

URETROPLASTIA CON TEJIDO NATIVO Y COLOCACION DE CINTA TVT. REPORTE DE CASO

Cruz Torrico Sindy Willma¹; Ramírez Isarraraz Carlos²; Gorbea Chávez Viridiana,³ Granados Martínez Verónica⁴; Montiel Mora Roberto Ignacio⁵

¹Médico residente de sexto año Urología Ginecológica Instituto Nacional de Perinatología. ²Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología Ginecológica Instituto Nacional de Perinatología. ³Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología Ginecológica Instituto Nacional de Perinatología. ⁴Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología Ginecológica Instituto Nacional de Perinatología. ⁵Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología Ginecológica Instituto Nacional de Perinatología.

OBJETIVO

Reportar un caso clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente (IUer) con anatomía uretral alterada.

INTRODUCCIÓN

EL tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante es un desafío que deber ser analizado de forma independiente de acuerdo a las características individuales de cada paciente. La uretroplastía en una técnica quirúrgica de reconstrucción uretral compleja con alto riesgo de obstrucción. Nuestro objetivo es reportar un caso clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente en una paciente con uretra abierta y corta.

MATERIAL Y METODOS: CASO CLINICO

Paciente de 28 años, gestaciones 2, cesárea 1, parto 1 (desgarro perineal 3C + desgarro fosa isquiorrectal derecha + laceración uretral + LAPE y ligadura de arterias hipogástricas, 2018), antecedente plastia uretral + colpoplastia posterior + perineoplastia 18.02.2019; colocación de cinta TVT + uretroplastía (19.07.2019). Acude por incontinencia urinaria de esfuerzo mínimos, todos los días en gotas, incontinencia urinaria de urgencia que interfiere bruscamente con sus actividades físicas, uso de 3 protectores al día e incontinencia anal a flatos ocasional. A la exploración: prueba de la tos positiva con vejiga llena, gradilla POP Q: -3,-3,-7, // 3, 3, 10 // -3, -3, -8; prueba de Q-tip 0 en Valsalva 20°; prueba de sonda foley balón 8 Fr. positiva. Uretra con epitelio vaginal hipertrófico. Estudio de Urodinamia: Flujometría no valorable por volumen menor de < 90ml, Perfilometría PMCU 26cmH₂O, longitud total y funcional < 2cm, con pérdidas transuretrales durante todo el estudio correspondiente a una uretra anatómicamente incompetente; cistometría con sensaciones vesicales disminuidas (70/90/152), puntos de pérdida abdominal positivos en tos (48cmH₂O) y en valsalva (23cmH₂O) correspondientes a hipersensibilidad vesical e incontinencia urodinámica tipo III; Flujo-presión: resistencia uretral disminuida. (Figura 1) Estudio de cistoscopia: uretra abierta con tejido de epitelio vaginal hipertrófico, ausencia de coaptación de mucosa del orificio uretral interno; vejiga normal (Figura 2)

