

EVOLUCIÓ DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LA INCONTINÈNCIA

URINÀRIA D'ESFORÇ FEMENINA.

Discurs de recepció de l'Acadèmic electe

XAVIER IGLESIAS I GUIU

10 de Febrer de 2013

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari

JESÚS GONZÁLEZ MERLO

Barcelona 2013

Per la JOANA

La nostra estimada nineta (1998-2000)

Excel.lentíssim Sr. President.

Molt Il.lustres Acadèmics de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Benvolguts familiars, amics i companys.

Senyores i Senyors.

Les primeres paraules que vull pronunciar en aquest acte són d'agraïment i de respecte cap a aquesta històrica i prestigiosa Acadèmia. Agraïment per l'honor que representa haver estat acceptat com a membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i als il.lustres acadèmics que m'han proposat com a membre numerari, en

especial als meus companys de Promoció Drs. Edelmira Domènech, Xavier Forn, Josep Carriere, Ramon Segura i el President Jacint Corbella.

Vull fer partícips, en aquest acte, a un gran nombre de persones que han contribuït i han marcat, en gran mesura, la meva evolució personal i professional des dels inicis de la meva formació fins al moment actual. Dels meus temps de la primària recordo amb molt d'afecte al Sr. Balanyà, un gran mestre que vaig tenir a Torregrossa. Els set anys de batxillerat (sí, set anys) els vaig passar intern als Jesuïtes de Sarrià; aleshores només anàvem a casa per Nadal, per Setmana Santa i a l'estiu. En tinc un molt bon record i agraïment pel que em van ensenyar no només en formació acadèmica sinó i més important, en formació humana.

Vull manifestar el meu agraïment als meus pares, el seu esforç per donar-me l'oportunitat d'estudiar; el seu exemple de seriositat, amor i estímulo el tinc present més que mai en aquests moments. El meu padrí Tomàs (a les nostres terres padrí vol dir avi) va ser metge de Torregrossa després de graduar-se a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona l'any 1900 i el meu pare va ser metge d'aquest mateix poble des de l'acabament de la carrera a la mateixa Facultat l'any 1928 fins la seva mort l'any 1967. No hi ha cap dubte de que aquesta saga va influir en la meva decisió d'estudiar Medicina a la ciutat de Barcelona. Com a torregrossí vull agrair la presència en aquest acte de l'Alcalde de Torregrossa.

Agraeixo el suport de la meva família començant per la meva esposa Anna M^a, pels nostres fills Montse, Anna i Ramon que han estat un estímulo constant que m'ha permès desenvolupar la tasca que a mi m'agradava. Els nostres nets Irene i Xavier són la joia i l'alegria de la casa que ens ajuda a fer més agradable aquesta vida. Vull tenir un record molt especial per la nostra neta Joana, a la que dedico aquesta presentació. Com deia el poeta "era un àngel que féia el seu camí "..... No la podrem oblidar mai.

Vull agrair a l'Anna M^a el seu suport incondicional en tot moment, la seva comprensió i la seva paciència especialment en situacions com l'aventura americana i la meva estada a Saragossa. El seu ajut ha estat decisiu per la meva carrera.

Hi ha un aspecte que va influir en la meva formació humanística, espiritual i política i són les converses i els consells que juntament amb els meus companys de Facultat, els Drs. Ramon Segura , Alfons Fernández Sabaté i Joan Claudi Rodríguez Ferrera ens varen dedicar els Drs. Josep M^a Rovira i Belloso i Casimir Martí.

El Prof. Emili Gil Vernet, catedràtic d'Obstetrícia i Ginecologia em va admetre com alumne intern per oposició al seu Servei i allí vaig fer els primers passos en l'especialitat , però , en aquells temps no hi havia, a casa nostra, un bon sistema per aconseguir una formació en Obstetrícia i Ginecologia i per aquesta raó m'en vaig haver

d'anar a especialitzar als Estats Units. El Dr. Donald Swartz em va guiar a New York i a éll li dec la meva formació com especialista. En tornar a casa vaig tenir la sort de que l'any 1969, el Prof. Jesús González Merlo guanyés la plaça de Catedràtic de la nostra Universitat, ell em va admetre al seu Servei i em brindà la seva amistat. L'Hospital Clínic havia iniciat un gran canvi a partir de l'any 1968 en que es va professionalitzar i s'estructurà en plantilles degudament remunerades essent l'inici dels èxits tant clínics com de recerca mèdica en que ha esdevingut avui dia. Per a mi va ser essencial la direcció que va exercir el Prof. González Merlo donant-li al Departament la serietat, la solidesa, el rigor científic i l'esperit de treball necessaris per arribar on és ara el Departament d'Obstetrícia i Ginecologia. A mi em va empènyer a presentarme a les oposicions a Professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Saragossa que vaig obtenir l'any 1974. Mai li podré agrair la confiança en la meva persona i el retorn al Clínic des d'aquella ciutat. Allí vaig deixar molt bons amics, especialment el Prof. Heraclio Martínez, Catedràtic que fou de la Facultat de Medicina de Saragossa. Recordo que a l'arribada a Saragossa vaig ocupar l'Apartament que la Universitat de Saragossa tenia pels professors de fora i que justament havia deixat lliure el Prof. Josep Traserra, catedràtic D'ORL i acadèmic d'aquesta casa que s'en tornava cap a Catalunya.

Vull remarcar l'excel.lent relació que vaig tenir amb el MD Anderson Hospital i Cancer Institut de Houston a Texas on hi vaig estar uns dies allotjat a casa de l'Eulàlia i d'en Ramon Segura. El cap de Ginecologia, el Dr. Felix Rutledge em tractà amb un gran respecte; uns anys més tard, però, quan ho teníem tot a punt per fer-lo Doctor Honoris Causa de la nostra Universitat, es va morir sense haver pogut celebrar la cerimònia i posar-li la birreta de Doctor. Allí també vaig fer una molt bona amistat amb el Dr. Lluís Delclòs Soler de Tarragona, un reconegut radioterapeuta que va estar molts anys a Houston. D'allí em ve, també, l'amistat amb el Dr. Greg Delgado i la seva esposa Mary, gran Oncòleg ginecològic del que conservo una gran amistat i que de tant en tant passa per Barcelona perquè és un fan d'en Messi i li agrada de veure'l jugar en directe.

De la gent del nostre Departament al Clínic vull mencionar al Dr. Albert Fortuny, company de viatge i de fatigues en la nostra estada als Estats Units , al Dr. Lluís Puig Tintoré , al Dr. Vicenç Cararach , a la Dra. Montse Espuña , als Drs Zanón, Carles Ribas, Esteve Davi, Pere Jou, Montse Puig, JA. Lejàrcegui, Carreras, Ballejà, Magda Duran, Mimó, Fàbregues, Bataller i tots els demés que no puc mencionar per manca d'espai. Als Drs. Paco Carmona, Jaume Pahisa , Camil Castelo Branco, Aureli Torner i Sergi Martínez que seguint les petjades del meu bon amic catedràtic Prof. Joan Antoni Vanrell Díaz han fet que la Laparoscòpia hagi arribat al màxim nivell en el nostre

Centre. Finalment vull anomenar al Professor Dr. Joan Balasch, l'actual catedràtic i cap del Departament que manté la flama ben alta i viva que va heretar dels caps que el van precedir.

No voldria oblidar els amics i companys tant de la Facultat de Medicina com de l'Hospital Clínic amb el seu personal administratiu i d'infermeria. La germana Peña, la Sra. Cati Jardí i les Sres. Josefina Gràcia (a.c.s), Carmen Martín i la Dra. M^a Carmen Arimany. També als nombrosos estudiants que han seguit els cursos d'Obstetrícia i Ginecologia i molt especialment els Residents i Residentes que s'han especialitzat amb nosaltres sense haver de marxar a formar-se a altres països com em va passar a mi a principis dels anys 60's.

Vull recordar als que van deixar el Clínic per desenvolupar la tasca a d'altres Hospitals com el Prof. Joan Esteban i Altirriba i Joaquim Calaf a St. Pau, el Prof. Oriol Gamissans Olivé a can Ruti, el Prof. Josep M^a Laila a St. Joan de Déu, el Prof. Lluís Cabero a Vall d'Hebron, el Prof. Llorenç Balagueró i el Dr. Magí Valls a Bellvitge, el Dr. Iglesias Cortit a l'Hospital del Mar, el Prof. Javier Ausín Catedràtic al País Basc i el Dr. Ramon M^a Miralles a Tarragona.

