además de hacer un diagnóstico preciso, el manejo quirúrgico es probablemente la decisión más importante que puede tomar un médico para influir en el resultado de la paciente” (p.7).

Por lo anterior, tanto para los médicos generales, ginecólogos y para las pacientes es crucial determinar la técnica quirúrgica más eficaz entre el sling y la colposuspensión de Burch, para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres.

Por lo tanto, la presente investigación tiene los objetivos de determinar los beneficios que ofrecen la técnica de sling y la colposuspensión de Burch, así como describir las complicaciones de ambas técnicas, y determinar la técnica más adecuada, para las mujeres adultas que presenten incontinencia urinaria de esfuerzo.

## **Justificación**

Garely, y Noor (2014) indica que “La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es un problema importante que afecta entre un 20 a 40% de todas las mujeres”. (p.1).

Estudios realizados en otros países como Estados Unidos, por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, han mostrado que la incontinencia urinaria ha afectado al 51% de las mujeres, siendo de este valor un 49% de tipo incontinencia urinaria de esfuerzo; 29% incontinencia urinaria de urgencia y 18% del tipo mixta (Garely y Noor 2014, p.2).

Los datos anteriores demuestran su alta incidencia en la población femenina; principalmente, en países donde la obesidad está en ascenso y la pirámide poblacional se está invirtiendo, de modo que aumenta la cantidad de adultos mayores, pues se ha establecido que “los factores de riesgo específicos para desarrollar IUE son la edad, historia reproductiva, obesidad y antecedentes de radiación pélvica”. (Garely y Noor, 2014, p.2).

Además, Morales (2012) indica que “en las mujeres, la incontinencia urinaria fue la

causa primaria de más de 1.000.000 visitas a consultorios médicos durante el año 2000 en los Estados Unidos, y sus costos directos e indirectos fueron de alrededor 19.500 millones de dólares”. (p.225). Esto demuestra que el efecto de este padecimiento es lo suficientemente significativo, como para que la necesidad de buscar la mejor técnica para corregir esta patología sea una prioridad.

El impacto económico exacto de la incontinencia urinaria es imposible de determinar, sin embargo, ha rondado alrededor de los 20 mil millones de dólares anuales, de acuerdo con estudios que toman en cuenta los servicios médico a los que acuden con mucha frecuencia; los gastos en tratamientos conservadores y quirúrgicos; los tiempos de ausencia al trabajo por el aislamiento, que se hacen a sí mismas y dejar de participar en sus actividades rutinarias o laborales o por los períodos de incapacidades, por diferentes razones médicas (Garely y Noor, 2014, p.2).

La incontinencia urinaria de esfuerzo aún no dispone de un consenso para su tratamiento, lo que lleva a múltiples pruebas y error, ya que “no todas las personas son curables” (Garely y Noor, 2014, p.7) y no hay una opinión unánime acerca de la técnica

quirúrgica ideal para la corrección de la enfermedad; tampoco, el porcentaje de mujeres que sufren de manera recurrente la IUE y se deben someter, de nuevo, a otro procedimiento o aún peor continuar de forma crónica con su afección es mayor de lo que debería esperarse.

Por esto, la presente revisión es de importancia clara para determinar, a partir de bases científicas, cuál técnica quirúrgica de las más utilizadas en la actualidad debe ser la más recomendada; o bien, cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de ambos procedimientos para ofrecer a la paciente, un porcentaje de curación mayor y, por ende, disminuir la recurrencia de la enfermedad.

Además, estudios como el presente son de valor teórico para Costa Rica, ya que durante la recopilación de artículos no se encontraron datos sobre IUE, que hicieran referencia al país. El único artículo hallado presentaba todos los datos basados en estadísticas realizadas en otros países, pese a que aquí existe una importante población femenina con esta patología.

## Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos, sobre las técnicas quirúrgicas de sling transobturadora y retropúbica, y, la colposuspensión de Burch abierta y laparoscópica, para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres adultas.

Las bases de datos revisadas fueron: Biblioteca Cochrane Plus, Medline, PubMed.

Los criterios de inclusión fueron los artículos con menos de 5 años de antigüedad, en español o inglés, sobre las técnicas quirúrgicas en la IUE en mujeres adultas.

Se excluyeron aquellos artículos que no cumplieran los criterios detallados previamente, y se refirieran a técnicas quirúrgicas distintas de las que estudia la presente revisión; o bien, los enfocados en técnicas conservadoras y los ejercicios de Kegel ni aquellos que no se encontraron en el rango de años o idiomas establecidos.

