

# Tema 38

## Sling Auto Fijable y Regulable Transobturatriz: Safery T Plus

PAULO PALMA (\*) y MIRIAM DAMBROS (\*\*)

**Universidad de Campinas, UNICAMP, SP, Brasil.  
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.**

### Introducción

---

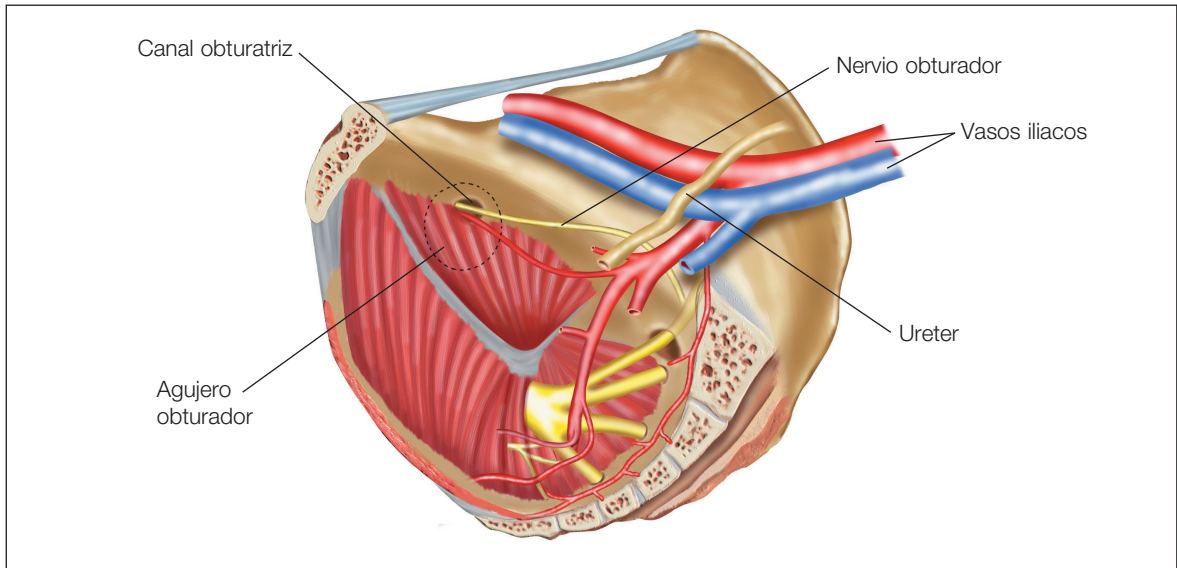
La aceptación del manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria, con la técnica de los slings, es cada vez mayor, la aplicación física y clínica de sus principios le confieren un soporte teórico sólido que permite a partir de herramientas primarias, introducir nuevas alternativas, desarrolladas con el objetivo de optimizar resultados y disminuir morbilidad.

A partir de materiales autólogos y heterólogos se desarrolló la técnica con elementos sintéticos, estos permiten realizar técnicas mínimamente invasivas. No obstante, pacientes con intervenciones previas en el espacio de Retzius, con obesidad u otras alternativas que no permitían desarrollar la vía pubovaginal a satisfacción, plantearon la necesidad de implementar modificaciones; Se generó entonces un cambio en el paradigma, la vía transbturatriz se abrió campo como una nueva alternativa.

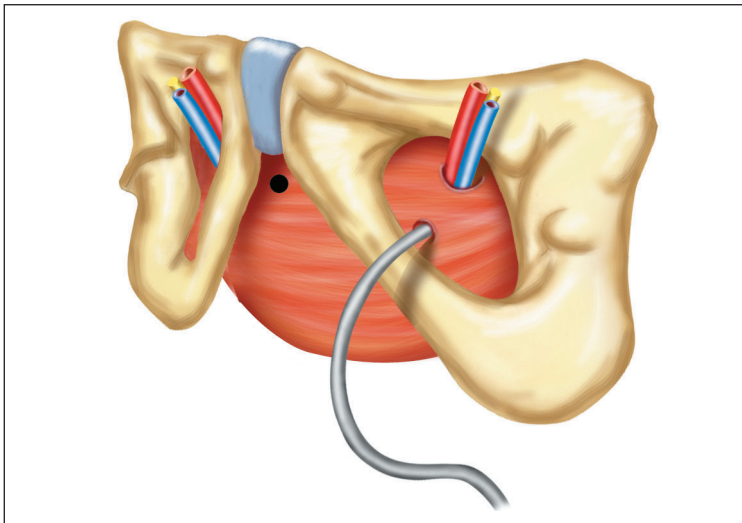
### Fundamentos anatómicos

---

La corrección del soporte uretral en esta técnica, está basado en la restitución del ligamento uretropélvico, mediante un abordaje a través del foramen obturador, distante de las estructuras vasculares, mediante el movimiento técnico de las agujas (Figuras 1 y 2).