Finalment manifestar la meva satisfacció per haver pogut dedicar-me més específicament a la nostra Universitat com a Vice-Degà en el equip del Dr. Corbella a la Facultat i com a Vice-Rector amb El Rector Dr. Badia i Margarit que m'encarregà la tasca d'ajudar a la posada en marxa de les Universitats Rovira Virgili i de la Universitat de Lleida on hi vaig deixar moltes amistats com l'ex Rector de Lleida el Dr. Joan Viñas i el Dr. Manel Camps ambdós membres numeraris d'aquesta Acadèmia i el Dr. Víctor Siurana (a.c.s.) que va ser l'ànima de la recuperació d'aquesta Universitat. També els Drs. Esquerda i Matias Guiu d'aquesta mateixa Facultat.

Després d'aquest preàmbul afectiu i sentimental voldria explicar el perquè del meu interès sobre aquesta patologia femenina, la incontinença urinària. A mi m'agradava l'Obstetrícia, la prova és que la meva Tesi Doctoral va versar sobre aquesta disciplina però més tard em vaig interessar per l'Oncologia ginecològica i el discurs d'ingrés com a Corresponent d'aquesta Acadèmia va ser sobre aquesta part tant important de la Ginecologia, però el meu interès preferent, en aquests últims anys, ha estat la incontinença urinària i el sòl pelvià.

Tot i que a principis del s.XX ja hi ha referències de que es practicaren operacions quirúrgiques que intentaven curar o aliviar aquesta disfunció, no ha estat fins fa relativament pocs anys que aquesta patologia, degut a la demanda creixent de pacients i a l'interès dels metges, ha fet que s'anessin desenvolupant noves tècniques quirúrgiques que més endavant explicaré.

La sensibilitat de les dones i dels metges envers aquest problema ha canviat i les raons cal buscar-les en diferents aspectes que resumiré molt breument.

La vida de les dones s'ha allargat, això és un fet indiscutible, i també és un fet ben evident que ha canviat la manera de viure la seva vida ja sigui en la joventut, maduresa o vellesa. Pensem en les activitats que desenvolupen tant professionals com de lleure i com és d'important per elles fer-ho amb la màxima qualitat de vida i salut.

Durant molts anys hi ha hagut un cert pudor o vergonya per part de les dones per anar al metge i parlar d'aquests problemes o senzillament de parlar-ne amb algú. Per sort, aquest sentiment va desapareixent; s'han fet campanyes de divulgació i fins i tot a la Televisió guapes i famoses artistes ens parlen dels seus problemes d'incontinència.

És lògic, doncs, que les dones busquin solucions i que els metges intentin millorar i cercar noves tècniques per ajudar-les en un problema tan important per elles i pel seu entorn.

Un dia parlant amb el meu amic el Dr. Kermit Krantz (el de l'operació de Marshall, Marchetti, Krantz) sobre la incontinència i en l'impacte que tots dos véiem que aquesta disfunció tindria en el futur, amb el seu parlar franc i un xic barroer va dir-me :

- Of course, women are tired of wearing rubber boots; que més o menys vol dir " les dones estan cansades de portar botes d'aigua".

EVOLUCIÓ DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LA INCONTINÈNCIA

URINÀRIA D'ESFORÇ FEMENINA.

La incontinència urinària en la dona es pot classificar en Incontinència Urinària d'Esforç (IUE), Incontinència Urinària d'Urgència (IUU) i Incontinència Urinària Mixta (IUM). La IUE és la pèrdua d'orina deguda a un augment de la pressió intraabdominal, per exemple per la tos o qualsevol altre esforç. La IUU és la pèrdua d'orina precedida o acompanyada per un desitg urgent d'orinar. La IUM és una combinació d'ambdues.

PREVALENÇA.

Una revisió de 36 estudis de població general feta a 17 països l'any 2004 i publicada per la International Continence Society (ICS) (1) donava una prevalença d'un 5 a un 69% a la majoria d'estudis amb un rang d'entre el 25 i el 45%. En dones entre l'edat mitjana i grans la prevalença estimada era del 5 al 15%. Les dones més grans acostumen a patir més incontinències mixtes i d'urgència, mentre que les joves i

les d'edat mitjana solen tenir més IUE. Grosso modo podem dir que la meitat, aproximadament, de les dones incontinentes, patirien una IUE. Un percentatge menor es classificarien com IUM i un percentatge encara més baix serien IUU.

No hi ha massa diferència en la prevalença als països occidentals. Un dels pocs estudis de prevalença a França, Alemanya i Anglaterra oscil.lava entre un 41 a un 44% mentre que a l'estat espanyol era només del 23%, sense poder trobar una explicació plausible d'aquesta diferència. Cal tenir en compte que les xifres poden variar d'un estudi a un altre per la definició de la incontinència estudiada, per la gravetat de la incontinència, per l'edat de les dones estudiades i per altres factors que fan que sigui difícil comparar xifres de diferents autors i de diferents països.

En els nostres ambients, la Dra. Pascual (2004) (2) va fer un estudi poblacional a Canàries utilitzant un qüestionari King Health que mesura símptomes i qualitat de vida validats amb el Pad test (test de la compresa), d'una mostra aleatòria i estratificada per edat, de 870 dones amb targeta sanitària, triades d'una població diana de 110.000 dones d'edats compreses entre 18 i 85 anys obtenint una prevalença global del 60,4% amb un error estimat de ± 3 . Segons el tipus d'incontinència, el 24,5% va ser d'esforç, el 10,2% d'urgència i el 25,7% mixta. Crida l'atenció una prevalença tan alta. En un estudi fet a tot Catalunya, la Dra. Espuña i col. (2009) (3) publiquen les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) en una mostra de 18126 individus en que el 7,9 % declara tenir algun tipus d'incontinència (el 12,2 % de les dones i el 3,6 % dels homes). De les dones entre els 45 i 64 anys el 12 % diuen patir IU i entre les edats de 65 a 74 anys és el 26,6 %. Ces i Liceras (2006) (4) presenten els resultats d'un qüestionari fet a 807 estudiantess universitàries gallegues amb una prevalença del 23 %, de les quals un 66,1 % tenien IUE, un 28,6 % tenien IUU i un 5,3 % tenien IUM.

Grau i col.(2004) (5) estudien la incidència de la incontinència urinària i fecal als dos mesos, sis mesos i a l'any després del part a la zona de Vic. En 531 dones troben 41 casos d'incontinència urinària i 11 d'incontinència fecal i conclouen que la incidència d'incontinència urinària als dos mesos del part és del 7,7% i de la incontinència fecal del 2,1%. Espuña i col.(2010) (GRES, Grup de Recerca del Sòl Pelvià) (6) en un estudi en gestants catalanes normals (1.128 dones), continentess i nulíparees troben una incidència global del 39,1 % amb un 8,3% d'IU al primer trimestre, un 28,1 % al segon trimestre, un 15,2 % al tercer trimestre i un 9 % al postpart.

Hi ha una sèrie de factors de risc per l'aparició de la incontinència urinària com per exemple les dones de raça blanca tenen una prevalença major que les de raça negra o de les asiàtiques. L'embaràs, el part i la via vaginal són factors de risc significatius. La massa corporal elevada és un factor de risc. La diabetis també ho és. La demència

moderada i la severa són factors de risc independents. Estudis en gemelars suggereixen que hi pot haver un component genètic en l'aparició d'una incontinença urinària.

TÈCNiques QUIRÚRGiques PEL TRACTAMENT DE LA INCONTINÈNCIA D'ESFORÇ EN LA DONA (IUE).

Hi ha infinitat de tècniques quirúrgiques que al llarg dels temps han anat apareixent amb més o menys eficàcia i això vol dir que encara no s'ha trobat l'operació ideal que pugui curar la IUE, si no, no hi hauria tantes variants tècniques. Sabem que els millors resultats s'obtenen després de l'operació primària i baixen, proporcionalment, les curacions quan no és la primera intervenció.

De moment, no és possible la curació de la IUE en tots els casos però ja veurem que en el moment actual podem esperar curacions al voltant del 90% de les dones tractades.

