

CABESTRILLO URETRAL SINTÉTICO TRANSOBTURADOR EN INCONTINENCIA FEMENINA. REPORTE DE CASO

TRANSOBTURATOR SYNTHETIC URETHRAL SLING IN FEMALE INCONTINENCE. CASE REPORT

EMILY ARIANNA GONZÁLEZ GUZMÁN¹ JUAN FRANCISCO MOREJÓN ANGUISACA¹
JOE KELLER SÁNCHEZ-SALGADO¹ JOSÉ SEBASTIAN JIMÉNEZ CALDERÓN¹

1. Facultad de Medicina,
Universidad Católica de
Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Correspondencia a:

Nombre: Joe Keller Sánchez-Salgado
Correo electrónico:
joe.sanchez.93@hotmail.com
Telf.: 987005654

RESUMEN

El cabestrillo uretral transobturador es un procedimiento quirúrgico de elección cuando fallan las terapias conservadoras. Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años, múltipara, con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo moderada. Tras el fracaso del manejo conservador, se optó por la colocación de un cabestrillo uretral sintético transobturador. El procedimiento fue exitoso inicialmente, con notable mejoría de los síntomas. Sin embargo, a los dos años se presentó recurrencia de la pérdida urinaria. La paciente admitió no haber realizado los ejercicios de suelo pélvico prescritos de forma regular. Este caso destaca la efectividad del cabestrillo transobturador para el manejo de la incontinencia. La recurrencia de los síntomas en esta paciente parece estar asociada principalmente a la falta de adherencia a la terapia de rehabilitación del piso pélvico en el postoperatorio a largo plazo, y no a un fallo del procedimiento quirúrgico en sí mismo.

Palabras clave: Cabestrillo Suburetral; Mujer; Reporte de caso.

Keywords: Suburethral Slings; Woman; Case Reports.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.
Recibido para publicación: 03/09/2025
Aceptado para publicación: 21/09/2025

ABSTRACT

Transobturator urethral sling is the surgical procedure of choice when conservative therapies fail. We present the case of a 45-year-old multiparous female patient diagnosed with moderate stress urinary incontinence. After conservative management failed, a synthetic transobturator urethral sling was placed. The procedure was initially successful, with a notable improvement in symptoms. However, two years later, urinary leakage recurred. The patient admitted that she had not performed the prescribed pelvic floor exercises regularly. This case highlights the effectiveness of the transobturator sling for the management of incontinence. The recurrence of symptoms in this patient appears to be mainly associated with a lack of adherence to long-term postoperative pelvic floor rehabilitation therapy, rather than a failure of the surgical procedure itself. The importance of follow-up and ongoing patient education is emphasized.

Citar como:

González Guzmán E, Morejón Anguisaca J, Sánchez Salgado J, Jiménez Calderón J. Cabestrillo Uretral Sintético Transobturador en Incontinencia Femenina, Reporte de Caso. Rev. Cient. Cienc. Med. 2025; 28(2): 60 - 64

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) definida por la International Continence Society (ICS) es descrita como cualquier pérdida involuntaria de orina¹, siendo la población femenina la más afectada². Factores de riesgo como la multiparidad y los partos vaginales aumentan significativamente su prevalencia³.

Existen varios tipos de IU, entre las más comunes se encuentran la incontinencia de urgencia, la de esfuerzo y la mixta. La incontinencia de esfuerzo (IUE), que es la más común, se asocia a la pérdida

involuntaria de orina al realizar esfuerzos como toser o saltar. Su fisiopatología se basa en que la presión de la vejiga excede a la de la uretra, afectando su capacidad de permanecer cerrada^{2,4}.

El manejo de la IUE abarca desde tratamientos conservadores hasta quirúrgicos. Dentro de las opciones quirúrgicas, el cabestrillo uretral sintético transobturador es una técnica mínimamente invasiva que ha demostrado alta efectividad^{4,5}. En este sentido, el objetivo del presente caso clínico es describir el abordaje de

incontinencia urinaria mediante una cirugía de cabestrillo uretral sintético transobturador en una paciente múltipara.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años de edad que acude inicialmente a consulta por presentar dolor abdominal en hipocondrio izquierdo tipo cólico, 5/10 en escala EVA que no se irradia ni mejora al cambiar de posición, de varios meses de evolución, además de referir retención urinaria, urgencia miccional y cuadros de infecciones urinarias a repetición. En la revisión de aparatos y sistemas, la paciente no refiere síntomas respiratorios, digestivos ni neurológicos relevantes. Al examen físico presenta tensión arterial de 136/81, frecuencia cardíaca de 72 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, SatO₂ de 90% y temperatura 36,2. Presenta cabeza normocefálica, apariencia general regular, isocoria normorreactiva y mucosas orales húmedas. No presenta irregularidades en tórax, abdomen o extremidades y se encuentra orientada en tiempo y espacio.

Como antecedentes patológicos personales de relevancia presenta hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 100mg, diabetes mellitus tipo II tratada con metformina 500mg, para la cual presenta una mala adherencia, así mismo, presenta insuficiencia venosa periférica sin tratar. En cuanto a antecedentes patológicos familiares su abuela y madre presentan diabetes mellitus tipo II. La paciente refiere haber tenido 2 partos vaginales previos y una cesárea, tras la cual comenzó a presentar urgencia miccional que le provocaba malestar y retención urinaria. Después de cierto tiempo los síntomas se agravaron, llegando a incluso sentir descargas al caminar y antes de llegar al baño, motivo por el cual se le había recomendado utilizar toallas de gran tamaño.

Previo a establecer un diagnóstico presuntivo y como parte de los diagnósticos diferenciales se consideraron algunas entidades. En primer lugar se encuentra la incontinencia urinaria de urgencia caracterizada por presentar pérdida involuntaria de orina junto con urgencia

miccional aunque se observa más en personas mayores, así mismo la paciente no menciona presencia de nicturia o polaquiuria. También se considera una incontinencia urinaria por rebosamiento la cual se debe evaluar mediante una ecografía simple de abdomen, y la misma también suele verse acompañada de dificultad para iniciar la micción, chorro débil o nicturia. Se puede considerar un prolapso de órganos pélvicos por el antecedente de parto vaginal, no obstante, el examen físico descartó un descenso de pared vaginal anterior. El diagnóstico presuntivo en el presente caso es una incontinencia urinaria de esfuerzo, debido a la presencia de urgencia miccional, pérdida involuntaria de orina por presunta presión intraabdominal y ausencia de síntomas adicionales ⁶. Para proseguir con el diagnóstico se solicitaron exámenes de laboratorio, para descartar una alteración sistémica que contraindique en caso de un proceso quirúrgico: Elemental macroscópico de orina sin presencia de bacterias, cilindros, células epiteliales, hematías o proteínas, entre otros. **Ver Tabla 1.**

Tabla 1

¿Por qué cree que hay mujeres que no se la realizan la Prueba de Papanicolaou?

Parámetro	Resultado
Hemoglobina (mg/dL)	13.2
Leucocitos (uL)	7200
Neutrófilos (%)	62
Linfocitos (%)	30
Plaquetas (uL)	280000
Glicemia (mg/dL)	105
TSH (uUI/mL)	1.8
Creatinina (mg/dL)	0.8

Nota: Fuente de elaboración propia

De igual forma, se le realiza una exploración pélvica con la vejiga llena en posición ginecológica y se pide a la paciente que tosa para comprobar si existe pérdida de orina con el esfuerzo; después se procede con un tacto vaginal para valorar cualquier pérdida de soporte

por parte de la uretra. Se realiza una ecografía simple de abdomen inferior (**Ver Figura 1 y 2**) en la cual se reporta una vejiga de pared delgada con adecuado volumen de llenado y vaciamiento postmicción dentro de los rangos de normalidad (hasta 13%). Su volumen de llenado con urgencia miccional 8/10 de 285 cc y postmicción de 28 cc lo que corresponde a un 20% de residuo; además se confirma que no se trata de una incontinencia asociada a retención urinaria o por rebosamiento.

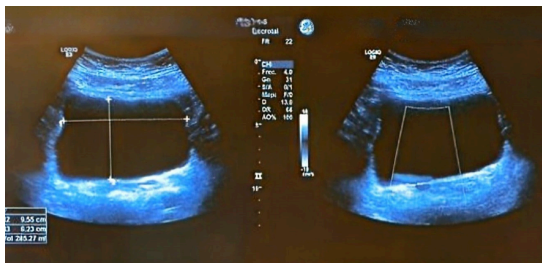


Figura 1: Ecografía vesical en fase de llenado y mediciones.

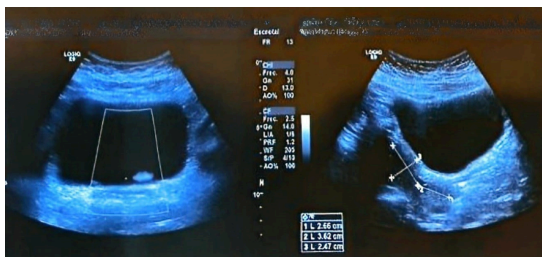


Figura 2: Ecografía vesical postmiccional y mediciones.

Ya que la paciente da positiva en ambas pruebas físicas, no existen novedades en los exámenes de laboratorio y de acuerdo a sus antecedentes, se llega al diagnóstico de una incontinencia urinaria de esfuerzo moderada (IUE), por lo que se le sugirió en primera instancia, un tratamiento no invasivo como cambios en su estilo de vida, pérdida de peso y rehabilitación muscular del piso pélvico dentro de un período de 8 semanas, mismo que no tiene éxito. Por este motivo se le plantea la posibilidad de colocar un cabestrillo vaginal transobturador con el fin de disminuir las molestias, a lo cual la paciente acepta. Se le ingresa a quirófano y se utiliza anestesia raquídea; durante todo el procedimiento se encuentra hemodinámicamente estable. En su primer día de hospitalización refiere dolor tolerable, sin embargo, no presenta

complicaciones. La paciente es dada de alta al día siguiente con la siguiente prescripción, y con la indicación de realizar ejercicios de piso pélvico: Ketorolaco 15 mg IV cada 8 horas, nitrofurantoína 100 mg VO cada 8 horas por 5 días, etoricoxib 90 mg VO QD por 5 días, clindamicina/ketoconazol 1 óvulo cada noche por 3 noches; tapentadol 50 mg VO cada 8 horas por 5 días

Tras dicho procedimiento, la paciente refiere notoria disminución de sus síntomas, sin embargo, 2 años después indica reincidencia de pérdida urinaria, sin urgencia miccional, por lo que se le consulta si es que también ha estado realizando ejercicios de piso pélvico, y niega haberlos realizado.

DISCUSIÓN

La IU es un problema que tiene un gran impacto en el bienestar físico y psicológico de una gran cantidad de mujeres ya que puede ocasionar disminución de las actividades de relación social, pérdida de autoestima, alteración en la satisfacción de su vida sexual, problemas en su rendimiento laboral, entre otras. La incidencia de IU en el embarazo puede llegar a 22% en el primer trimestre, mientras que 30.5% y 48% en el segundo y tercer trimestre respectivamente⁷. Además, en el posparto inmediato, llega a 39% la incidencia, pero disminuye 3% a las 6 semanas⁸.

Los tratamientos quirúrgicos de la IUE abarcan procedimientos como la colocación de cabestrillos con malla en la uretra media o la implantación de esfínteres urinarios artificiales. Los procedimientos de cabestrillo, en los que se posiciona una malla debajo de la parte media de la uretra, son considerados el estándar de referencia para resolver la IUE. Según los hallazgos recientes de revisiones sistemáticas que evalúan las distintas cirugías disponibles para tratar esta condición, tanto el cabestrillo uretral transobturador como el tradicional han demostrado ser efectivos a corto y mediano plazo. El cabestrillo uretral retropúbico destaca como la opción más rentable en términos de eficacia a mediano y largo plazo⁹.

En el presente caso, la elección del

cabestrillo uretral sintético transobturador se fundamentó principalmente en razones tanto clínicas como prácticas. Debido al diagnóstico de IUE moderada, pero sin evidencia de prolapso ni disfunción vesical, se ha considerado por ser una opción quirúrgica menos invasiva y con menor riesgo a presentar complicaciones. El cabestrillo utilizado permite un acceso lateral a través del agujero obturador, una recuperación postoperatoria más rápida y un reducido tiempo de hospitalización, lo cual debe ser considerado debido al antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia venosa periférica, para así minimizar complicaciones tromboticas.

Se ha cuestionado qué otras alternativas pudieron existir aparte de la cirugía ya realizada, debido a que todavía presenta infecciones del tracto urinario continuas y pérdida urinaria, aunque no es tan prevalente como antes de la cirugía. Otra técnica que se pudo haber practicado en la paciente es la inserción de un cabestrillo transobturatriz de pared vaginal (TOT-VS), en el cual se toma un tejido propio de la pared vaginal, y existe un riesgo muy bajo de generar rechazo. En un estudio se realizó el seguimiento postoperatorio con la colocación de TOT-VS a pacientes y obtuvieron excelentes resultados; ninguno de los casos reincidió con la disfunción miccional que requiriera liberación del cabestrillo por alguna complicación severa^{9,10}.

Así mismo, el estudio de Matthews et al.¹¹ menciona, que existen otras alternativas de mallas para realizar un tratamiento quirúrgico en casos de incontinencia

urinaria. Primero está el cabestrillo de incisión única (SIS), en el cual se realiza solamente una incisión sin realizar ningún pasaje hacia abdomen o extremidades inferiores, pero es mayormente utilizado en casos de IUE de menor severidad por lo que es menos invasiva. Mientras que el cabestrillo retropúbico atraviesa el espaciocomplementar la cirugía con trabajo personal en el suelo pélvico puede ser beneficioso para mejorar los resultados y reducir la probabilidad de un prolapso^{13,14}.

CONCLUSIÓN

Este caso se observan criterios clínicos y de exámenes complementarios para poder reconocer y diferenciar entre los tipos de incontinencia urinaria, a la vez que ilustra la efectividad a corto plazo del cabestrillo uretral transobturador para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo moderada. Sin embargo, la recurrencia de los síntomas a largo plazo, asociada directamente a la falta de adherencia a los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, constituye el hallazgo central de este reporte. Esta experiencia subraya que el éxito del procedimiento quirúrgico no es autónomo, sino que depende críticamente de un componente activo de rehabilitación postoperatoria. Existe la necesidad de implementar estrategias de seguimiento rigurosas y programas de educación continua para la paciente, destinadas a asegurar la adherencia terapéutica y, con ello, optimizar y sostener los resultados clínicos a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deffieux X. Incontinencia urinaria en mujeres. EMC Ginecología - Obstetricia. 2024 Mar;60(1):1-18. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X23487516>
2. Loaiza Quirós KV, Parada Peña K. Incontinencia urinaria. Rev Med Sinergia [Internet]. 2021 May 8 [cited 2025 Jan 20];6(5):e667. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/667>
3. Chicaiza PFM, Chiliguano LYF. Postpartum urinary incontinence in nulliparous and multiparous women. Salud Cienc Tecnol [Internet]. 2022;2(90). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salcietec/sct-2022/sct221ar.pdf>
4. Salazar Porras D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Fisiopatología y tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres. Rev Med Sinergia [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Jan 20];8(6):e1066. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1066>
5. Correa Fuentes MM, Campos Ríos MF, Ceciliano Rojas GA. Definición, diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria. Rev Med Sinergia [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Jan 20];7(12):e920. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/920>

6. Lukacz E. Female urinary incontinence: evaluation [Internet]. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025 [cited 2025 Oct 28]. Available from:
<https://www.uptodate.com/contents/female-urinary-incontinence-evaluation>
7. X Ugwu EO, Dim CC, Eleje GU. Urinary and anal incontinence in pregnancy in a Nigerian population: a prospective longitudinal study. SAGE Open Med [Internet]. 2023 [cited 2025 Dic 08];11:20503121231206927. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/20503121231206927>
8. Naorungrot J, Sangnucktham T. Incidence of urinary incontinence during the postpartum period in Rajavithi Hospital: a prospective cohort study. Int Urogynecol J [Internet]. 2024 [cited 2025 Dic 08];35(8):1621-1626. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38951165/>
9. Călinescu BC, Neacșu A, Martiniuc AE, Dumitrescu D, Stănică CD, Roșu G-A, Chivu LI, Ioan RG. Surgical Treatments for Women with Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review. Life [Internet]. 2023 Jun 30 [cited 2025 Oct 28];13(7):1480. Available from:
<https://www.mdpi.com/2075-1729/13/7/1480>
10. Elgamasy AK. Transobturator vaginal wall sling (Elgamasy technique) for the treatment of female stress urinary incontinence: a pilot study. Afr J Urol [Internet]. 2024;30(1):1–6. Available from:
<https://doi.org/10.1186/s12301-024-00421-6>
11. Matthews CA, Rardin CR, Sokol A, Iglesia C, Collins S, Ferrando C, et al. A randomized trial of retropubic vs single-incision sling among patients undergoing vaginal prolapse repair. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2024;231(2):261. Available from:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937824005623?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=905391515d447421 Corona-González JG,
12. Valderrama-Santillán J de J, Sosa-Bustamante GP, Luna-Anguiano JLF, Paque-Bautista C, González AP. Adherencia terapéutica domiciliaria de ejercicios musculares del suelo pélvico en incontinencia urinaria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2023;61(Suppl 2):S148-S154. Available from:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10766441/>
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (actualizado junio 2013). Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [cited 2025 Jan 20];58(5):252-6. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.005>
14. Mantilla Toloza SC, Villareal Cogollo AF, Peña García KM. Entrenamiento del suelo pélvico para prevenir la incontinencia urinaria de esfuerzo: revisión sistemática. Actas Urol Esp [Internet]. 2024;48(4):319–27. Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-actas-urologicas-espanolas-292-avance-resumen-entrenamiento-del-suelo-pelvico-prevenir-S0210480624000135>