

## CASO CLÍNICO

1. Clínica Científica, Trujillo, Perú; Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú; Medicina Fetal México, Guadalajara, México. ORCID 0000-0002-1273-8032
2. Centro de Reproducción Asistida Fertilita, Trujillo, Perú; Universidad Nacional de Trujillo, Perú; Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. ORCID 0000-0001-6336-1493

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Ninguno.

**Consideraciones éticas:** Los autores informan haber seguido los protocolos de confidencialidad de datos sobre la publicación de información de la paciente. El comité de ética del Hospital Regional Docente de Trujillo revisó y aceptó el consentimiento informado de la paciente, que fue solicitado por los autores.

Recibido: 25 agosto 2023

Aceptado: 4 octubre 2023

Publicación en línea: 6 diciembre 2023

Correspondencia:

Dr. Orlando Salazar Rengifo

📍 Clínica Científica, calle José Gil de Castro 586, Urbanización El Bosque, Trujillo, Perú

☎ +51 969168100

✉ orlandosalazarperu@gmail.com

Citar como: Salazar Rengifo O, Rojas Ruiz JC. Primer caso comunicado en el Perú de cabestrillo de fascia lata en incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev peru ginecol obstet.* 2023;69(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2571>

# Primer caso comunicado en el Perú de cabestrillo de fascia lata en incontinencia urinaria de esfuerzo

## First reported case of fascia lata sling in stress urinary incontinence in Peru

Orlando Salazar Rengifo<sup>1</sup>, Juan Carlos Rojas Ruiz<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2571>

### RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es frecuente en las mujeres desde la adultez media. La técnica más frecuente para tratar estos casos es el cabestrillo sintético. Sin embargo, el cabestrillo autólogo tiene buenos resultados comparables con el material sintético en los diversos estudios publicados. Presentamos un caso tratado con cabestrillo de fascia lata, describiendo la técnica y evolución.

**Palabras clave.** Incontinencia urinaria, esfuerzo, Cabestrillo suburetral, Trasplante autólogo, Fascia lata

### ABSTRACT

Stress urinary incontinence is common in women from middle adulthood onwards. The most frequent technique to treat these cases is the synthetic sling. However, the autologous sling has good results comparable with the synthetic material in the various studies published. We present a case treated with fascia lata sling, describing the technique and evolution.

**Key words:** Urinary incontinence, stress, Suburethral slings, Transplantation, autologous, Fascia lata

### INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Internacional para la Continencia, la definición de incontinencia urinaria es la pérdida urinaria involuntaria por la uretra, que da lugar a un problema social-higiénico. De acuerdo a la clínica se la divide en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), de urgencia o de ambas<sup>(1)</sup>. La prevalencia de la IUE en mujeres de edad media y posmenopausia alcanza hasta 57%. Una completa valoración que incluya los antecedentes son necesarios para determinar el tipo de incontinencia urinaria y el plan terapéutico<sup>(2)</sup>.

El uso de material autólogo alrededor de la uretra como tratamiento de IUE no es un concepto nuevo. Se han descrito técnicas con cabestrillo de fascia del músculo gracilis, piramidal, elevador del ano, bulbocavernoso, rectos abdominales y oblicuo externo. Beck y col. son pioneros en el uso del cabestrillo de fascia lata (CFL) en la IUE, resultando en 92% de sintomatología resuelta en 170 mujeres<sup>(3)</sup>. En la controversia del cabestrillo autólogo y el cabestrillo sintético (CS), se ha realizado el estudio clínico aleatorizado con mayor validez científica de Arunkalaivanan y Barrington, quienes demostraron iguales tasas de curación del cabestrillo de material biológico comparado con CS (89% y 85%, respectivamente)<sup>(4)</sup>. Igualmente, Wadie y col. comunicaron 92% de éxito con cabestrillo autólogo comparado con 92,9% con CS<sup>(3)</sup>. Se informa una tasa de éxito con material autólogo de 87 a 92%<sup>(5)</sup>, comparado con el 70 a 80% del material sintético. La mayoría de publicaciones coinciden en que el CS tiene riesgo aumentado de erosión de malla e infecciones<sup>(6,7)</sup>.

Actualmente existen más de 100 técnicas quirúrgicas para la corrección de la IUE, con aumento del uso de cabestrillos autólogos y disminución del CS, según notificaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés)<sup>(8)</sup>. El CS es considerado la

prueba de oro para el tratamiento quirúrgico de la IUE. Sin embargo, los cabestrillos autólogos generalmente son colocados si fallan los sintéticos, por contraindicación al material sintético o porque la paciente prefiere evitarlos. Ha existido una alerta emitida por el *Royal College-Commonwealth of Nations* y el comunicado posterior de la FDA de detener la venta de CS para prolapso de órganos pélvicos, al advertir los riesgos de su empleo<sup>(9,10)</sup>. Como el uso del CFL ha mostrado tener buenos resultados, podría ser considerado una técnica primaria para IUE<sup>(11,12)</sup>.