**Figura 1:** Paso transobturatorio de la aguja para implantación del Safyre T.

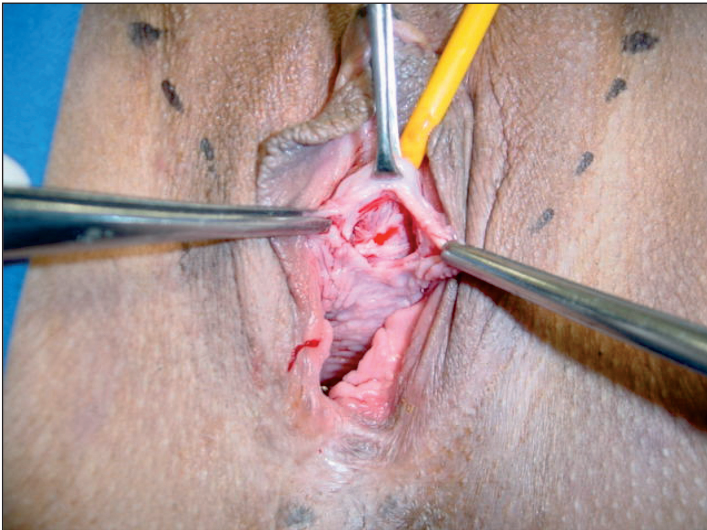


**Figura 2:** Relación de las estructuras vasculares con el trayecto de la aguja.

## Técnica quirúrgica transobturatriz

La preparación del paciente se realiza en posición de litotomía, bajo anestesia regional o local asistida. Se debe considerar el uso de antibióticos profilácticos endovenosos.

Previa localización de una sonda Foley transuretral y de evacuar la vejiga completamente, se incide la mucosa vaginal sobre la línea media, un centímetro abajo del meato uretral hacia el tercio



**Figura 3:** Incisión Vaginal.

medio e inferior de la uretra, profundizando en la totalidad de la pared vaginal y la fascia de Halban. Posteriormente se realiza una disección a lado y lado de la uretra, aproximadamente de 2 cm, de forma que permita el paso del dedo índice del cirujano (Figura 3).

Para realizar la implantación del sling es necesario la localización de la zona inferior e interna del foramen obturador, para lograr esto, se ubicada el punto a nivel del clítoris sobre el pliegue inguinofemoral, posteriormente y en forma bilateral se realiza una incisión cutánea puntiforme (Figura 4). A través de estas incisiones se realiza el paso de las agujas, en dirección inicialmente perpendicular a la pelvis y posteriormente con un movimiento rotatorio se logra encontrar el espacio parauretral previamente disecado.



**Figura 4:** Incisiones de abordaje sobre el pliegue inguinofemoral.



**Figura 5:** Detalle del paso del asta del Safyre T.

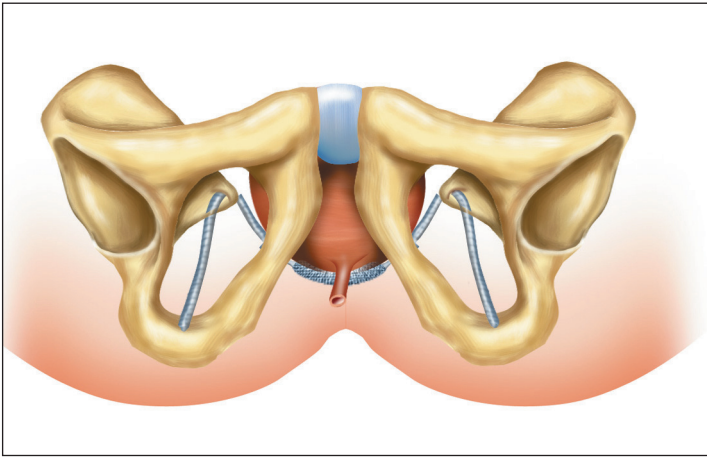
Es de vital importancia que durante el paso de la aguja desde el agujero obturador hasta la incisión vaginal, la punta de la misma sea guiada por el dedo índice del cirujano, que además rechaza y protege las estructuras urinarias. Finalmente, el extremo de la aguja, guiada con el dedo, se extrae a través de la incisión vaginal.

Se enhebra el extremo de la columna del SAFYRE en la punta crochet de la aguja. Luego se transfiere el SAFYRE a través del túnel creado por la aguja (Figura 5).

Se repite este paso en el otro orificio obturador.



**Figura 6:** Ajuste Safyre T.



**Figura 7:** Aspecto final del procedimiento.

Se regula el ajuste del SAFYRE colocando una tijera Metzembaun entre la malla del SAFYRE y la uretra (Figura 6). Traccionar suavemente ambas columnas del SAFYRE, hasta que el mismo entre en contacto con la uretra sin tensión.

Se realiza el procedimiento en forma bilateral, para que retrógradamente al paso de las agujas el sling sea situado, dejando el implante libre de tensión. El material que excede el nivel de la piel, se secciona, después de insertar las arandelas de silicona (Figura 7) de tal forma que el extremo se localiza subcutáneo (Figura 8). El territorio quirúrgico y la técnica permiten que este procedimiento se realice sin requerir control endoscópico. Las incisiones se suturan en forma convencional. La sonda se retira tempranamente, durante el postoperatorio, midiendo el residuo postmiccional. Al no requerir control cistoscópico reduce el tiempo quirúrgico y facilita su implementación. Es una



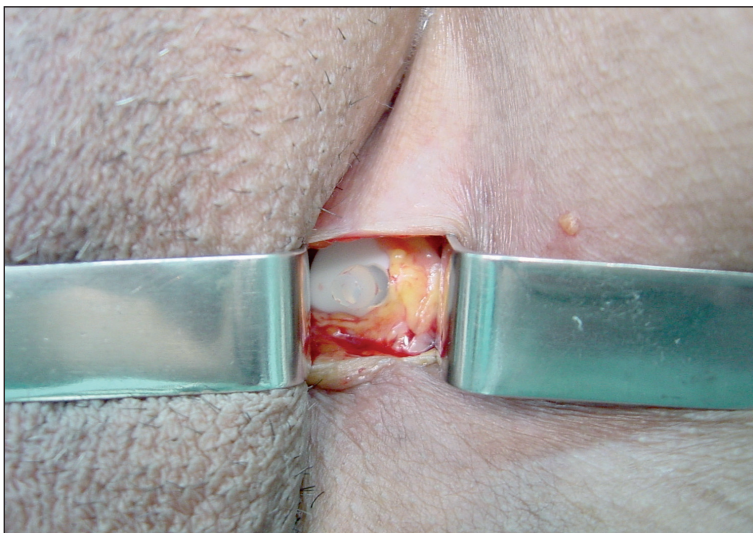
**Figura 8:** Arandelas de silicona pueden ser utilizadas en casos recurrentes.

buena opción primaria y también para el manejo de los casos en los que se presentó falla después de un abordaje pubovaginal, pacientes obesas o con hipocontractilidad del detrusor debido a la reajustabilidad.

## Técnica de reajuste

El procedimiento para ajustar SAFYRE puede realizarse bajo anestesia local o espinal. Como los extremos de las columnas se pueden palpar fácilmente en el tejido subcutáneo, la anestesia local con solución de lidocaína al 1% parece ser el método de elección. Generalmente, es suficiente con reajustar una sola columna, sin riesgo de que se produzca una desviación significativa del eje uretral. Se realiza una pequeña incisión sobre el extremo de la columna palpable y se separa suavemente estirándola con cuidado, hasta que se logra la tensión adecuada. La vejiga se llena con solución salina antes del procedimiento para comprobar si se producen escapes cuando el paciente tose y al hacer varias veces la maniobra de Valsalva. Generalmente, se sugiere realizar el ajuste dentro de los 30 días luego de la operación, pero teóricamente se puede realizar en cualquier momento después del procedimiento debido a que se forma una pseudocápsula fibroblástica alrededor de la columna de polidimetilsiloxano de SAFYRE que permite separar y mover fácilmente las columnas dentro de esta pseudocápsula si es necesario (Figura 9).