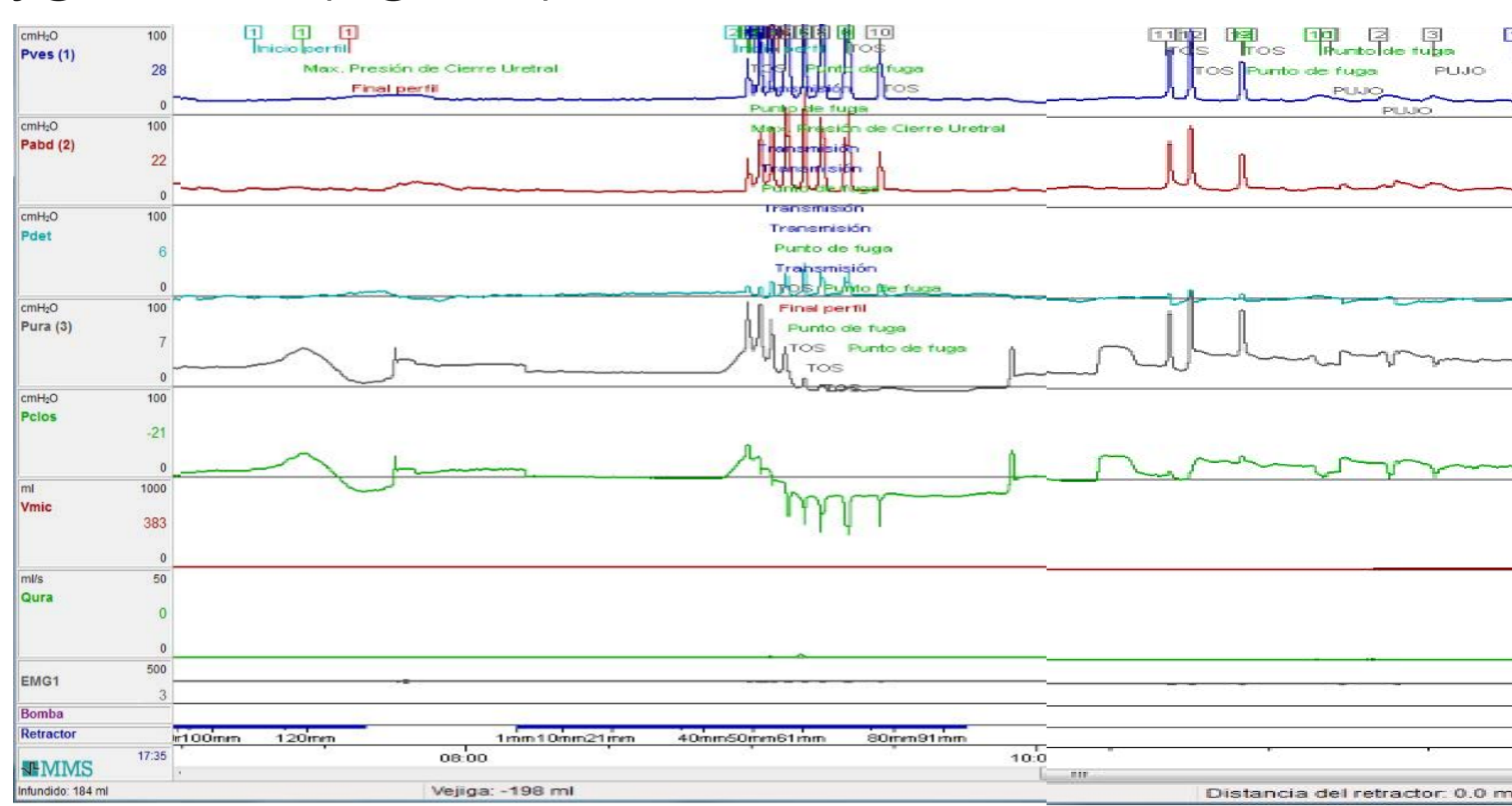


Figura 1 Urodinamia multicanal: Perfilometría y puntos de pérdida abdominal

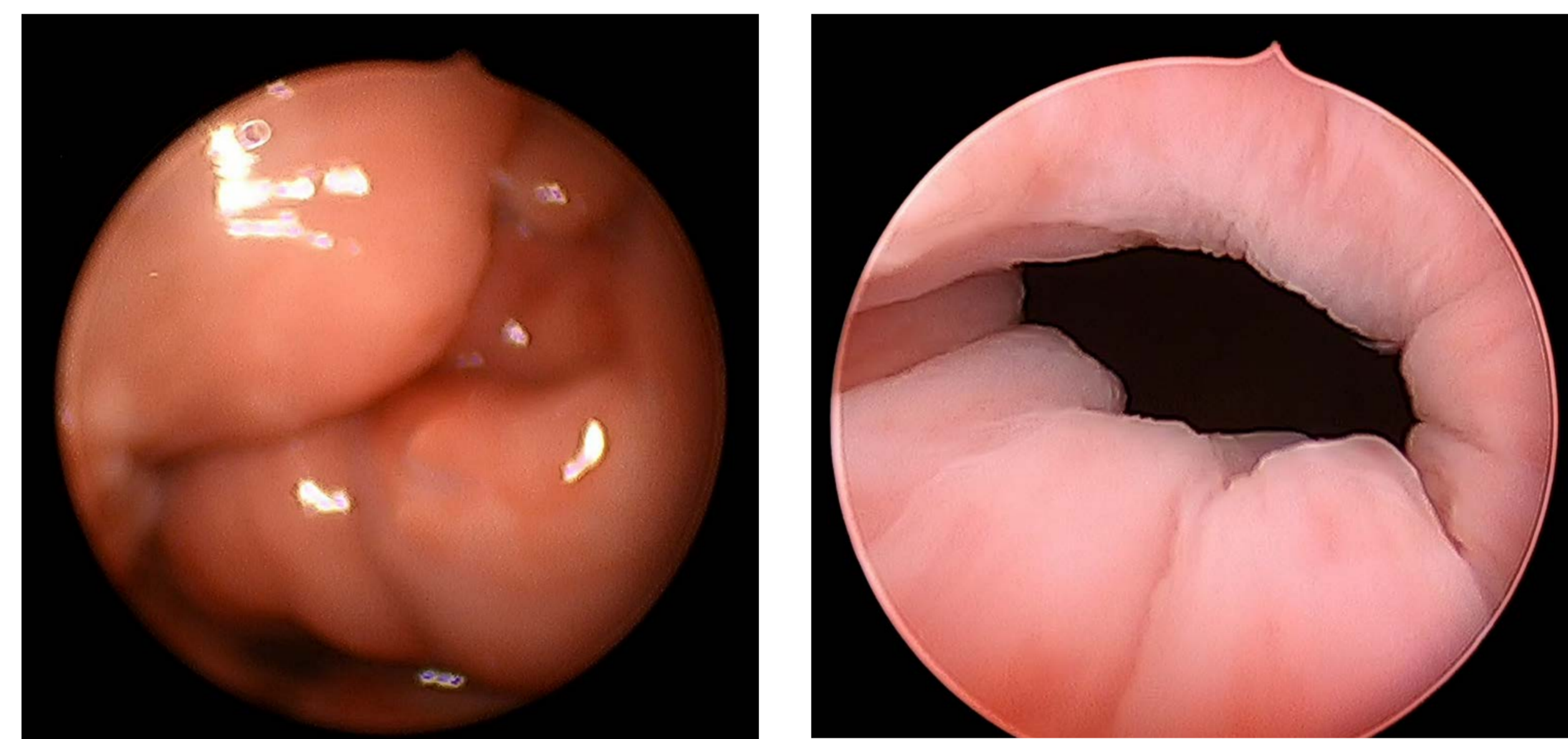


Figura 2 Uretocistoscopia.

Bajo anestesia regional, incisión longitudinal en pared vaginal anterior, disección roma del epitelio y fascia pubouretral en dirección a ramas ascendentes del pubis, se visualiza material de cinta previa, se realiza resección parcial del mismo. Cistoscopia de control sin evidencia de compromiso uretral. Colocación de cinta TVT de acuerdo al procedimiento estándar de cinta libre de tensión retro púbica sin complicaciones. (Figura 3). Reconstrucción del meato uretral con monocryl 3/0 puntos simples, cierre de epitelio vaginal con vicryl 00 puntos simples, hemostasia conforme (Figura 4). Uretrocistoscopia de control con uretra y vejiga integra, procedimiento culmina sin complicaciones. Seguimiento: retiro de sonda Foley a las 5 semanas, micción espontánea sin complicaciones. Control a los ocho meses de seguimiento posoperatorio cursa asintomática. (Figura 5).



Figura 3. Colocación de cinta TVT



Figura 4. Uretroplastia



Figura 5. Seguimiento de 8 meses

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este caso, la cirugía culminó sin complicaciones, seguimiento de la paciente reportó remisión de la incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante. Los