Hi pot haver factors que contribueixen a les fallides com els defectes de tècnica, la elecció dels materials (teixits propis o sintètics), diagnòstics originals incorrectes, existència de denervacions com a conseqüència de parts anteriors o altres intervencions quirúrgiques i l'aparició de noves patologies com pot ser una inestabilitat del detrusor. Altres factors a tenir en compte són l'excés de pes, la tos crònica, l'abús del tabac i la mala qualitat dels teixits de la dona. Anem ara a revisar les diferents tècniques.

1.- Colporràfia Anterior.

També coneguda com Plàstia Anterior; consisteix amb frunzir la fàscia pubovaginal de la zona de l'angle uretro-vesical utilitzant la fortalesa d'aquesta fàscia que també coneixem amb el nom de fàscia de Halban (Iglesias i col. 2008) (7). Aquesta operació fou descrita pel Howard Kelly de la Johns Hopkins University de Baltimore l'any 1914 (8). Hi ha hagut diverses modificacions de la tècnica però bàsicament es tracta de reforçar l'angle uretro-vesical. Curiosament, un Uróleg francès, el Dr. Marion ja va descriure aquesta tècnica abans d'en Kelly però el fet de que aquest autor la publicqués en una revista americana va eclipsar el nom de Marion.. Els resultats d'aquest tipus d'operacions no superen el 50% d'èxits i la seva efectivitat baixa al llarg dels anys; per tot això la Colporràfia Anterior no es recomana pel tractament de la IUE en la dona.

2.- Colposuspensió retropúbica oberta i per laparoscòpia.

Burch (1968) (9), va ser el primer en descriure-la. Es tracta d'una colposuspensió mitjançant sutures que eleven la fàscia para-uretral i la fixen als lligaments de Cooper. Els resultats són relativament bons encara que hi ha certa pèrdua d'eficàcia al llarg del temps. Aquesta intervenció ha estat substituïda per les tècniques modernes de les bandes uretrals lliures de tensió, com veurem més endavant, ja que eviten la gran incisió suprapúbica i són més eficaces.

Aquesta tècnica dóna també bons resultats en el tractament de les recidives de la IUE sempre i quan la dona no hagi estat operada més d'una vegada; de totes formes val a dir que l'operació més ampliament consensuada pel tractament de les recidives és la tècnica del cabestrell (Amaya-Obu i Drutz 1999).(10).

La colposuspensió es pot fer per via laparoscòpica amb l'avantatge de no ser necessari fer una laparotomia. Els resultats són semblants amb ambdues vies però inferiors a les bandes lliures de tensió i per aquesta raó no es recomanen com a tractament rutinari de la IUE. La colposuspensió per laparoscòpia podria acceptar-se en el tractament de la IUE en dones que requereixen, a més, una intervenció per aquesta via. Vull afegir que aquest tipus d'intervencions per via laparoscòpica s'haurien de fer només en aquells Centres que disposen de laparoscopistes amb gran experiència i amb un utilatge adequat.

3.- Operació de Marshall-Marquetti-Krantz (MMK).

Aquesta operació es basa en la suspensió de la uretra al periosti de la cara posterior del pubis (MMK 1949).(11). La nostra experiència i la de molts altres mostren uns resultats semblants a la colposuspensió a curt termini, però empitjoren al llarg del temps a part del risc de l'aparició d'una osteïtis del pubis com a conseqüència de la manipulació de l'os pubis. El cert és que l'operació de MMK no és recomanable pel tractament de la IUE femenina en els moments actuals.

4.- Suspensió amb agulles.

Hi ha hagut una gran varietat de tècniques que es basen en una suspensió del coll vesical mitjançant agulles amb unes incisions mínimes a la pell (Pereyra 1959) (12) i (Stamey 1973) (13).

Una avantatge és, apart d'una petita incisió, l'escurçament del temps quirúrgic. Malauradament tenen una efectivitat semblant a la Colporràfia Anterior i per tant no són recomanables pel tractament de la IUE.

5.- Ancoratges ossis.-

S'ha desenvolupat una tècnica anti-incontinència que usa exclusivament la via vaginal col·locant uns visos metàl·lics a la part posterior del pubis mitjançant un tornavís especial proveït d'un petit motor que clava els dos visos dins de l'os. La idea va sortir del camp de la Cirurgia Ortopèdica on les fixacions a l'os són essencials. Els visos porten un fil de material irreabsorbible que una vegada establitzats a l'os serveixen per elevar el coll vesical i fixar-lo a la cara posterior de l'os pubis. El fil s'enfila a una agulla que es passa a través de la fàscia periuretral, perivesical i de la vagina. Nosaltres vam utilitzar aquesta tècnica però, malauradament, els resultats a llarg termini no van ser prou bons (Iglesias i col. 2002) (14). L'evidència científica ens diu que aquest tipus d'intervencions són menys eficaces que la Colposuspensió fins i tot a curt termini i no són adequades pel tractament de la IUE.

6.- Plàstia Paravaginal.

Es tracta del frunziment dels teixits paravaginals de manera semblant a com es fa en la Plàstia o Colporràfia Anterior; aquí s'actua al costat dret i al costat esquerra de la bufeta. La tècnica es pot fer per via abdominal, per via vaginal o per via laparoscòpica. L'eficàcia és pobre i la recomanació és que no està indicada pel tractament de la IUE.

7.- Injeccions periuretrals.

Es basen en la injecció, sigui per via intrauretral, sigui per via extrauretral de diversos materials a la zona de l'angle uretrovesical amb la idea de disminuir el tamany de la llum de la uretra proximal i augmentar la seva resistència. S'ha emprat colàgen boví, partícules de carbó revestides de zirconi i d'altres substàncies. Tenen un efecte immediat però perden eficàcia molt ràpidament. No hi ha evidència que un producte sigui millor que un altre; aquesta tècnica estaria indicada quan ens han fallat altres intervencions. Hi ha fortes discussions entre partidaris i detractors d'aquest tipus d'operacions. (ter Meulen i col. 2009) (15), (Kong i Vasavada 2009) (16), (Céspedes i Serkin 209) (17).

8.- Cabestrells clàssics.

Parlem de cabestrells clàssics com d'aquelles intervencions que des de fa molt de temps s'han utilitzat pel tractament de la IUE en la dona. Són operacions obertes en les que es col·loca un cabestrell justament a l'angle uretro-vesical a fi i efecte d'estabilitzar aquest coll. Hi ha molts materials emprats però el més corrent ha estat la fàscia pròpia del múscul recte anterior de l'abdomen. Hem de distingir aquest tipus de cabestrells de les tècniques més modernes que utilitzen bandes irreabsorbibles lliures de tensió col·locades a la uretra mitja i de les que en parlaré més endavant.

Aquest tipus d'intervencions han estat indicades, fonamentalment, en recidives d'altres tècniques quirúrgiques.

Des de principis del s.XX s'han anat emprant diversos materials: el múscul gracilis, el piramidal, l'aponeurosi dels músculs rectes de l'abdomen, el Mersilene (polietilè), el Marlex (polipropilè), el Gore-Tex (politetra fluoroetilè), la vagina, la fàscia lata pròpia, la fàscia lata de cadàver, la submucosa de budell prim porcina entre d'altres. Aldridge 1942 (18) va sistematitzar aquesta operació utilitzant dues tires aponeuròtiques dels rectes abdominals passant per l'espai de Retzius i suturant les tires entre sí per sota de la uretra a la zona de l'angle uretro-vesical. El material ideal, és a dir aquell que sigui fort, que mantingui la fortalesa al llarg dels anys, que sigui accessible fàcilment i amb el mínim risc d'infecció o de rebuig encara no s'ha trobat i és per això que es treballa amb diversos materials.

El mecanisme d'acció del cabestrell seria restaurant el suport natural a la unió uretro-vesical a fi de que la uretra pugui ser comprimida contra el suport vaginal quan augmenta la pressió abdominal elevant la resistència intrauretral i en definitiva deixant la persona continent.

La tècnica de l'Aldridge permet obtenir llargues tires de l'aponeurosi amb una incidència de rebuig molt baixa.

Nosaltres tenim una llarga experiència amb aquesta tècnica amb resultats molt bons a llarg termini però la incisió abdominal necessària per la obtenció de les tires fa que sigui una operació llarga i que augmenti la incidència d'hèrnies de paret abdominal entre altres complicacions.