La información recolectada se estructuró en tres subgrupos para facilitar su análisis, de la siguiente manera: los artículos que mencionan solamente la técnica de sling; los que comentan únicamente a la

colposuspensión de Burch y los que comparan las técnicas quirúrgicas existentes, para la incontinencia urinaria de esfuerzo que incluyen la técnica de sling y la colposuspensión de Burch.

Se extrajeron las generalidades de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres, información básica de los procedimientos quirúrgicos de la técnica de sling y la colposuspensión de Burch; los beneficios y las complicaciones de cada uno para llegar a las conclusiones necesarias de la presente revisión.

## Discusión

La incontinencia urinaria de esfuerzo según Prezioso, et al. (2013) “es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como la fuga de orina en el esfuerzo, o en los estornudos o tos”. (p. 2).

También Lapitan y Cody (2012) mencionan que según la “Sociedad Internacional de Continencia define la "incontinencia de esfuerzo urodinámica" como la pérdida involuntaria de orina con aumento de la presión intraabdominal durante la cistometría de llenado, en ausencia de

contracción del detrusor (músculo de la pared de la vejiga)”. (p. 3).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] ha identificado la incontinencia urinaria como un problema de salud de crucial importancia. La prevalencia general de la incontinencia se reporta entre el 10% y el 40% de las mujeres adultas y se considera grave en alrededor del 3% al 17% (Hunskaar, 2002 citado por Lapitan, et al., 2012 p. 2).

La frecuencia y prevalencia de esta patología es respaldada por datos como los que menciona Kenton, et al. (2015): “(...) aproximadamente 200.000 cirugías de incontinencia urinaria de esfuerzo se realizan anualmente en los Estados Unidos al aumentar un 27% del año 2000 al 2009” (p. 2).

Además, Prezioso, et al. (2013) menciona:

La prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo fue del 4,7% en mujeres que no habían tenido hijos, el 6,9% en las mujeres que habían tenido solo partos por cesárea, y el 12,2% en las mujeres que habían tenido solo partos vaginales. (p.2).

Lo anterior refleja que las mujeres, que ya han tenido hijos poseen un mayor riesgo de padecer la enfermedad y presentan probabilidad si sus partos fueron vía vaginal; cuantos más partos mayor será el riesgo de padecer esta patología. De modo que múltiples estudios consideran el parto vaginal como un factor de riesgo directamente proporcional a la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Esto pone a la población femenina, en especial a la de Costa Rica, a estar permanentemente en riesgo, ya que este país se mantiene en un índice de cesárea por año de un 21% aproximadamente, del total de partos. Sin embargo, la OMS constantemente impulsa los partos vaginales refiriendo que solo un 15% deberían de ser cesáreas. Por lo tanto, los partos vaginales siempre van a ser abundantes en el medio.

Otros de los factores que aumenta el riesgo de padecer IUE, descritos por Wilson (1996) y citado por Lapitan, et al. (2012) son “la edad avanzada, la mayor paridad, la obesidad y la menopausia”. (p. 3).

Lapitan, et al. (2012) comenta que “La continencia se logra a través de una interacción de las propiedades anatómicas y

fisiológicas normales de la vejiga, la uretra y el esfínter, el suelo pélvico y el sistema nervioso que coordina estos órganos.” (p. 2) Por lo tanto, una alteración de alguno de los mecanismos anteriores propicia la presencia de esta patología.

Se presenta la fuga de orina, cuando alguno de los mecanismos se encuentra alterado o no realiza su función adecuadamente, síntoma que le genera más malestar a la paciente, le incomoda e incluso le avergüenza.

También se considera esencial en el mantenimiento de la continencia el papel del suelo pélvico, en la provisión de apoyo a la vejiga y la uretra, permitiendo la transmisión normal de presión abdominal a la uretra proximal. (Lapitan, et al., 2012, p. 3).

En resumen, para que se dé una adecuada continencia urinaria “es crucial el funcionamiento saludable de la vejiga, la uretra el esfínter y el suelo pélvico es la coordinación entre ellos, facilitada por un control intacto del sistema nervioso”. (Lapitan, et al., 2012, p. 3).

El tratamiento para la incontinencia urinaria incluye intervenciones

conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas, pero la cirugía representa actualmente la modalidad terapéutica más recomendada.