### COMUNICACIÓN DEL CASO

Una mujer de 60 años ama de casa y con antecedente de 3 partos vaginales refirió cese de actividad sexual y sensación de masa en la vagina desde hacía 3 años por pérdida urinaria a los medianos esfuerzos y frecuencia de chorros de orina sin urgencia miccional. La paciente fue evaluada en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú, con historia clínica neurológica, cuestionario para IUE, exploración física, examen general de orina y colposcopia con resultados normales. Fue catalogada como grado severo de IUE, con 8 puntos según el índice de severidad para incontinencia (ISI)<sup>(13)</sup> y grado IV por el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POPQ, por sus siglas en inglés). Confirmado el diagnóstico de prolapso genital total (figura 1) e IUE, se propuso realizar colpocleísis, perineoplastia y extracción de injerto de fascia lata para colocación de cabestrillo a nivel suburetral.

FIGURA 1. PROLAPSO GENITAL TOTAL AL APLICAR MANIOBRA DE VALSALVA.



El procedimiento quirúrgico fue realizado en posición decúbito lateral derecho para exposición del muslo izquierdo. Se practicó incisión longitudinal a 10 cm por encima del nivel del cóndilo lateral del fémur hasta exponer la fascia lata. Esta fue disecada, obteniéndose 10 x 4 cm de tejido que fue sumergido en solución salina para su posterior preparación (figura 2).

Se revisó la hemostasia y se dejó dren Penrose a nivel del músculo. Simultáneamente a la preparación del tejido de fascia lata, se practicó colpocleísis de Lefort con extracción del rectángulo anterior y posterior de la mucosa vaginal, dejando ambos espacios laterales de 2 centímetros cubiertos por mucosa. Luego se aproximó las 2 porciones de los rectángulos hasta invaginación total del prolapso y cierre total de la vagina. Posteriormente se disecó la mucosa vaginal suburetral con incisión bilateral hasta aponeurosis en la intersección del pliegue inguinocrural a nivel del clítoris. Se colocó el autoinjerto de fascia lata transobturador en la zona media suburetral, libre de tensión (figura 3). La paciente toleró bien el acto quirúrgico y fue dada de alta en 72 horas.

FIGURA 2. (A) FASCIA LATA SEÑALADA CON LA FLECHA BLANCA, (B) PREPARACIÓN DEL TEJIDO DE FASCIA LATA MEDIANTE EL RETIRO DE MATERIAL RESIDUAL ADHERIDO.

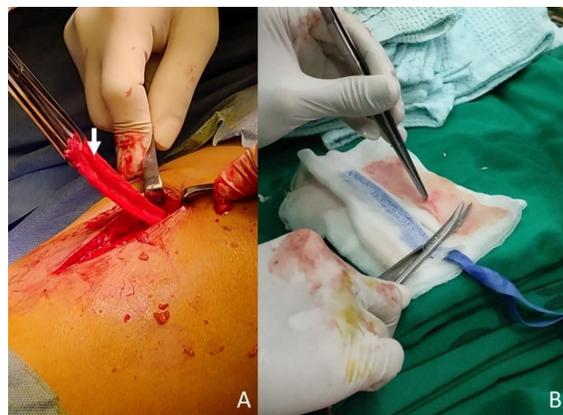


FIGURA 3: (A) COLOCACIÓN DEL CABESTRILLO DE FASCIA LATA, SEÑALADA CON LA FLECHA BLANCA, EN LA REGIÓN SUBURETRAL. (B) HERIDA OPERATORIA SUTURADA A NIVEL DEL MUSLO CON COLOCACIÓN DEL DREN PENROSE.





La paciente fue evaluada después de 7 días, a los 6 meses y al año. En la última evaluación se realizó la prueba de ISI (0 puntos), evidenciándose mejoría total de la sintomatología. No hubo complicaciones en los 12 meses de seguimiento para los problemas preexistentes de prolapso genital e IUE (figura 4).

## DISCUSIÓN

Desde hace algunos años han surgido observaciones referentes al CS<sup>(8-10)</sup>, haciendo replantear sobre su tasa de éxito para ser considerada como la técnica de oro. Son principales complicaciones asociadas la erosión de malla y las infecciones<sup>(7,12)</sup>, lo cual podría deberse a que el sistema inmune reconoce al material sintético como cuerpo extraño, así como a la condición de hipoestrogenismo de pacientes con prolapso genital que usualmente desarrollan atrofia de la mucosa vaginal. Esto facilita la exposición de la malla como complicación tardía más frecuente y motivo de consulta en el seguimiento de pacientes tratadas quirúrgicamente con CS.

La tendencia ha sido encontrar materiales que proporcionen resultados comparables o mejores, como los xenoinjertos (porcino y bovino), con escasos reportes y recomendación respecto a IUE<sup>(5)</sup>, los aloinjertos (material cadavérico humano de fascia lata preparado con disolvente deshidratado e irradiación gamma) relacionados con autólisis, poca funcionalidad y alto potencial de transmisión de enfermedades<sup>(12)</sup>. Huang y col. demostraron pobres resultados usando tejido cadavérico con tasa de falla de 27,8% comparado con un 4% del material autólogo para la corrección de IUE<sup>(14)</sup>.

