

INTRODUCCION: La Organización Mundial de la Salud estima que unos 200 millones de personas sufren incontinencia urinaria. Dentro de esta, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo tiene una prevalencia de un 49% según la Sociedad Internacional de Incontinencia con una incidencia mayor en mujeres jóvenes entre los 45 y 49 años, afectando la calidad de vida de las pacientes que la padecen. A lo largo de los años se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas para su corrección y en la actualidad las cintas medio uretrales se describen como la técnica quirúrgica estandar de oro. Sin embargo existen otras técnicas vigentes con tasa de éxito similares como ser; la Colposuspension de Burch y Cabestrillo con tejido Autólogo.

OBJETIVO: Describir la técnica quirúrgica de Cabestrillo con tejido Autologo como tratamiento eficaz de la IUE

Definición : Según la Sociedad Internacional de Incontinencia , la incontinencia urinaria de esfuerzo se define como una condición médica caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo físico.

CASO CLINICO

Paciente de 46 años de edad, con HGO: G:4, P:4, HV:4, sin antecedentes personales patológicos, familiares o quirúrgicos. Con historia de incontinencia urinaria de esfuerzo al reír, toser o estornudar todos los días en chorro grande, de 4 años de evolución (Sandvik 12), negando urgencia urinaria, negando sensación de vaciamiento incompleto, y sensación de cuerpo extraño. Afirmando vida sexual activa, e incontinencia coital durante la penetración.

EXAMEN FISICO:

Prueba de la tos (+) a la maniobra de valsalva, insuficiencia perineal (IP) 3 y Gosling 1.

Reflejos sacros presentes

USG Pélvico Normal con Útero 8 x 5 x 4cm

- **Diagnostico:** Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

- **Plan terapéutico de:** Cabestrillo Autólogo.

TÉCNICA QUIRURGICA

El termino CABESTRILLO AUTÓLOGO hace referencia al uso del propio tejido del paciente como cabestrillo mediante el cual se pretende restaurar el soporte de la unión uretrovesical y compresión mecánica de la uretra proximal durante algun estrés, aumentando la resistencia de la vejiga durante cualquier evento que eleve la presion intraabdominal previniendo la IUE.

Utilizando como cabestrillo autólogo la fascia de los rectos.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA: Previa asepsia del área, con la paciente en posición de litotomía se realiza incisión pfannenstiel, se diseca pared identificando fascia de musculos rectos, obteniendo tejido autólogo de más o menos 10 x 2cm, se procede a realizar abordaje vaginal realizando incisión a 2cm de meato uretral, se diseca espacio parauretral y se perfora fascia pubocervical hasta alcanzar espacio retropubico. Luego via abdominal se introducen agujas Stamey accediendo a espacio retropubico saliendo a espacio parauretral. Se verifica integridad de la vejiga mediante uretrocistoscopia. Se colocan dos suturas de polipropileno en cada extremo del tejido autólogo y se anudan a cada lado de las agujas Stamey, se ajusta cabestrillo a nivel del cuello vesical y se comprueba tensión para posteriormente fijar el mismo.

RESULTADOS POSTOPERATORIOS: Paciente evaluada a los 2 y 6 meses de la cirugía evidenciandose CONTINENCIA urinaria con prueba de tos negativa y una evidente mejoría en la calidad de vida.



CONCLUSIONES

- El Cabestrillo de tejido autólogo tiene indicaciones precisas para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo como ser pacientes con recidiva, deficiencia intrínseca del esfínter uretral y pacientes que no son candidatas a uso de mallas de material sintético.
- Es una opción PRIMARIA muy eficaz para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo

BIBLIOGRAFIA: