

LA "SLING OPERATION" (OPERACION DE ENLAZADO) EN EL CASO DE EXTREMA INCONTINENCIA DE ORINA

Por T. ANTOINE, VIENA

Hoy se hablará sobre los diversos métodos de tratamiento de la incontinencia en la mujer. Uno de ellos es el método de "enlazado". Se está de acuerdo con respecto a que el tratamiento de "enlazado" sólo debe realizarse en los casos más graves. Por ello resulta que en una cantidad considerable de pacientes ya fueron efectuadas antes una o varias veces otras operaciones. La idea de la operación de "enlazado" es antigua. Se la asocia a nombres como **Goebell, Frangenheim, Stoeckel, Aldridge, Te Linde, Anselmino, Jeffcoate**. El efecto de toda operación de "enlazado" radica en que con el "enlazado" se levanta y fija de tal manera la región del esfínter que con mayor compresión abdominal se dobla el uréter. Primeramente se tomó la fascia del M. rectus u obliquus, después también fascia lata libremente trasplantada o material extraño (sintético). La gran cantidad de métodos indicados demuestra que todos ellos no cumplieron las esperanzas que en ellos se había puesto. A menudo no se lograba el éxito deseado o se sobredosificaba la oclusión del flujo de la orina hasta tal punto que después las mujeres tenían dificultades con la micción. Una técnica indicada por **Narik y Palmrich** promete teóricamente mejor eficacia y también prácticamente da mejores resultados. Los autores denominaron la operación "operación ínguino-vaginal de enlazado". Con ella no se abre la cavidad abdominal. A continuación se explicará brevemente el curso de la operación. Hay que cerciorarse de que la vejiga esté vacía. Entonces comienza la operación por la parte inguinal. Corte a través de la piel y subcutis del tuberculum pubicum, hasta un punto a dos dedos medial de la espina iliaca ant. sup. de un lado. Es oportuno marcar el corte de la piel con tintura de yodo. Después de la hemostasis, se disecciona

la fascia en una superficie de algunos centímetros de ancho y del mismo largo que el corte. Debe verse claramente el trayecto de las fibras de la fascia.

Entonces se disecciona, paralelamente a la dirección de las fibras, una cinta de la fascia de aprox. 2-3 centímetros de ancho, que queda adherida al tuberculum pubicum y que se corta a aproximadamente 12 centímetros en dirección craneal. A continuación, con la tijera cerrada, se perfora la fascia transversalis algo encima del tuberculum, entre la división del recto y el borde medial del M.obliquus internus.

Se dilata la perforación con el dedo, de manera que se pueda mover el dedo hacia abajo a lo largo de la pared posterior del hueso del pubis. En este momento el operador se encuentra en el tejido conjuntivo flojo del Cavum Retzii. Los delicados cordones que aquí se palpa a veces deben ser evitados o suavemente desplazados. Mayormente se trata de venas prevesicales. Lo mismo se lleva a cabo del otro lado. Cuando la operación ha llegado a este punto, se deja las cintas de la fascia que han sido disecadas en el ángulo inferior de cada una de las heridas. Un asistente permanece cerca de las heridas inguinales, sutura la parte craneal del corte de la fascia y cierra provisoriamente los bordes de la piel de la herida. El operador se dirige hacia la parte vaginal de la operación y hace una pequeña colpotomía mediana anterior. Dado que a menudo existen cicatrices provenientes de operaciones anteriores y la portio difícilmente puede ser tirada hacia más abajo, es conveniente no tomar la portio, sino agarrar con garfios la región del fornix anterior. Entonces se puede preparar fácilmente la pared anterior de la vagina y mediante una pequeña colpotomía mediana es posible disecar los lóbulos de la vagina. A continua-

ción se atraviesa el diafragma urogenital cortando y en parte empujando y se hace adelantar el dedo índice desde abajo contra la pared posterior del hueso del pubis. Allí se encuentra con el dedo índice del asistente de la parte inguinal, introducido desde arriba por el canal de la herida. Cuando se tiene la impresión de que sólo queda una capa finísima de tejido entre estos dos dedos, el asistente, de la parte inguinal, introduce a lo largo de su dedo, justo detrás del hueso del pubis, un instrumento conductor en el cual está agarrado el extremo libre de la cinta de la fascia. Entonces se pasa este extremo desde arriba hacia abajo, después de haber perforado con el instrumento las últimas láminas de la fascia ilíaca. Esto se efectúa contra la yema del dedo índice del operador, que se encuentra introducido en la vagina. En principio, el instrumento conductor es una tosca aguja de mechado de 20 centímetros de largo, que como tal lleva una bisagra, en la cual se puede fijar el extremo libre de la cinta de la fascia. Dado que el instrumento conductor no se hace retroceder, se impide de la mejor manera posible una contaminación de la herida inguinal con gérmenes vaginales.— El mismo procedimiento se repite del otro lado, con un segundo instrumento conductor, de manera que finalmente ambas cintas de la fascia se hallen paralelas en la vagina. Entonces se llena la vejiga con 300-350 ml. de solución fisiológica de cloruro sódico. Ejerciendo una presión fuerte y golpeando al mismo tiempo, se vacía el líquido a chorro. Ahora se une las cintas de la fascia, que se hallan una junto a la otra en posición sagital, mediante suturas con catgut crómico. Se sigue poniendo suturas hacia adelante, hasta que no salga más orina, aunque se ejerza un golpe fuerte sobre la vejiga. El pequeño espacio triangular entre las cintas de la fascia, en forma de Y (y griega) ya apenas debe abarcar la yema del dedo.

Con ello está terminada la parte esencial de la operación. El asistente inguinal cierra las heridas superiores, después de suturar el resto de la fascia, lo que es fácil, pese al defecto. El operador vaginal cierra la herida de la vagina, después de haber cortado las cintas de la fascia hasta las 2 ó 3 suturas superiores. Es oportuno colocar una mecha a derecha e izquierda en el lecho de la herida. Después se introduce una sonda y se deja durante 8 días. Se tapona y se destapa sólo de vez en cuando para la evacuación de la vejiga.

¿Cuáles son, según nuestro parecer, las ventajas de este método?

- 1.—La separación entre la región operatoria inguinal estrictamente aséptica y la vaginal. Esto es posible mediante el instrumento conductor, que sólo se debe empujar de arriba hacia abajo y nunca hacia atrás. Por ello, son necesarios dos de estos instrumentos, uno para cada lado.
- 2.—La dosificación de la operación durante la misma intervención. Con ello se evita que la corrección resulte demasiado floja o exagerada.

Naturalmente, lo esencial son los resultados de curación. Entre 135 casos posteriormente examinados, los autores pudieron hallar 116 casos totalmente curados y 11 fundamentalmente mejorados. 8 no fueron curados. De ellos uno pudo serlo mediante una nueva sutura de la cinta de la fascia. El porcentaje es de 85%.

Creemos que el método presentado tiene ciertas ventajas frente a las demás operaciones de enlazado conocidas. La elevada cuota de resultados positivos en casos de gravedad primaria o recidivas demuestra el valor del mismo. Todo operador con experiencia sabe que no hay pacientes más agradecidas que aquéllas a quienes se les ha liberado de una involuntaria pérdida de orina, háyase tratado de una incontinencia o de una fístula vesical.