El procedimiento para aflojar el SAFYRE debe realizarse durante el primer mes para evitar la fibrosis y puede realizarse bajo anestesia espinal, endovenosa o local. Se realiza una incisión vaginal longitudinal de 1,5 cm de largo, empezando a una distancia de 1 cm. del meato de la uretra y se separa la malla de polipropileno de la fascia uretropélvica. Las columnas se separan en for-



**Figura 9:** Reajuste del safyre T bajo anestesia local.

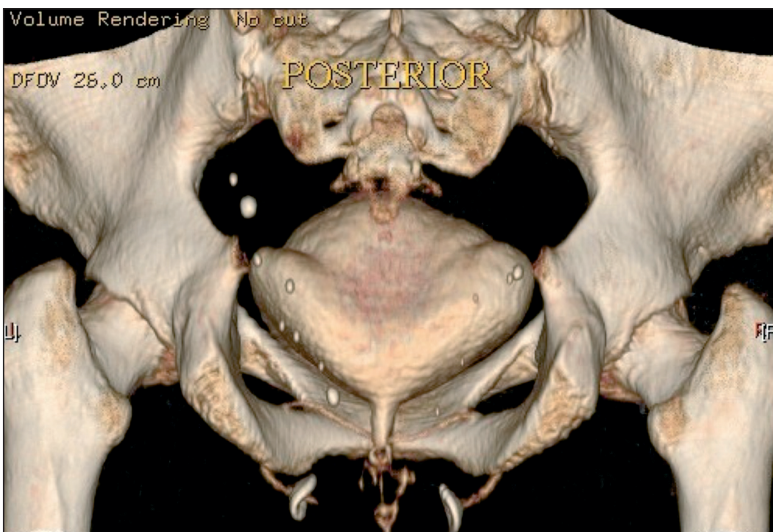
ma bilateral, tomándolas con *clamps* hemostáticos y tirándolas hacia atrás hasta que se pueda interponer entre la malla y la uretra una tijera de Metzenbaum o un *clamp* de ángulo recto. Se deja colocado un catéter Foley durante la noche.

## Discusión

La técnica transobturatoria fue practicada por primera vez por Delorme, reportando en una serie de 40 pacientes, tasas de cura del 90 y 10% de mejoría a un año, en pacientes con diagnóstico de incontinencia de esfuerzo y cura en el 92% y mejoría en el 8% de las pacientes con incontinencia de esfuerzo asociada a prolapsos. El primer grupo no reveló cuadros de retención y en el segundo 4 pacientes lo hicieron en forma temporal, en este grupo igualmente una paciente manifestó disuria. En esta casuística no se presentaron lesiones viscerales ni vasculares.

Una alternativa libre de tensión que ofrece la ventaja del reajuste en los casos en los que se requiera el mismo. La implantación obedece a la técnica tradicional mediante agujas que poseen la angulación diseñada para avanzar desde el pliegue inguinofemoral hasta el espacio parauretral. El reajuste se logra bajo anestesia local generando tracción sobre las astas del sling incrementando así la tensión o incidiendo sobre la pared vaginal para disminuirla, mediante tracción en sentido contrario.

La experiencia inicial con 100 pacientes tratadas con Safyre T, por el grupo de uroginecología de UNICAMP, mostró en el seguimiento a un año y en una población que en el 57% de los casos te-



**Figura 10:** Reconstrucción 3D del sling cruzado transobturatriz para casos complejos de incontinencia del tipo III.

nía antecedente de corrección fallida, una tasa de cura de 92,5 y de 7,5% de falla, este porcentaje se redujo a 2,5% después del reajuste. No se presentaron casos de retención urinaria ni lesiones.

Este abordaje se convierte así, en un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y de fácil reproducción. Además, el Safyre T plus es una alternativa para casos complejos de incontinencia una vez que las arandelas permiten ajustar la tensión en los slings cruzados por vía transobtura-triz (Figura 10).

### Bibliografía

---

1. McGuire EJ, Fitzpatrick CC, Wan J, Bloom D, Sanvordenker J, Ritchey M, Gormemley EA. Clinical assessment of urethral sphincter function. *J Urol* 1993; 150: 1452-4.
2. Noris JP, Boslin DS, Staskin DR. Use of synthetic material in sling surgery: a minimally invasive approach. *J Endourol* 1996; 3: 227-230.
3. Low J. Management of severe anatomic deficient of urethral sphincter function by a combined procedure with fascia lata sling. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 151: 224-27.
4. Delorme E. La bandellette trans-obturatrice: un procede mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Progrès en Urologie* 2001; 11: 1306-13.
5. Palma PCR, Fraga R. Sling Transobturatório Reajustável: Uma abordagem promissora na Incontinência Urinária de esforço. *Urologia Contemporânea* 2002; 4: 146-148.
6. Palma PCR, Riccetto CLZ, Fraga R, Dambros M, Thiel M, Netto NR Jr. Uma nova classificação para os slings minimamente invasivos. *Urologia Panamericana* 2003; 15: 36-37.
7. Palma P, Riccetto C, Herrmann V, Dambros M, Thiel M, Bandiera S, Netto, NR Jr. Transobturador Safyre sling is as effective as the transvaginal procedure. *Int Urogynecol J* 2005; 16: 487-491.