resultados del tratamiento de la IUer asociados a la uretroplastia son prometedores, con bajo riesgo de complicaciones y recurrencia (1-2%), especialmente en centros con experiencia en su manejo.

CONCLUSIÓN

La IUer asociada a la uretroplastía con tejido nativo, en manos expertas es un procedimiento seguro y exitoso que puede ser considerado como otra alternativa terapéutica.

Referencias bibliográficas:

1. Vijj M, Dua A, Freeman R. Should maximal urethral closure pressure be performed before midurethral sling surgery for stress Incontinence? A to revisit. Urogynecol J. 2016; 27:1491-1495
2. Lance H, Betson, Gazala Siddiqui and Narender N. Bhatia. Intrinsic urethral sphincteric deficiency: critical analysis of various diagnostic modalities. Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15:411-417.
3. Faiena I., Koprowski Ch., Tunuguntla H. Female Urethral Reconstruction: A Review. J. Urol. 2016; 195: 1-11.
4. West C., Lawrence A. Female urethroplasty: contemporary thinking. J Urol. 2018; 1-11
5. Hoag N., Gani J., Chee J. Vaginal-sparing ventral buccal mucosal graft urethroplasty for female urethral stricture: A novel modification of surgical technique. Investig. Clin. Urol. 2016;57:298-302.
6. AshokK., Wang A. Recurrent urinary stress incontinence: An overview. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2010; 3: 467-473.