La colposuspensión retropúbica por la técnica de Burch es una de las cirugías que presentan mejores resultados a largo plazo, en los pacientes incontinentes con hipermovilidad uretral, pero las tendencias actuales hacia la realización de técnicas mínimamente invasivas llevaron a proponer la cirugía de Burch tipo laparoscópico.

Además de la cirugía de Burch, según Kenton, et al. (2015) “los slings miduretrales (MUS) son las cirugías más comúnmente realizadas para mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo”. (p.2).

Ridgeway y Barber (2012) señalan: “la cirugía solo está indicada para el tratamiento de la IUE cuando los tratamientos conservadores no han logrado aliviar satisfactoriamente los síntomas y el paciente desea tratamiento adicional en un esfuerzo por lograr la continencia”. (p. 290).

Los procedimientos quirúrgicos para tratar la IUE apuntan a mejorar el soporte de la unión uretrovesical y corregir el cierre uretral deficiente.



Hay desacuerdo con respecto al mecanismo exacto por el cual la continencia se logra con la manipulación quirúrgica, ya que la elección del procedimiento se está viendo influenciada por la preferencia del cirujano, más que “por los problemas coexistentes del suelo pélvico, las características anatómicas del paciente y su estado general de salud que a menudo influyen en el procedimiento”. (Lapitan, et al., 2012, p. 3).

Las comparaciones realizadas por diferentes estudios, con respecto a las técnicas quirúrgicas del Burch laparoscópico y abierto, han mostrado que la eficacia es prácticamente la misma. Por eso, no se puede llegar a recomendar una sobre la otra, excepto por ciertos puntos clave como la poca cantidad de estudios a largo plazo de la técnica laparoscópica de Burch.

La colposuspensión de Burch es la elevación de la pared vaginal anterior y los tejidos paravesicales, hacia la línea ileopectínea de la pared lateral pélvica, al utilizar dos a cuatro suturas a ambos lados (Lapitan, et al., 2012, p. 3).

La colposuspensión retropúbica de Burch abierta es una modalidad de

tratamiento eficaz para la incontinencia urinaria de esfuerzo, especialmente, a largo plazo teniendo una tasa de continencia general aproximada de 85 a 90%, en el primer año de vida. (Prezioso, et al., 2013, p.4).

Prezioso, et al. (2013) publica que la técnica abierta presenta un

porcentaje con continencia completa de 73% a 92% y una tasa de éxito (definida como el porcentaje con cura o mejoría) del 81% al 96%. Esta eficacia de la técnica continúa a largo plazo; después de 5 a 10 años, aproximadamente el 70% de los pacientes continúan siendo continentes (p.2).

Lapitan, et al. (2012) indica que encontró, en una revisión de ensayos, que esta “es una técnica quirúrgica eficaz para la IUE y la incontinencia urinaria mixta en las mujeres, lo que resulta en una cura a largo plazo para la mayoría”. (p.2).

La “Colposuspensión de Burch laparoscópico fue introducida a principios del 1990 para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo” (Prezioso, et al., 2013, p.2), con un enfoque

transperitoneal o extraperitoneal al utilizar de 3 a 5 trócares.

Prezioso, et al. (2013) indica que son algunas de las ventajas, que hacen más exitosa a este tipo de cirugía, porque evitan las adherencias pélvicas intraperitoneales, minimiza el riesgo de lesión intraabdominal y se asocia con una curva de aprendizaje más corta; aunque su principal inconveniente es el riesgo de una mayor absorción de CO<sub>2</sub> que conduce al neumomediastino y al neumotórax. (p.2).

La cirugía laparoscópica de Burch proporciona “una mejor visualización, una estancia hospitalaria más corta, una herida más cosmética, menos dolor postoperatorio y una recuperación más rápida de la actividad diaria” (Prezioso, et al. 2013, p.2).

“Históricamente se considera que la colposuspensión laparoscópica tiene una buena tasa de éxito a corto plazo de más del 90%, pero esta tasa disminuye con un seguimiento más largo al 59% 68%” (Prezioso, et al., 2013, p. 2).

Prezioso, et al. (2013) explica: “La complicación intraoperatoria más frecuente es la lesión del tracto urinario inferior,

presentándose la lesión de la vejiga con una incidencia del 2,17-18%, esto es común en pacientes con cirugía pélvica previa” (p.3).

Además, Prezioso, et al. (2013) señala que otra de las complicaciones como “la incidencia de retención urinaria permanente o transitoria postoperatoria es baja (1,8%)”. (p.3).

Otro punto importante sobre este tipo de cirugía es que, ante una complicación o eventualidad inesperada, durante el procedimiento, existe la posibilidad de convertirla al procedimiento abierto, principalmente en cirujanos novatos en la técnica. Por lo que Prezioso, et al. (2013) indica: “las tasas de conversión, especialmente en las primeras etapas del aprendizaje, pueden llegar al 26%”. (p. 3).

Lo negativo de esta técnica es que “hay más de 150 informes publicados sobre colposuspensiones laparoscópicas. Sin embargo, los resultados a largo plazo de la colposuspensión laparoscópica son inciertos, debido a la duración del seguimiento en la mayoría de los estudios” (Prezioso, et al. 2013, p.5).

Los datos disponibles en el estudio, que realizaron en el 2006, indican: “El Grupo Cochrane de Incontinencia sugirió que la colposuspensión laparoscópica puede ser tan buena como la colposuspensión abierta a los dos años después de la cirugía” (Prezioso, et al., 2013, p.5).

Sin embargo, Prezioso, et al. (2013) observó que los resultados a largo plazo, con la colposuspensión laparoscópica de Burch, son relativamente buenos, pero un poco más bajos que los publicados con la técnica abierta tradicional. No obstante, igualmente indica que la técnica laparoscópica tiene importantes ventajas, sin ningún compromiso aparente en los resultados a corto y largo plazo, si se determinan según medidas objetivas y subjetivas de la enfermedad y la satisfacción de la paciente a los 6 y 18 meses de seguimiento postoperatorio. (p.5).

Prezioso et al. (2013) concluye, en su publicación, que “la calidad de vida mejora significativamente después de la colposuspensión laparoscópica de Burch y las reoperaciones son poco frecuentes”. (p.5).

Lapitan, et al. (2012) señala que la evidencia disponible no muestra una mayor morbilidad o tasa de

complicaciones con la colposuspensión retropúbica abierta, en comparación con las otras técnicas quirúrgicas, como se ha afirmado a menudo. Sin embargo, se encontró un mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos postoperatorios tras la colposuspensión abierta, en comparación con la colporrafia anterior y los procedimientos de sling. (p. 26).

Los procedimientos de sling tradicionales y mínimamente invasivos confieren tasas de éxito similares en comparación con la colposuspensión abierta (Lapitan, et al. 2012, p.26).

Además, los procedimientos de acceso mínimos más recientes, como el sling retropúbico y el sling transobturador, parecen prometedores en comparación con la colposuspensión abierta, pero su rendimiento a largo plazo no se conoce y se debe realizar un monitoreo más cercano de su perfil de eventos adversos (Lapitan, et al., 2012, p. 2).

Actualmente, Ridgeway y Barber. (2012) menciona: “Hay una innovación en el manejo quirúrgico de la IUE que es el sling transobturador, que al igual que el tipo de sling retropúbico es de tipo miduretral

mínimamente invasivo y utiliza una cinta sintética. (p.289).

“Delorme (2015), describió esta nueva ruta de inserción del sling, que el autor llamó transobturator taping (TOT), en el que la cinta se insertó a través de los agujeros del obturador”. (Sun, X., Yang., Sun, F., y Shi., p. 220).

La razón principal por la cual se desarrolla esta técnica fue reducir el riesgo de perforación de la vejiga, así como eliminar las complicaciones raras, pero mortales de la perforación intestinal y lesiones vasculares mayores que se han reportado en los otros tipos de sling; pero, actualmente, la principal limitación que tiene es que no hay suficientes estudios los cual demuestren la eficacia a largo plazo del uso de la técnica del transobturator (Ridgeway et al., 2012, p.289).

Las técnicas mínimamente invasivas se encuentran en auge, sin embargo, Lapitan, et al. (2012) menciona que tales procedimientos no están fácilmente disponibles en muchos países. Esto se debe en parte a las limitaciones de los conocimientos especializados; también y lo que es más importante, debido a la dificultad de asegurar los slings, ya sea por su

falta de disponibilidad o por su alto costo económico. (p.4).