Peng y col. informan que el CFL puede disminuir la morbilidad perioperatoria por presentar menores complicaciones del sitio operatorio sin compromiso funcional, comparado con el cabestrillo de rectos abdominales<sup>(11)</sup>. También, Shaw y col. concluyeron que las pacientes tratadas con CFL presentaron funcionalidad conservada, satisfacción alta y dolor mínimo a nivel del muslo en un seguimiento de 9 meses<sup>(9)</sup>. La fascia lata es un abductor y rotador externo de los miembros inferiores y su empleo en la técnica no se ha asociado con algún déficit funcional-motor ni nervioso. Latini y col. mostraron en un seguimiento promedio de 4,4 años un 83% de satisfacción e intención de recomendación en pacientes tratadas con CFL<sup>(12)</sup>.

Basados en los buenos resultados con el uso del material autólogo CFL y considerada como técnica primaria en centros de referencia de tercer nivel mundiales<sup>(8)</sup>, se publica el primer caso realizado en el Perú con el uso de este material para corrección de la IUE. La técnica presentó una curva de aprendizaje bastante corta<sup>(12)</sup> y tuvo un resultado exitoso de acuerdo con el cuestionario validado en español para el problema de IUE<sup>(13)</sup>.

Se ha inferido que el CFL tendría los mismos resultados que el CS, pudiendo ser considerado como técnica primaria para IUE<sup>(12)</sup>, siendo necesarios más estudios para determinar sus efectos secundarios así como la eficiencia a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capobianco G, Madonia M, Morelli S, Dessolet F, De Vita D, Cherchi PL, et al. Management of female stress urinary incontinence: A care pathway and update. *Maturitas*. March 2018;109:32-8. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.12.008
2. Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women: Urinary incontinence in women. *BJU Int*. May 2020;125(5):638-55. DOI: 10.1111/bju.14927
3. Bayrak Ö, Osborn D, Reynolds WS, Dmochowski RR. Pubovaginal sling materials and their outcomes. *Turk J Urol*. December 2014;40(4):233-9. DOI: 10.5152/tud.2014.57778
4. Arunkalaivanan AS, Barrington JW. Randomized trial of porcine dermal sling (Pelvic implant) vs. tension-free vaginal tape (TVT) in the surgical treatment of stress incontinence: a questionnaire-based study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003 Feb;14(1):17-23. DOI: 10.1007/s00192-002-1000-9
5. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: AUA/SUFU Guideline. *J Urol*. October 2017;198(4):875-83. DOI: 10.1016/j.juro.2017.06.061
6. U.S. Food & Drug Administration. Considerations about Surgical Mesh for SUI. FDA [Internet]. 04/16/2019. <https://www.fda>.

FIGURA 4. CONTROL A UN AÑO LUEGO DE LA CIRUGÍA (A), SIN MOLESTIAS URINARIAS NI SECUELAS NEUROMUSCULARES A NIVEL DEL MUSLO (B).





- gov/medical-devices/urogynecologic-surgical-mesh-implants/considerations-about-surgical-mesh-sui
7. Cornu JN, Peyrat L, Haab F. Update in Management of Vaginal Mesh Erosion. *Curr Urol Rep.* October 2013;14(5):471-5. DOI: 10.1007/s11934-013-0357-2
  8. Rac G, Younger A, Clemens JQ, Kobashi K, Khan A, Nitti V, et al. Stress urinary incontinence surgery trends in academic female pelvic medicine and reconstructive surgery urology practice in the setting of the food and drug administration public health notifications: SUI Surgery Trends. *Neurourol Urodyn.* April 2017;36(4):1155-60. DOI: 10.1002/nau.23080
  9. Shaw JS, Gerjevic KA, Pollack C, Strohbehn K. Minimally Invasive Autologous Fascia Sling at the Midurethra: A Case Series. *J Minim Invasive Gynecol.* October 2022;29(10):1165-9. DOI: 10.1016/j.jmig.2022.07.001
  10. Urogynecologic Surgical Mesh Implants | FDA [Internet]. [cited 6 August 2023]. <https://www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants>
  11. Peng M, Sussman RD, Escobar C, Palmerola R, Pape DM, Smilen SS, et al. Rectus Fascia Versus Fascia Lata for Autologous Fascial Pubovaginal Sling: A Single-Center Comparison of Perioperative and Functional Outcomes. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* August 2020;26(8):493-7. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000761
  12. Latini JM, Lux MM, Kreder KJ. Efficacy and Morbidity of Autologous Fascia Lata Sling Cystourethropexy. *J Urol.* March 2004;171(3):1180-4. DOI: 10.1097/01.ju.0000111807.67599.8d
  13. Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighting tests. *Int Urogynecology J.* October 2006;17(5):520-4. DOI: 10.1007/s00192-005-0060-z
  14. Huang YH, Lin ATL, Chen KK, Pan CC, Chang LS. High failure rate using allograft fascia lata in pubovaginal sling surgery for female stress urinary incontinence. *Urology.* December 2001;58(6):943-6. DOI: 10.1016/S0090-4295(01)01430-3