Amb la idea de disminuir el temps operatori i les grans incisions suprapúbiques hem provat d'utilitzar la fàscia lata de donant (de cadàver) ja que a l'Hospital Clínic teníem la facilitat d'obtenir aquest material a través del Transplant Service Foundation (TSF). La fàscia venia congelada i una vegada descongelada es tallava la tira necessària, es passava el cabestrell des de la vagina cap a la zona suprapúbica per darrera del pubis a l'espai de Retzius. Un cap de la tira se suturava a l'aponeurosi dels rectes a través d'una petita incisió a la pell de la zona suprapúbica al costat dret i una altra al costat

esquerra(Berdié i col. 2001) (19). Vam fer un estudi comparatiu entre un grup de dones tractades amb fàscia lata de donant i un altre amb dones tractades amb la fàscia autòloga de rectes anteriors (tècnica de l'Aldridge). La conclusió va ser que el temps quirúrgic era menor i les incisions més petites en la primera tècnica que en la segona, però la valoració objectiva dels resultats preliminars ens indicava una menor eficàcia en el grup de fàscia lata de donant.

Vam idear també , una tècnica que obviava fins i tot les dues petites incisions suprapúbiques mitjançant la col.locació de la tira de fàscia lata des de la vagina quedant els dos caps de la tira fixats a la paret posterior de l'abdomen inferior utilitzant uns Tuckers (cues de porc metàl·liques , Origin) introduïts per via vaginal i passant-los per l'espai de Retzius amb lo qual rebaixàvem encara més el temps quirúrgic, però vam veure que la fàscia lata de donant era d'una qualitat inferior a la fàscia autòloga de la malalta, el que ens va fer abandonar aquestes tècniques amb fàscia de donant. (Iglesias 1999) (20) i (Iglesias 2004) (21).

Amb la idea d'aconseguir uns resultats millors vam emprar cabestrells sintètics i en particular el Gore-Tex (politetrafluoro etilè) però la incidència de rebuigs superava el 25% el que volia dir reintervenir per extreure aquest material i per tant vam deixar d'utilitzar-lo.

La conclusió és que el cabestrell de fàscia dels rectes autòloga (Aldridge) és un tractament altament eficaç i durador per la correcció de la IUE en la dona i en les nostres mans ha sigut l'operació més exitosa, cosa que es posa també de manifest en el treball d'Albo i col. 2007 (22) en que van randomitzar 655 malaltes, la meitat tractades amb la tècnica de l'Aldridge i l'altra meitat tractades amb una Colposuspensió tipus Burch i van arribar a la conclusió de que els resultats van ser millors en el grup de l'Aldridge. La recomanació de l'ICI (International Conference on Incontinence) al 2009 (1) és que el cabestrell amb fàscia autòloga és un tractament sumament eficaç.

Ja veurem, però, que cap a finals dels anys 90 es va desenvolupar una tècnica, el TVT (Tension Free Vaginal Tape) molt ràpida i altament eficaç que analitzarem a continuació i que ha desplaçat totes les altres tècniques que teníem al nostre abast.

9.- Bandes sintètiques lliures de tensió.

Ulf Ulmsten de Suècia (1996) (23) introduí el TVT o Tension Free Vaginal Tape pel tractament de la IUE femenina col.locant un suport a la porció mitja de la uretra en comptes del coll vesical. Una sèrie d'estudis van demostrar que els lligaments pubouretrals s'inserten a la uretra mitja i el diafragma urogenital està més prop de la uretra

mitja que del coll vesical. Es va veure, també, que la porció més inervada de la uretra era la zona mitja així com també era la zona de la uretra més vascularitzada. Estudis radiològics van demostrar que el flux urinari era interromput a la uretra mitja quan les dones continents, d'una manera voluntària tancaven aquest flux. Estudis urodinàmics van assenyalar que la pressió de tancament màxima de la uretra se situava a la uretra mitjana. Per totes aquestes observacions Ulmsten va suggerir la col.locació de la banda en aquesta zona i no a l'angle uretro-vesical.

Es va veure, en estudis subsegüents, que la col.locació d'una banda sintètica, macroporosa, monofilament de polipropilè donava un percentatge de curacions d'entre el 80-90%, semblants a la tècnica tipus Aldridge. Els resultats eren bons i duradors en dones amb IUE primària, amb recidives, en dones amb IUM i amb dones amb deficiència esfinteriana intrínseca.(24). Una altra avantatge era que l'operació durava molt menys que un Aldridge o una Colposuspensió i que només eren necessàries dues petites incisions suprapúbiques apart de la incisió de la vagina.

Un inconvenient d'aquesta operació és el fet d'haver-se de fer una Cistoscòpia al final de la cirurgia ja que entre el 3,8 i el 2,7% de casos hi havia perforacions vesicals. Delorme (2001) (25) introduí una modificació per disminuir les possibilitats d'una lesió vesical fent passar la banda sintètica a través dels orificis obturadors el Trans Obturator Tape (TOT) amb sortida als engonals obviant també les incisions suprapúbiques.

Aquesta tècnica col.loca la banda de fora a dins a diferència de la De Leval (2003) (26) que les col.loca de dins a fora.

Actualment s'ha intentat reduir encara més la morbiditat d'aquest tipus d'operacions amb la introducció d'una tècnica amb una única incisió, la vaginal. La cinta s'introdueix per la vagina a cegues per fixar-la lateralment a ambdós costats de la uretra. Barber i col. (2012) (28) han estudiat 263 dones aleatoritzades entre TVT Secur (TVT amb una única incisió amb la banda col.locada en posició "U") i el TVT clàssic. Els resultats al cap d'un any van ser similars però la gravetat de la incontinència postoperatòria, si es produïa una recidiva, va ser major en el grup TVT Secur en front del grup TVT clàssic.

Podem concloure que el TVT és més eficaç que la Colposuspensió de Burch i d'igual eficàcia que les operacions tipus Aldridge.

El temps d'ingrés a l'Hospital, el temps operatori i el temps necessari per tornar a la vida normal és més baix en el TVT que en la Colposuspensió. Les dificultats del buidament vesical postoperatori són més freqüents en la Colposuspensió mentre que la incidència de perforació de la bufeta urinària és més freqüent en la TVT.

Les tècniques de la TVT i de la TOT són semblants en quant a resultats a 12 mesos i la incidència de complicacions és comparable.

En una revisió sistemàtica i amb meta -anàlisi entre Colposuspensions, Cabestrells pubovaginals y Bandes lliures de tensió (TVT) i (TOT), Novara i col. 2010 (29) arriben a les següents conclusions: La TVT presenta una millor continència que la Colposuspensió però amb un risc més alt de complicacions intraoperatòries. La TVT i els Cabestrells tenen la mateixa eficàcia però aquesta última tècnica presenta uns índexs més alts de símptomes del tracte urinari inferior. La TVT és més eficaç objectivament que la TOT, però les curacions subjectives són similars. La TOT té un risc més baix de perforacions vesicals, vaginals i de símptomes del tracte urinari inferior que la TVT. Els autors avisen de que aquests resultats queden quelcom limitats per la heterogeneïtat dels casos i pel curt temps de seguiment.

10.- Sistemes de regulació externa postoperatòria.

Es tracta d'un sistema de cabestrell sintètic que es pot col·locar a la uretra mitja o a l'angle uretro-vesical i que té un dispositiu enterrat dintre la pell just per sobre la sínfisi púbica que permet d'ajustar aquest cabestrell el dia després de l'operació o dies o mesos després. Regulant el sistema, s'aconsegueix elevar la uretra uns pocs mil·límetres per augmentar la resistència d'aquesta uretra (Iglesias i Espuña 2003) (30). És una operació pensada per les recidives després d'altres intervencions i també es pot emprar en homes que pateixen incontinència urinària. És un disseny d'aquí amb la casa mare a Terrassa i la fabricació del material a Calatayud; s'anomena REMEEX (Regulació Mecànica Externa). Agraeixo la presència del Dr. Toni Castelló que és l'ànima de l'empresa Neomèdic que l'abrica.

11.- Esfínter artificial.

Costa i col. 2001 (31) presentaren un estudi amb 207 malaltes amb IUE deguda a una insuficiència esfinteriana i tractades mitjançant la implantació d'una pròtesi AMS 800 a través de la via abdominal col·locada al voltant del coll vesical, entre la vagina i la fàscia periuretral. Van tenir un 5,9% d'extrusions de la pròtesi. Amb un seguiment de 3,9 anys, el 88,7% dels casos van aconseguir una bona continència. Els autors consideren una possible indicació en casos d'una gran insuficiència esfinteriana intrínseca. Hi ha dos problemes, primer el preu molt elevat de la pròtesi i segon la dificultat de col·locarla amb un percentatge no despreciable de reintervencions.