Ridgeway et al. (2012) explica que los factores que pueden influir negativamente en los resultados de las cirugías de IUE incluyen edad avanzada, obesidad, historia de cirugía de incontinencia previa y la uretra no motora. Sin embargo, la evidencia que apoya estos predictores es generalmente débil. Por lo tanto, no deben ser considerados contraindicaciones para la cirugía de continencia, sino que se deben utilizar para el asesoramiento del paciente. (p. 291).

Se determinan, como en todo procedimiento que se le realice a un paciente, cuáles sí tienen recomendado un procedimiento y cuáles tienen contraindicaciones. Esto se hace con el fin de que los resultados, después de la cirugía, sean positivamente los esperados y las complicaciones se den en el menor de los casos.

Ridgeway et al. (2012) determinó, después de varios estudios que se han realizado sobre estas técnicas, que “las

contraindicaciones para la cirugía de IUE incluyen la presencia de hiperactividad pura del detrusor y una vejiga atónica o neurogénica”. (p.291).

Igualmente, conforme se han ido realizando estudios e investigaciones sobre estas técnicas se ha determinado que la mayoría de recomendaciones para las mujeres jóvenes, que se han publicado, son realizar la técnica retropúbica porque tiene datos disponibles sobre seguimientos a largo plazo y suelen tener menos dispareunia que las pacientes en quienes se utiliza la técnica de sling transobturatriz. En cambio, en las mujeres mayores, se suele recomendar la realización de la técnica del transobturador, por los excelentes resultados la menor disfunción miccional postoperatoria y las bajas tasas de complicaciones. (Ridgeway et al. 2012, p.292).

Kenton, et al. (2015) mencionó en un estudio: “Cinco años después del tratamiento quirúrgico, el éxito fue 7,9% mayor en las mujeres asignadas a slings retropúbicos en comparación con los slings transobturadores (51,3% vs 43,4%)” (p.2).

Kenton et al. (2015), en ese mismo estudio, determinó: “Los síntomas urinarios y

la calidad de vida empeoraron con el tiempo y las mujeres con sling retropúbico reportaron más urgencia urinaria con mayor impacto en la calidad de vida” (p.2).

Kenton, et al. (2015) también concluyó: “La continencia urinaria, la función sexual y la impresión general de mejora fueron mayores después del transobturador”. (p.2).

También, en otros estudios Arrabal, Palao, Zuluaga, López, Merino, Lahoz y Arrabal (2012) “observó una mayor tasa de complicaciones con los pacientes operados con sling retropúbico (26%) que con los pacientes que fueron operados con el método transobturador (12%)” (p.97).

Arrabal, et al (2012), asimismo, refirió: “Cuando se analizan globalmente, ambas técnicas, retropúbicas o transobturadoras, muestran resultados similares con respecto a la continencia, de tal manera que es imposible establecer claramente la superioridad de una técnica sobre la otra” (p.97).

También encontró: “(...) en el grupo de las pacientes sometidas al método retropúbico, 14 de 50 pacientes (26%) presentaron algún tipo de complicación en

comparación con 15 de 125 pacientes de las sometidas al transobturador (12%)” (p.98).

Además, mencionan que la complicación posoperatoria inmediata más frecuente fue la dificultad para miccionar después de la extracción del catéter vesical y la presencia de retención urinaria significativa por más de 48 h. (p. 99).

Las complicaciones a los 30 días postoperatorios, según Arrabal, et al (2012), en las mujeres sometidas al método retropúbico fueron un flujo de orina persistentemente bajo, que requirieron autocateterización intermitente, dispareunia y extrusión de la malla. Las del método transobturador fueron igualmente extrusión de la malla y el más frecuentemente presentado fue el dolor inguinal uni o bilateral de intensidad moderada, que aparece a las 48 horas después de la cirugía, principalmente, que no afecta la vida normal de la paciente y tarda de 1 a 6 meses, y se trató con analgésicos y antiinflamatorios. (pp. 99-100).

La literatura ha descrito procedimientos quirúrgicos múltiples, para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Los métodos más utilizados en la

actualidad son las técnicas mínimamente invasivas como el sling (transobturador y retropúbicas) y, siempre en controversia, estos métodos con la colposuspensión de Burch tanto laparoscópica como abierta, por su gran nivel de eficacia a corto y largo plazo.

La ventaja principal de estas técnicas con respecto a la colposuspensión de Burch es la rapidez del procedimiento, la corta estancia hospitalaria y la rápida recuperación de los pacientes, para volver a sus actividades diarias y laborales.

