

DOLOR INGUINAL SECUNDARIO A COLOCACIÓN DE CINTA MEDIO URETRAL TRANSOBTURADORA.

Autores: Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Enrique David Estrella Salas¹, Rocío Margarita Zaragoza Torres¹, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra², Yesenia Campos Flores², Dulce María Rosette Cortés², Carlos Armando Cuevas Félix², Luis Daniel Salgado Lozada²,

¹ Médico Adscrito al Servicio Urología Ginecológica CMNO. ² Residente Sub Especialidad en Urología Ginecológica CMNO.

INTRODUCCIÓN

Las cintas medio uretrales libres de tensión son actualmente el tratamiento quirúrgico más frecuente para la incontinencia urinaria de esfuerzo. (1) Las complicaciones más comúnmente reportadas durante el abordaje transobturador son: exposición o extrusión 0.8-5%, dolor postquirúrgico 3.5-7.2%, infección 5.97%, hematomas o sangrado severo 2-3%, lesión uretral 0.6-3.5% y disfunción miccional 2.9-17.8%. (2)

OBJETIVO

Presentación de caso clínico acerca de una paciente con dolor inguinal y disfunción de vaciamiento vesical secundario a colocación de cinta mediouretral transobturadora manejada mediante resección del material protésico (cinta para incontinencia) inguinal y suburetral.

CASO CLÍNICO

Paciente 51 años de edad, menopausia a los 47 años, hipotiroidea en control, antecedente de histerectomía vaginal reconstructiva y colocación de cinta mediouretral libre de tensión transobturadora hace 1 año, acude por sensación de vaciamiento incompleto y dolor vaginal e inguinal con intensidad 10/10, presenta además dolor al llenado vesical, niega sensación de cuerpo extraño en vagina, frecuencia urinaria diurna 16, nocturia 4.

A la exploración física sin prolapso de órganos pélvicos, sin limitación de arcos de movimiento, ni alteraciones en sensibilidad o fuerza muscular, al tacto vaginal con cinta a nivel de uretra media sin exposición, dolor a la movilización de pared vaginal derecha, se localiza prominencia de material protésico (cinta para incontinencia) en pliegue inguinal 2 cm por debajo nivel de clítoris con dolor a la palpación que se extiende hacia región supracondílea. Uretro-cistoscopia encontrando en pared lateral derecha pseudodivertículo de cuello ancho, no tumores ni cuerpos extraños. Urodinamia con disfunción de vaciamiento secundaria a detrusor hipoactivo PdetQmax 9 cmH₂O, Orina residual 28%. (imagen 1-2)

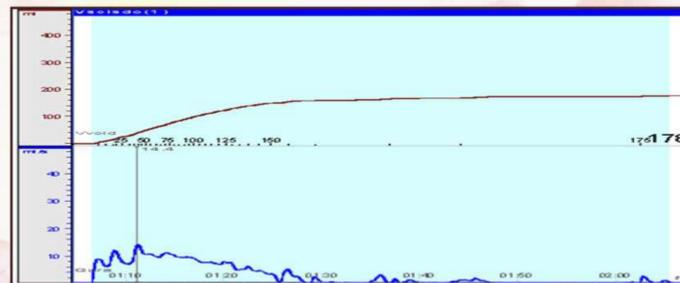


Imagen 1. Uroflujiometría. Volumen vaciado 178 ml, Qmax 14 cmH₂O. Orina Residual: 70 ml (28%). Patron de flujo intermitente.

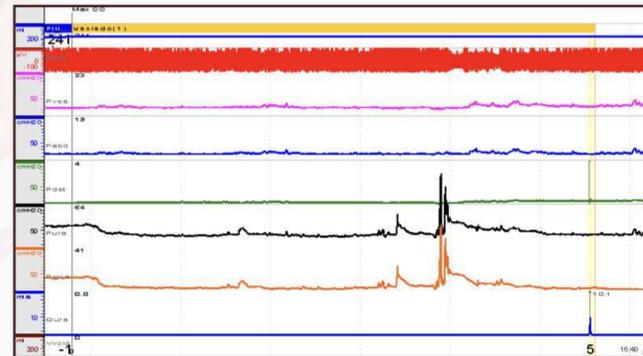


Imagen 2. Estudio de flujo presión. Al comando de micción: disminución de presión uretral, elevación de presión del detrusor, logra micción con escaso volumen Qmax 10 ml/s, PdetQmax: 9 cm H₂O, índice de contractilidad: 59 (bajo) índice de obstrucción: -11.4 (desobstruido). Disfunción de vaciamiento vesical por detrusor hipocontractil.