CAP A LA RECERCA D'UN TRACTAMENT FARMACOLÒGIC DE LA IUE. LA DULOXETINA. (32).

En els últims anys, els avenços en la investigació en el camp de la neurofisiologia del cicle miccional i dels mecanismes de la continència han permès de desenvolupar noves línies d'investigació clínica en el tractament farmacològic de la incontinença en general i de la IUE en particular. D'acord amb aquests mecanismes de control del cicle de la micció, la IUE podria plantejar-se no només com a secundària a una alteració anatòmica, sinó també com a una insuficiència neuromuscular, en la que l'anomalia anatòmica podria estar associada amb una activitat reflexa alterada que ens portaria a una disminució de la resistència uretral, el que provocaria pèrdues involuntàries d'orina simultànies als increments de la pressió intraabdominal. La possibilitat d'influir, mitjançant fàrmacs, en el control neurològic de la continència, planteja la hipòtesi de poder invertir el procés patològic que ha portat a una disfunció neuromuscular i que provoca la incontinença.

Estudis experimentals han comprovat la implicació de la serotonina en el control central de l'aparell urinari inferior. L'activació central dependent de la serotonina aconsegueix una inhibició en els mecanismes sensorials i una estimulació de l'activitat somàtica motora de l'esfínter estriat uretral. Estudis immunohistoquímics han demostrat que les neurones del nucli d'Onuf situades a les banyes anteriors de la medula sacra (S2-S4) i que van a l'esfínter estriat uretral pel camí del nervi pudend estan envoltades de nombrosos terminals adrenèrgics i serotoninèrgics i per tant, són sensibles als efectes d'un inhibidor de la recaptació de la 5-HT (5-Hidroxitriptamina o serotonina) i de la noradrenalina. L'augment de la serotonina i de la noradrenalina a la zona del nucli d'Onuf provoca un augment de l'activitat neural que afavoreix una contracció prolongada de l'esfínter uretral. Segons aquestes observacions qualsevol fàrmac que actuï sobre el sistema nerviós central dona lloc a un increment de la serotonina i noradrenalina que pot potenciar la continència. La Duloxetina és un inhibidor combinat de la recaptació de la serotonina i de la noradrenalina i per això la casa Lilly va treure aquest producte al mercat pensant en el tractament farmacològic de la IUE. El problema és que la Duloxetina no ha estat aprovada als Estats Units pel tractament de la IUE amb sospites d'alteracions hepàtiques i d'augment d'intents de suïcidis i també per la manca de resultats convincents. Curiosament s'ha aprovat en alguns països europeus però no a Espanya i d'aquí que les campanyes que el Laboratori va endegar l'any 2005 han estat cancel·lades. Aquesta pot ser una via per explorar però haurem d'esperar per veure si es tracta d'una via de futur o d'una via morta.

COMPLICACIONS DE LA CIRURGIA DE LA IUE.

Qualsevol tipus de cirurgia ha de pagar un tribut en concepte de complicacions i la cirurgia de la incontinença no n'és una excepció. Revisarem, ara, els problemes postoperatoris a curt i llarg termini derivats de les distintes tècniques, tant per les que estan en desús com per les que continuen practicant-se actualment. (Àlvarez Vijande i col. 2005) (33).

Complicacions en la Colposuspenió retropúbica de Burch. (7).

Es tractava d'una suspenió uretrovaginal com ja he dit abans. S'havia de fer una laparotomia, igual que amb el MMK. Es localitzaven els lligaments de Cooper i els punts, normalment quatre a cada banda, elevaven la paret vaginal i per tant tota la zona uretro-vesical quedava fixada als lligaments de Cooper. No era necessari d'aproximar-los totalment a aquests lligaments, però s'havia de tenir la precaució de no perforar la mucosa vaginal.

La pèrdua hemàtica, a vegades necessitant transfusió, podia arribar al 30%.

La lesió vesical era una possibilitat, especialment en pacients operades prèviament. Si s'identificava la lesió s'havia de suturar i deixar una sonda permanent durant un parell de setmanes.

La lesió ureteral era més freqüent que en el MMK perquè la disposició dels punts era més lateral i més posterior en la tècnica de Burch.

Si s'usaven sutures irreabsorbibles podien aparèixer litiasis ancorades a la paret vesical.

També vèiem disfuncions de buidament vesical que podien variar des de la dificultat miccional del postoperatori immediat fins a necessitar un cateterisme intermitent a llarg termini. Això seria degut a una excessiva elevació del coll vesical (hipercorrecció).

Es podia produir, també, una hiperactivitat del detrusor de novo segurament perquè els punts haurien quedat massa prop del coll vesical. El tractament amb anticolinèrgics no sempre era eficaç i a vegades s'havia de corregir quirúrgicament desmuntant la hipercorrecció.

Complicacions en la Cistouretropèxia de Marshall- Marquetti- Krantz(MMK) .

La Cistouretropèxia és una tècnica pràcticament abandonada. Després de la plicatura d'en Kelly l'any 1914 (8), el MMK (1949) (11) va ser un avenç molt important en el tractament quirúrgic de la IUE femenina. La tècnica original passava per l'exposició del coll vesical i de la uretra mitjançant una incisió de Phannenstiel o d'una laparotomia mitja infraumbilical amb col·locació d'una sonda de Foley que ajudava a localitzar el coll vesical. Es posaven uns punts de material irreabsorbible a cada banda de la uretra (entre tres o només un com feia últimament el Dr. Krantz) per penjar la uretra a la part posterior de la sínfisis púbica. El punt més important era el del coll vesical.

La complicació postoperatòria més freqüent era la retenció urinària i un residu postmiccional elevat degut a la hipercorrecció del coll vesical i de la uretra que obligava, a vegades, a una cateterització intermitent i fins i tot a una uretrolisi.

Una altra complicació possible era l'aparició d'una osteïtis púbica. No era massa freqüent, però si apareixia, era necessari un tractament antibiòtic llarg i a vegades, s'havia de col·locar un drenatge a la zona retropúbica. La gammagrafia òssia ajudava al diagnòstic.

Al usar-se sutures irreabsorbibles (llí o seda) podien aparèixer litiasis ancorades a la paret de la bufeta com a conseqüència de l'emigració del material o perquè s'havien col·locat els fils incorrectament, especialment si hi havia hagut cicatrius d'operacions anteriors.

En alguna ocasió, molt rara, s'han descrit fístules vésico-vaginals després de quadres locals amb supuració.

Complicacions en la tècnica d'agulles.

La lesió ureteral era del 0,08% i era de difícil diagnòstic immediat; es produïa per transfixió de l'agulla o per tracció exagerada de la sutura.

La lesió vesical era del 4% per una perforació de la bufeta i penetració dels fils de sutura a la cavitat vesical. Si es detectava immediatament per Cistoscòpia es retirava el material; si es detectava més tard s'havia de fer un abordatge transvesical suprapúbic.

La retenció urinària estaria entre el 6 i el 8%.

S'han descrit, també, neuropaties per atrapament del nervi ilioinguinal que es manifestava per una hipo o hiperestèsia cutànea. Habitualment cedia amb el pas del temps.

Complicacions en els ancoratges ossis.

En aquest tipus d'operacions les complicacions més preocupants són les osteomielitis que poden necessitar una exploració quirúrgica amb l'extracció de l'ancoratge.

Complicacions en les injeccions periuretrals.

Els possibles problemes de la difusió dels materials cap als ganglis limfàtics, pulmons, cervell i altres òrgans són desconeguts. Algun producte ha erosionat la uretra, lo qual planteja una situació clínica complicada.

Complicacions en les tècniques de Cabestrell.

Intraoperatòriament hi pot haver una lesió de la uretra durant la dissecció feta per via vaginal i també pot ser possible una lesió vesical al traslladar la cinta des de l'abdomen inferior fins a la vagina passant per l'espai de Retzius. També s'han descrit hemorràgies importants encara que poc freqüents.

De les complicacions postoperatòries destacarem l'erosió uretral en especial si s'ha usat material sintètic que pot acabar en una fístula uretro-vesical. La infecció de la ferida se solucionava amb un tractament amb antibiòtics però algunes vegades era necessari treure la cinta sobre tot si era sintètica.