En términos globales, las tasas de éxito de ambas técnicas son bastante altas, en muchos estudios alrededor del 80-90%, incluso en algunos casos llegan al 95%, siendo muy similar a la colposuspensión de Burch, que ronda por valores muy similares, en cuanto al éxito de los procedimientos.

No se identificó una diferencia significativa con respecto a los resultados de una técnica u otra, sin embargo, el método transobturador resultó con menos complicaciones y mejor tolerancia que el método retropúbico; al igual que el Burch laparoscópico sobre el abierto. Por lo tanto, la controversia actual es cuál de las dos ramas de procedimientos principales que más se

están usando actualmente y están fuertemente indicados es la más adecuada.

Sin embargo, eso en realidad no se puede afirmar aún, en forma de consenso, por la falta de estudios principalmente a largo plazo o que los comparen a estos cuatro tipos específicamente.

Lapitan, et al. (2012) explica que el análisis de subgrupos de esos ensayos, incluye los slings retropúbicos y transobturadores, pero no mostró diferencias estadísticamente significativas entre la colposuspensión abierta o laparoscópica y los sling. No obstante, el intervalo de confianza fue amplio por lo que no se puede descartar que se favorezca la colposuspensión de Burch sobre los sling.

También menciona que numerosos métodos quirúrgicos han sido descritos para el manejo de la incontinencia urinaria. Sin embargo, la búsqueda del procedimiento ideal con la mayor efectividad, la menor morbilidad y la mayor rentabilidad sigue en curso. Se ha realizado un gran número de estudios y la necesidad de integrar los resultados de la investigación de alta calidad en una recomendación significativa y

clínicamente útil se ha convertido en un imperativo. (p. 24).

Las investigaciones actuales son impulsadas a menudo por las normas locales y las preferencias individuales del cirujano, en lugar de la medicina basada en la evidencia (Sun, et al, 2015, p.221).

Los cirujanos encargados de realizar estos procedimientos “tienen una comprensión incompleta de los resultados quirúrgicos a largo plazo y los factores de riesgo para el fracaso en las mujeres que se someten a la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo”. (Richter, et al., 2012, p.2).

A pesar de lo anterior, Surkont, Wlaźlak, Petri y Suzin (2015) explican: “Teniendo en cuenta la variedad de causas de IUE, existen muchos métodos quirúrgicos para tratar este síntoma; sin embargo, actualmente, los procedimientos Burch y sling son los más usados (p. 293).

### **Conclusiones**

La incontinencia urinaria de esfuerzo, es una patología que siempre va a estar presente, ya que los factores predisponentes se encontrarán continuamente en la

población, tal como el parto vaginal, edad avanzada, obesidad, multiparidad y otros.

La incontinencia urinaria de esfuerzo, femenina, es un problema de salud importante que impacta negativamente en la calidad de vida de quienes la padecen. La diversidad de métodos quirúrgicos con los que se cuenta para la corrección de esta enfermedad evidencia las controversias en cuanto al tema; asimismo, la incidencia real de complicaciones quirúrgicas, ya que no hay consenso sobre cuál técnica sería la ideal realizar, según las características de cada mujer, para que la tasa de recurrencia y complicaciones sean las mínimas posibles.

Se demuestra, con respecto a las técnicas mínimamente invasivas, que las incidencias de lesiones vaginales, abrasiones y dolor, especialmente en el nivel inguinal, son algo mayores al utilizar el método transobturador; mientras que la incidencia de lesiones vesicales y disfunciones urinarias son mayores al utilizar el método retropúbico.

Sin embargo, sigue siendo de gran relevancia que, aunque la técnica del transobturador parece ser superior en los artículos revisados, siempre se llega de nuevo a la conclusión de que se necesitan más

estudios para corroborar sus ventajas y poder utilizarla, con mayor tranquilidad en toda la población femenina con esta afección.

Además, se demostró que la tasa de complicaciones para el método transobturador es menor que para el método retropúbico; además, cuando las complicaciones ocurren con el método transobturador, son siempre menos graves.

La comparación de la técnica de Burch abierta con la laparoscópica muestra que ambas son prácticamente igual de exitosas; pero la laparoscópica tiene ventajas con respecto al tiempo de recuperación, estancia hospitalaria y riesgo de infección, al igual que en los otros métodos. En este caso, el tipo laparoscópico aún no tiene los suficientes estudios a largo plazo.