Imagen 1

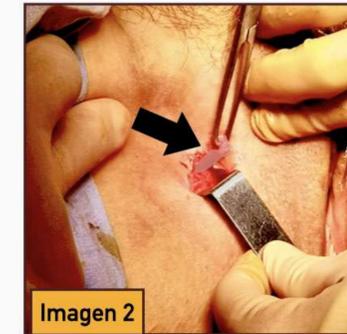


Imagen 2

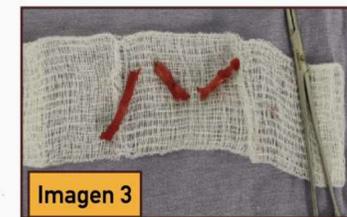


Imagen 3

Imagen 1. Uretrolisis con resección de cinta mediouretral (se extraen 2 fragmentos de cinta). Imagen 2. Tracción del material protésico a nivel del pliegue inguinal. Imagen 3. Fragmentos de cinta resecados.

Se realiza uretrolisis y resección de cinta medio uretral mediante incisión medial en pared vaginal anterior extrayendo la mayor cantidad posible de la cinta, se retiran 2 fragmentos de 2 y 3 cm de longitud (imagen 1,3), también se retira material protésico de pliegue inguinal 3 cm (imagen 2,3) sin complicaciones. Posterior a cirugía, la paciente presenta adecuada evolución postquirúrgica remitiendo completamente el dolor inguinal y mejorando síntomas de vaciamiento con orina residual del 5%.

RESULTADOS

DISCUSIÓN

Las cintas mediouretrales libres de tensión, particularmente las de abordaje transobturador, se han asociado con dolor inguinal, el tratamiento se debe establecer valorado o el tiempo transcurrido entre la colocación y el inicio de los síntomas. (2,3) El manejo inicial es expectante pudiéndose agregar analgésicos, transcurridos 6 semanas o más con persistencia de los síntomas se puede valorar el manejo quirúrgico con resección del material protésico, siendo este el que ofrece mejores resultados. (4)

El dolor inguinal y la disfunción de vaciamiento vesical son complicaciones poco frecuentes posteriores al manejo quirúrgico de IUE, en el caso anterior la paciente presentaba hipoactividad del detrusor que junto con el aumento de presión uretral por la cirugía antiincontinencia agravaban la disfunción.

CONCLUSIÓN

El dolor inguinal post operatorio es un reto terapéutico, al evidenciar material protésico sobre el punto doloroso inguinal, la resección de este, ofrece mejoría de los síntomas además de la posibilidad de evitar progresión de lesión neurológica. Entre las alternativas para mejorar la disfunción de vaciado iatrogénica se encuentra la sección de la cinta suburetral, recomendándose en caso de dolor en el trayecto de la cinta, el retiro de la mayor cantidad de material protésico posible.

Referencias Bibliográficas:

1. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2019;38:433-77.
2. Jefferson Kalil, Carlos Arturo Levi D'Ancona. Detrusor underactivity versus bladder outlet obstruction clinical and urodynamic factors. *Int Braz J Urol.* Vol. 46(3): 419-424, May - June, 2020.
3. Menke H, Hazewinkel, Piet Hinoult, Jan-Paul Roovers. Persistent groin pain following a trans-obturator sling procedure for stress urinary incontinence: a diagnostic and therapeutic challenge. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009 Mar;20(3):363-5.
4. Mariana Santos-Pereira, Ana Charrua. Understanding underactive bladder: a review of the contemporary literature. *Porto Biomed. J.* 2020:1-6.