No era rara la molèstia o el dolor suprapúbic que es resolía amb analgèsics i amb el pas del temps.

Com he dit al parlar d'altres tècniques, els cabestrells podien deixar trastorns miccionals com a conseqüència de l'augment de la resistència al buidament vesical si el cabestrell havia quedat amb molta tensió; habitualment el problema quedava resolt mantenint la sonda permanent durant uns dies.

No eren infreqüents les hèrnies de la paret abdominal.

En el sistema REMEEEX hi pot haver-hi un 0,8% d'extrusions de la cinta i en un 1,7% s'ha hagut de retirar el varitensor suprapúbic quan apareixia un seroma persistent.

Complicacions de les Bandes Lliures de Tensió.

Malgrat la relativa facilitat d'aplicació d'aquestes tècniques i degut a la gran quantitat que se n'han practicat i es practiquen a tot el món, no és estrany que hi hagi

complicacions, la majoria de poca importància. Les complicacions intraoperatòries es relacionen amb la pròpia tècnica quirúrgica (perforació vesical, hemorràgia, etc.) i les complicacions postoperatòries es relacionen amb la pròpia cinta sintètica (extrusió, obstrucció, dificultat miccional, urgència).

La perforació vesical és de l'ordre del 3% en la TVT i és per això que s'ha de fer una Cistoscòpia postoperatòria per descartar-la. Aquest problema és excepcional amb la tècnica del TOT.

La pèrdua hemàtica acostuma a ser poc important però en alguna ocasió hem tingut hemorràgies a l'espai de Retzius degut al pas a cegues de les agulles. Si la pèrdua és important no hi ha més remei que explorar el Retzius. Amb la tècnica del TOT és poc probable una lesió vascular però en una ocasió vam tenir una hemorràgia important per la lesió dels vasos obturadors.

La lesió intestinal és excepcional però molt greu i només passaria amb la tècnica del TVT però no amb el TOT.

La retenció urinària no s'acostuma a veure si la banda es deixa sense tensió però si la tensió és excessiva és probable que aparegui una retenció urinària; si no es resol s'ha de seccionar la banda sintètica i el problema queda solucionat.

El tipus de material sintètic té molt a veure amb la possibilitat d'erosions vaginals que són més freqüents (9 al 20%) quan es treballa amb material de multifilaments i entre el 0 al 5% amb monofilaments. Quan això passa s'ha d'extirpar la zona vaginal oberta i resutura-la per via vaginal fins i tot amb anestèsia local.

Amb el TOT s'han vist neuropaties per atrapament del nervi obturador.

En general, la incidència de morbiditat per patologia mèdica no relacionada amb el tracte urinari és desconeguda. És clar que hi ha un risc degut a l'anestèsia, a cardiopaties associades i a embòlies ja que en ser, moltes vegades, malaltes d'edat, aquestes complicacions són automàticament més freqüents que en persones joves. El risc de mortalitat és desconegut però es creu que després d'aquest tipus d'intervencions es poden aventurar unes cinc morts per cada 10.000 casos.

QUE FER EN CASOS DE RECIDIVES.

Aquesta és una pregunta que encara no podem contestar de manera categòrica. Abans de les Bandes Lliures de Tensió, el tractament de les recidives passava per una

tècnica d'Aldridge amb molt bons resultats; actualment hi comença a haver certa experiència sobre l'eficàcia de la Banda lliure de Tensió i la creença és que s'obtenen molt bons resultats amb el TVT o TOT (Abdel-Fattah i col.2011, Comiter 2006, Iglesias 2000, Iglesias 2009) (34) (35) (36) (37).

S'ha de tenir en compte, però, que en el treball d'Abdel-Fattah i col. es veu que una pressió baixa (<30 cm. d'aigua) de tancament uretral és un factor independent de fallida, per tant, en aquesta situació, no estaria indicada una tècnica de TOT sino que hauríem d'emprar una tècnica de TVT. Schierlitz i col (2012) (38), en un estudi aleatoritzat amb 164 dones amb IUE i deficiència esfinteriana intrínseca, entre TVT i TOT i amb seguiment de 3 anys, mostren que el 20% de les dones del grup TOT van necessitar reintervenció en front de l'1,4% de les dones del grup TVT. Nosaltres (treball no publicat) ja fa temps que vam observar aquesta diferència entre ambdues tècniques quan hi havia una insuficiència esfinteriana intrínseca

COMENTARIS I CONCLUSIONS.

Hem vist que la IUE és molt freqüent i planteja seriosos problemes a un gran nombre de dones que veuen disminuïda la seva qualitat de vida. La IUE no és nova ni per la seva freqüència ni pels esforços que s'han fet per superar-la. A principis del s.XX ja es dissenyaren unes tècniques quirúrgiques que, en algunes dones, els hi milloraven la seva simptomatologia però al llarg del temps s'ha anat veient que no eren la solució a la IUE. Molts ginecòlegs i uròlegs intentaren noves tècniques, però no foren prou eficaces i és per això que se n'han descrit una infinitat sense trobar la tècnica ideal que curés el 100% dels casos. Als anys 40's, es va popularitzar la tècnica dels cabestrells amb molt bons resultats tant a curt com a llarg termini però amb un alt percentatge de complicacions, llargs temps operatoris i estades perllongades a les sales d'hospitalització. Les tècniques d'agulles i d'ancoratges ossis disminuïen els temps operatoris i els dies d'ingrés però, malauradament, els resultats a llarg termini no eren bons apart de complicacions intra i postoperatòries que obligaren a abandonar aquestes tècniques. Les colposuspensions han donat bons resultats però menys que els cabestrells i no estaven exemptes de complicacions. L'esperança de trobar un medicament que podés obviar una intervenció es va truncar al veure que aquest medicament (la Duloxetina) tenia poca eficàcia i els efectes secundaris eren importants.

Crec que ara tenim unes tècniques que són molt bones pel tractament de la IUE, em refereixo a les Bandes Lliures de Tensió preconitzades pel Dr. Ulmsten l'any 1996; són molt segures (al voltant del 85-90% de curacions) encara que no hem arribat al

100%. Són operacions relativament senzilles, els temps operatoris són baixos i l'estada als Hospitals és mínima; moltes d'aquestes operacions es poden fer en règim ambulatori. No hi ha dubte de que actualment són les úniques vàlides, però no hem aconseguit solucionar el 100% dels casos; farà falta conèixer encara millor la fisiopatologia de la continència per dissenyar altres tècniques ja siguin quirúrgiques, ja siguin farmacològiques, ja siguin combinacions d'ambdues i arribar a solucionar un problema tant freqüent i a més responsable d'una mala qualitat de vida per moltes dones.

Finalment dos apunts de tècnica, el primer és que en els casos d'IUE amb deficiència esfinteriana intrínseca estaria indicada una tècnica de TVT i no una tècnica de TOT i el segon és que hem d'anar poc a poc en la introducció de noves varietats tècniques com poden ser les d'una sola incisió (TVT Secur).

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A.
Incontinence. Health Publication Ltd. 2009, Paris
- 2.- Pascual M^a A.
Epidemiología de la incontinencia y del prolapso genital. En Tratado de Uroginecología. Autores España M i Salinas J. Pág. 53-62. Ars Medica. Barcelona. 2004.
- 3.- España M, Brugulat P, Costa D, Medina A i Mompert A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Catalunya. Med Cli (Barc) 2009; 133 (18): 702-705.
- 4.- Ces Blanco JA, Liceras Miranda J.
Incontinencia urinaria en adolescentes y mujeres jóvenes nulíparas: hallazgos en un colectivo universitario. Suelo Pélvico 2006; 2 (3) : 73-84.
- 5.- Grau J, Arnau A, Estopiñà N, Roura P, Rovira R, Cayuela E.

Incontinencia urinaria y fecal en el postparto: incidencia y seguimiento de los casos. Póster al II Congreso Español de Suelo Pélvico. Vigo (Pontevedra). 2004.

6.- Solans Doménech M, Sánchez E, Espuña Pons M (Grup de Recerca de Sòl Pelvià, GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. *Obstet Gynecol*. 2010; 115: 618-628

7.- Iglesias X, Ordi J, Puig M, Ribas C, Espuña M.