También, la comparación de las técnicas mínimamente invasivas, con las de Burch, muestra que la opinión de muchos expertos aún hoy es controversial, ya que no hay una opinión unánime en la mayoría de estudios.

Pese a lo anterior, el Burch al ser un procedimiento con más años de utilidad y tener más estudios que demuestran la eficacia



de la técnica abierta, logra demostrar en las futuras investigaciones que la vía laparoscópica a largo plazo tiene mínimos perjuicios. De modo que esta sería la técnica más indicada para esta patología.

La información y estudios publicados hasta el momento no ofrecen los datos necesarios para hacer un consenso sobre la técnica que se debería utilizar en todas las mujeres con este padecimiento.

Sin embargo, se puede afirmar que entre los dos tipos de técnicas empleadas de colposuspensión de Burch, la laparoscópica es la que actualmente demuestra más ventajas

y competitividad con los slings y entre estos el transobturador ha demostrado una mayor eficacia, a pesar de la falta de estudios a largo plazo.

Asimismo, entre la colposuspensión de Burch laparoscópico y el sling transobturador, la indicación se debe basar en la disponibilidad de los materiales para cada cirugía en el centro hospitalario y las características propias de cada paciente; pero afirmando que, entre todas las opciones quirúrgicas, estas dos son las más ideales para la mayoría de la población femenina con esta patología, de acuerdo con la evidencia científica revelada hasta la fecha sobre las técnicas quirúrgicas contra la IUE.

### Referencias

- Arrabal, M., Palao, F., Zuluaga, A., López, V., Merino, S., Lahoz, C. y Arrabal, M. (2012) Complications from the placement of a tension- free suburethral sling using the transobturador and retropubic methods for treatment of female urinary incontinence. *Urologia Internationalis*, 89(1), 97-102. doi: 10.1159/000338643
- Ascioglu, O., Gungorduk, K., Besimoglu, B., Ertas, I., Yildirim, G., Celebi, I., Ark, C. y Boran, B. (2014) A 5-year follow-up study comparing Burch colposuspension and transobturador tape for the surgical treatment of stress urinary incontinence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125 (1), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.026>

- Chiang, H., Susaeta, R., Valdevenito, R., Rosenfeldy, R., Finsterbuch, C. (2013) Incontinencia urinaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 219- 227.
- Garely, A., Noor, N. (2014) Diagnosis and surgical treatment of stress urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 124(5) 1 - 24. doi: 10.1097/AOG.0000000000000514.
- Kenton, K., Stoddard, A., Zyczynski, H., Albo, M., Rickey, L., Norton, P., Wai, C., Kraus, S., Siris, L., Kussek, J., Litman, H., Chang, R. y Richter, H. (2015). 5-Year Longitudinal Follow-up after Retropubic and Transobturator Midurethral Slings. *The Journal of Urology*, 193(1), 1-15 <http://doi.org/10.1016/j.juro.2014.08.089>
- Lapitan, M., Cody, J. (2012) Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 13(6), 1- 237 doi: 10.1002/14651858.CD002912
- Morales, M. (2012) Incontinencia urinaria femenina. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX* (602) 225-230
- Prezioso, D. et al. (2013) Stress urinary incontinence: long term results of laparoscopic Burch colposuspension. *BMC Surgery*, 13(Suppl 2), 1-8. <http://doi.org/10.1186/1471-2482-13-S2-S38>
- Richter, H., et al. (2012) Five Year Continence Rates, Satisfaction and Adverse Events of Burch Urethropexy and Fascial Sling Surgery for Urinary Incontinence. *The Journal of Urology*, 187(4), 1-15. <http://doi.org/10.1016/j.juro.2011.11.087>
- Ridgeway, B., y Barber, M. (2012). Midurethral slings for stress urinary incontinence. A urogynecology perspective. *Urologic Clinics of North America*, 39(3), 289-297. DOI: 10.1016/j.ucl.2012.06.002

Sun, X., Yang, Q., Sun, F., y Shi, Q. (2015). Comparison between the retropubic and transobturator approaches in the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *International Brazilian Journal of Urology. Official Journal of the Brazilian Society of Urology*, 41(2), 220–229. <http://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.02.06>

Surkont, G., Wlaźlak, E., Petri, E. y Suzin, J. (2015). Standardized modified colposuspension – mid-term results of prospective studies in one centre. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(2), 293-296. <https://doi.org/10.5604/12321966.1152082>