Fascia endopélvica: La amiga del Ginecólogo. *Suelo Pélvico* 2008; 4 (1) : 3-8.

8.- Kelly HA, Dumm WM.

Urinary incontinence in women without manifest injury to the bladder. *Surg Gynecol Obstet* 1914; 18: 444-450.

9.- Burch JC.

Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 100: 764-774.

10.- Amaye-Obu FA, Drutz HP.

Surgical management of recurrent stress urinary incontinence : A 12 year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1296- 1309.

11.- Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE.

The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynecol Obstet* 1949; 88: 509-518.

12.- Pereyra AJ.

A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. *West J Surg Obstet Gynecol* 1959; 67: 223-226.

13.- Stamey TA.

Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 547-554.

14.- Iglesias X, Espuña M, Puig M, Davi E, Ribas C, Palau MJ.

Pubic bone anchoring devices for the surgical treatment of urinary stress incontinence in patients with severe genital prolapse. *Int Urogynecol J* 2002; 13: 314-318.

15.- ter Meulen PhH, Berghmans LCM, Nieman FHM, van Kerrebroek PhEVA:
Effects of Macroplastique ® implantation system for stress urinary incontinence and urethral hypermobility in women. *Int Urogynecol J* 2009; 20: 177-183.

16.- Kong WG, Vasavada SP.

Is injection therapy for stress urinary incontinence dead? Yes. *Urology* 2009; 73: 9-10.

17.- Céspedes RD, Serkin FB.

Is injection therapy for stress urinary incontinence dead? No. *Urology* 2009; 73: 11-13.

18.- Aldridge AH.

Transplantation of fascia lata for relief of urinary stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1942; 44: 398-411.

19.- Berdié C, Iglesias X, Espuña M, Puig M, Davi E.

Estudio preliminar comparativo entre dos técnicas de bandas para la corrección de la incontinencia de orina de esfuerzo. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Valencia. 2001.

20.- Iglesias X.

Fascia lata de donante en cirugía ginecológica. Congreso de la Asociación Española de Bancos de Tejidos. Granada 1999.

21.- Iglesias X.

Tratamiento quirúrgico de la IUE con cabestrillo. Curso de Postgraduados. Lloret de Mar. 2004.

22.- Albo ME, Richter HE, Brubaker L i 24 autors més.

Burch Colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med* 2007; 356: 2143-2155.

23.- Ulmsten U, Henrikson L, Johnson P, Vahros G.

An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for the treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996; 7: 81-85.

24.- Iglesias X,

I sling pubovaginale con accesso superiore SPARC. Congrès de la Societat Italiana d'Uroginecologia. Salsomaggiore (It lia). 2001.

25.- Delorme E.

Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog Urol 2001; 11: 1306-1313.

26.- De Leval J.

Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: Transobturator vaginal tape inside-out. Eur Urol 2003; 44: 724-730.

27.- Hinoul P, Vervest HAM, den Boon J, Venema PL, Lakeman MM, Milani AL, Roovers PWR.

A randomized controlled trial comparing an innovative single incision sling with an established transobturator sling to treat female stress urinary incontinence. J of Urol 2011; 185: 1356-1362.

28.- Barber MD, Weidner AC, Sokol AI, Amundsen CL, Jelovsek JE, Karram MM, Ellerkmann M, Rardin CHR, Iglesia CHB, Toggia M, for the Foundation for female health awareness research network.

Single incision mini-sling compared with TVT for the treatment of stress urinary incontinence. Obstet Gynecol 2012; 119: 328-337.

29.- Novara G, Artibani W, Barber MD, Chapple CHR, Constantini E, Ficarra V, Hilton P, Nilsson CG, Waltregny D.

Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data on Colposuspensions, Pubovaginal slings and Midurethral tapes in the surgical treatment of female stress incontinence. Eur Urol 2010; 58: 218-238.

30.- Iglesias X, Espuña M.

Surgical treatment of urinary stress incontinence using a method for postoperative adjustment of sling tension (REMEEEX system). Int Urogynecol J 2003; 14: 326-330.

31.- Costa P, Mottet N, Rabut B, Thuret B, Naoum KB, Wagner L.

The use of artificial urinary sphincter in women with type III incontinence and a negative Marshall test. J Urol 2001; 165: 1172-1176.

32.- Espuña M, Puig M, Iglesias X, Vanrell JA.

Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Indicaciones y evaluación de resultados. Prog Obstet Ginecol 2005;48 Spl.3: 35-46

33.- Álvarez Vijande R, Franco de Castro A, Espuña M, Iglesias X.

Complicaciones de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Diagnóstico y tratamientos posibles. Prog Obstet Ginecol 2005; 48 Supl 3: 85-94.

34.- Abdel-Fattah M, Ramsay I, Pringle S, Hardwick CH, Ali H, Young D, Mostafa A.

Evaluation of Transobturator Tension-free Vaginal Tapes in management of women with recurrent stress urinary incontinence. Urol 2011; 77: 1070-1075.

35.- Comiter CV.

Surgery insight: management of failed surgery for female stress urinary incontinence. Urol 2006; 3 (12): 666-674.

36.- Iglesias X.

Incontinència d'orina recidivada. Tècnica de Bandes. Ginecol Catalana 2000; 4: 162-164.

37.- Iglesias X.

Tratamiento quirúrgico de las recidivas en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Suelo Pélvico 2009; 5(2): 46-53.

38.- Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray CH, Thomas E, De Souza A, Hiscock R.

Three year follow up of TVT in women with stress urinary incontinence and Intrinsic Sphincter Deficiency. Obstet Gynecol 2012; 119: 321-327.

DISCURS DE RESPOSTA LLEGIT PER L'ACADÈMIC NUMERARI
JESÚS GONZÁLEZ-MERLO

Excel.lentíssim Sr.President
Molt il.lustres Senyores i Senyors Acadèmics
Senyores i senyors

Voldria agrair a la Junta Directiva d'aquesta Reial Acadèmia l'encàrreg de donar la benvinguda al nou acadèmic numerari el Professor Xavier Iglesias Guiu, que durant uns quants anys ha exercit com a membre corresponent d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, d'exposar la seva formació i els seus mèrits i de comentar el seu discurs. És per a mi un gran honor i una gran satisfacció.

Encara que anteriorment ja havíem tingut alguna trobada breu i superficial, podem dir que vaig conèixer realment en Xavier Iglesias Guiu fa 43 anys, quan vam iniciar la nostra amistat i el treball de col.laboració després de la meva arribada a Barcelona el dinou de març de mil nou-cents seixanta-nou. En aquells moments jo em vaig fer càrrec de la direcció de la Càtedra d'Obstetrícia i Ginecologia de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i del Departament Assistencial d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Clínic. Iglesias ha realitzat una excel.lent tasca tant assistencial com docent i d'investigació en aquests departaments i ha destacat clarament entre els nombrosos membres que els constituïen, participant molt eficaçment en la seva organització i perfeccionament.

Xavier Iglesias nació el 14 de septiembre de 1936 en Torregrosa, Pla d'Urgell, Lleida. Su abuelo y su padre fueron médicos, ambos estudiaron en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, ambos ejercieron su profesión en su ciudad natal y han ejercido siempre en Iglesias un estímulo de superación. Iglesias estudió medicina, siguiendo la tradición familiar, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona entre los años 1953 y 1960. Durante la carrera ingresó por oposición como alumno interno, en la Cátedra de Obstetricia y Ginecología, que dirigía el Prof. Emilio Gil Vernet, ya entonces tenía una destacada prioridad por esta disciplina.

Terminada la licenciatura de medicina, decidido a especializarse en Obstetricia y Ginecología, con grandes aspiraciones, completó su formación teórica y práctica en Obstetricia y Ginecología en Estados Unidos. Realizó un internado rotatorio en el Mount Sinai Hospital en Miami entre 1962 y 1963, y la residencia en Harlem Hospital Center, Columbia University en New York de 1963 a 1967.

En 1971 realizó el doctorado en la Universidad de Barcelona, con la calificación de Excelente Cum Laude.

A su regreso a Barcelona se incorporó a la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Barcelona y al Departamento Asistencial del Hospital Clínic que yo había ocupado como director en marzo de 1969.

Iglesias se integró muy bien, por su destacada personalidad y preparación, en el numeroso grupo de ginecólogos que constituían el Departamento y ha colaborado con gran número de ellos formando importantes grupos en docencia, asistencia y/o investigación en sus distintos puestos de trabajo. Allí Iglesias ha realizado una magnífica labor, primero como Profesor Agregado y posteriormente como Catedrático y Director del Departamento Asistencial del Hospital Clínic, en su triple faceta de asistencia, docencia e investigación.

Durante un corto periodo de tiempo Iglesias, nombrado Profesor Agregado, se trasladó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, donde realizó actividad docente y de investigación. Pero pronto regresó de nuevo a la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y el Hospital Clínic.

Iglesias fue nombrado además Vicedecano en el equipo del Dr. Corbella, en nuestra Facultad de Medicina, y Vicerrector en el equipo del Rector Badia y Margarit en la Universidad de Barcelona, y colaboró eficazmente en estos puestos y en la puesta en marcha de las Universidades Rovira i Virgili y de Lleida.

A la vuelta a España, Iglesias ha mantenido a lo largo de todo este tiempo, buenas relaciones de amistad y científicas con diversos científicos americanos, entre ellos el Dr. Donald Swartz, el Dr. Kermit Krantz, defensor de la operación de Marshall, Marchetti, Krantz y el Dr. Félix Rutledge con el MD Anderson Hospital y Cancer Institut de Houston en Texas.

Aunque en principio, le agradaba la Obstetricia y se dedicaba preferentemente a ella, como demuestra el contenido de su tesis doctoral, posteriormente fue nombrado presidente de la Sección de Planificación Familiar de la Academia de Ciencias Médicas, donde realizó una gran labor. Es interesante destacar que la actividad de Iglesias se realizó fundamentalmente en tres áreas: Ginecología Oncológica, Cirugía vaginal y Patología del suelo pélvico.

Ha publicado 156 trabajos en revistas nacionales e internacionales, 60 capítulos en libros y dirigido 14 tesis doctorales.

Durante un largo periodo de tiempo, Iglesias ha sido Presidente de la Sección de Oncología Ginecológica de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Son muchos sus trabajos publicados sobre Oncología. Quisiera mencionar sus trabajos sobre “Infusión intraarterial de quimioterapia” e “Infusión intralinfática de

quimioterapia” publicados en revistas internacionales como “European Journal of Gynecological Oncology” y el “Cancer”.

En los últimos años, la actividad de Iglesias se ha centrado fundamentalmente en el suelo pélvico y la vía quirúrgica vaginal. Ha sido nombrado Presidente de la Sección de suelo pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Ha escrito numerosos trabajos sobre estos temas. Ha insistido en la gran importancia de la vía vaginal como vía de acceso para el tratamiento quirúrgico en Ginecología. Ha considerado la histerectomía vaginal, como la propia del ginecólogo y la fascia endopelviana como la amiga de los ginecólogos. Ha recomendado el empleo de mallas reabsorbibles en la plastia vaginal posterior y el empleo de suturas mecánicas.

En los últimos años, sin duda, el tema que más interés ha despertado en Iglesias es “la incontinencia urinaria en la mujer”. Ha realizado sobre este tema múltiples trabajos; quisiera destacar entre ellos el “Documento de Consenso sobre Incontinencia Urinaria en la mujer” realizado por el Grupo de Estudio del Suelo Pelviano en la mujer. En la presentación de este documento, Iglesias como coordinador del Grupo de Estudio del Suelo Pelviano (GESP), escribe: “La demanda por parte de las mujeres de soluciones para la incontinencia de urinaria crece día a día; asimismo la implicación del ginecólogo en el diagnóstico y el tratamiento y en la prevención de esta disfunción es cada día mayor, de ahí la necesidad de disponer de información de calidad sintetizada y actualizada”.

Después de lo expuesto hasta aquí, se desprende la importancia del tema elegido por Xavier Iglesias en su intervención en el acto del ingreso como académico numerario.

El contenido del discurso pronunciado por el Prof.Iglesias tiene para mi un gran valor por dos motivos fundamentales:

En primer lugar, porque Iglesias ha demostrado en los últimos años, un gran interés por el suelo pelviano y la incontinencia urinaria y publicado numerosos trabajos analizando sus principales aspectos y comunicando su experiencia personal sobre estos temas.

En segundo término, por la elevada prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer. Las estadísticas varían ampliamente, como se ha comprobado en los distintos países y en los distintos trabajos, pero siempre son muy elevadas. En una amplia revisión se encontró que la prevalencia en la mayoría de los estudios oscilaba entre el 25 y el 45%.

Se analiza detalladamente la prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer en distintas áreas geográficas, pero fundamentalmente se considera Cataluña, en donde estudios recientes de Iglesias y su grupo encuentran una prevalencia del 12,0% de las mujeres entre los 45 y 64 años y del 26,6% entre 65 y 74 años. La edad es, sin duda, el factor más importante para valorar la prevalencia de la incontinencia urinaria de la mujer.

Aunque en la exposición sólo se trata la incontinencia urinaria de esfuerzo, existen otras variedades más de incontinencia como la incontinencia de urgencia, la incontinencia urinaria mixta, la incontinencia por rebosamiento y la incontinencia urinaria continua.

En los últimos años se han propuesto numerosas técnicas para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, y aunque la técnica quirúrgica empleada correctamente es el principal factor que condiciona el éxito, existen otros factores que también pueden influir en el resultado, como el material utilizado (tejidos propios o sintéticos), diagnóstico correcto, estado de los tejidos (denervación por operaciones anteriores), exceso de peso, tos crónica, etc.

En el discurso se analizan detalladamente las ventajas y los inconvenientes de las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer apoyándose fundamentalmente en su experiencia personal: la colporrafia anterior, colposuspensión retropúbica abierta o laparoscópica, operación de Marshall-Marquetti-Kranz (MMK), suspensión con agujas, anclaje óseo, plastia paravaginal, inyecciones periuretrales, cabestrillo (banda en la unión uretrovesical), bandas sintéticas libres de tensión, sistemas de regulación externa postoperatoria, esfínter artificial. En cada una de estas técnicas, se hace un breve resumen de sus antecedentes históricos, se expone la técnica quirúrgica que la identifica y se analiza detalladamente si tiene alguna ventaja o desventaja sobre el resto de las técnicas enumeradas y se concluye exponiendo sus indicaciones y contraindicaciones, teniendo en cuenta sus posibles complicaciones. A continuación también se describe detalladamente las posibles complicaciones de las diferentes técnicas quirúrgicas de la incontinencia urinaria de esfuerzo; así como también de los fracasos de estas intervenciones o recidivas.

Se concluye que según su experiencia el tratamiento de elección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer son las técnicas de Bandas libres de tensión con ellas se obtiene una mejor continencia que con la colposuspensión, aunque tienen un riesgo más alto de complicaciones intraoperatorias. Las técnicas de bandas libres de tensión y las de cabestrillos tienen una eficacia semejante, pero esta última tiene un índice más alto de síntomas del tracto urinario inferior. Con las modificaciones del Trans Obturator Tape (TOT) tienen un riesgo más bajo de perforaciones vesicales, vaginales y síntomas del tracto urinario inferior que la TVT.

Estas técnicas consiguen un efecto terapéutico de curación del 85 al 90% de los casos. Actualmente, por tanto, con las técnicas descritas no se consigue el 100% de curación y se plantea que hacer con estas recidivas.

Se investiga, en la actualidad, la eficacia del tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, con la administración de duloxetina, que es un inhibidor combinado de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Sin embargo este tratamiento no se ha introducido en la terapia de la incontinencia, porque la duloxetina, al parecer, tiene una acción desfavorable sobre el hígado.

Después de lo expuesto hasta aquí, la elevada prevalencia y el tratamiento quirúrgico, no puede extrañar que se haya planteado el análisis social y económico de las disfunciones del suelo pelviano en algunos trabajos, analizando preferentemente los costes sanitarios y la efectividad de los procedimientos quirúrgicos empleados.

Finalmente, como hemos expuesto hasta aquí, sobre la formación y actividad en las tres ramas de medicina, asistencia, docencia e investigación en los cargos hospitalarios y universitarios desempeñados, el Profesor Xavier Iglesias Guiu posee los méritos necesarios para ser nombrado académico numerario de esta Real Academia de Medicina, por ello, además de felicitarle, ruego al Excelentísimo Señor Presidente que le imponga la medalla correspondiente y le haga entrega del diploma que le acredita como miembro numerario de esta Real Academia de Medicina.

Muchas gracias.