

Técnica de Sling masculino

Male sling technique

Prof. Dr. Víctor Salomón
Romano

La incontinencia post-prostatectomía radical o adenomectomía cuando es moderada a severa ocasiona una intolerable alteración en la calidad de vida de los pacientes y con frecuencia requiere de un tratamiento quirúrgico para intentar controlarla. Existen medidas conservadoras para su manejo y de hecho ayudan a algunos pacientes, tales como el uso de colectores externos, clamp penneanos o bien el uso de pañales de alta capacidad de absorción. Las inyecciones parauretrales de substancias para provocar coaptación (colágeno, carbón, etc.) si bien son mínimamente invasivas, no han resultado útiles en más allá del 8% de los pacientes en el largo plazo. El estándar de oro en el tratamiento quirúrgico es el esfínter urinario artificial, que consigue muy buenos resultados a largo plazo (60 al 80% de cura/mejoría), aunque no sin un porcentaje significativo de reoperaciones y recambios para mantener su funcionamiento.

En los últimos 5 años una nueva expectativa se ha despertado con las operaciones de compresión bulbouretral, ya sea a nivel perineal con fijación a los huesos pubianos con tornillos o bien con el paso de agujas para la suspensión del sling de la pared abdominal. A diferencia de lo que ocurre en la incontinencia de esfuerzo femenina donde los sling funcionan sin tensión, en la incontinencia masculina los slings requieren de la tensión para comprimir y coaptar la uretra y por consiguiente el ajuste para lograrla es un desafío técnico, ya que debe darse la posibilidad de regularla (ajuste y desajuste) consiguiendo la menor compresión posible para evitar la incontinencia y permitir la micción espontánea evitando la obstrucción, la erosión y el dolor. En el presente trabajo se expone la técnica por nosotros empleada para la colocación de un sling que permite esta regulación, así como los parámetros recomendados para su eficaz realización.



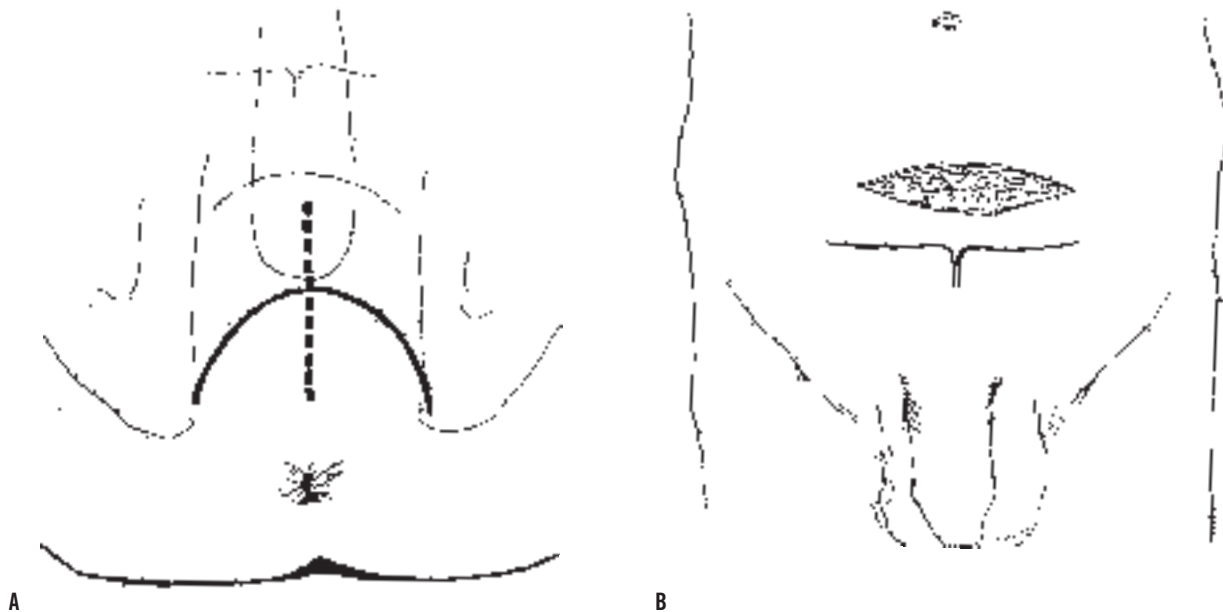
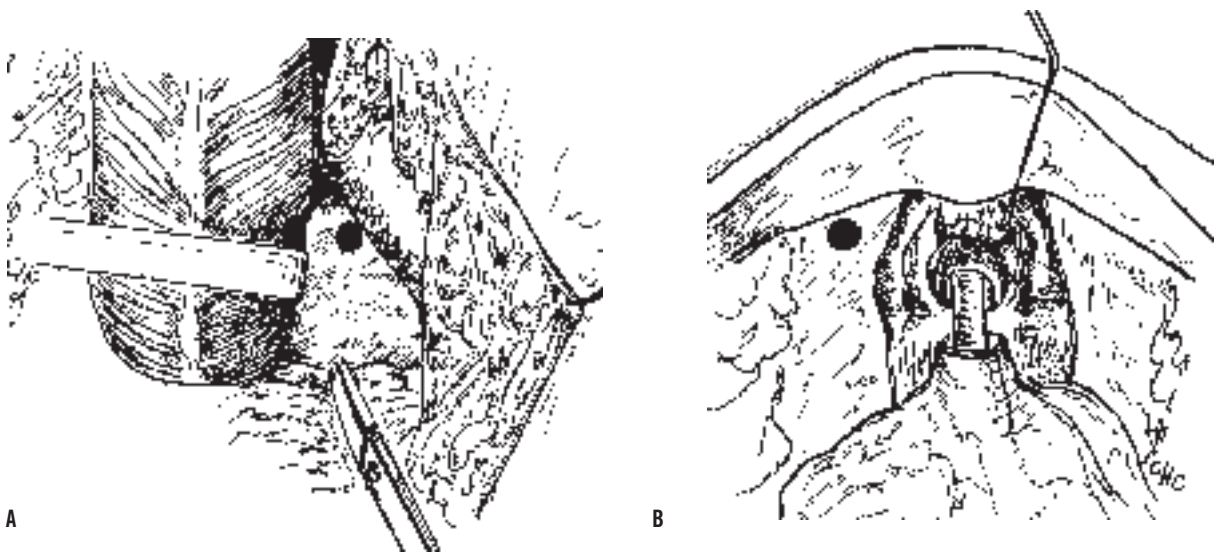


Figura 1. A. El centro de la incisión perineal (10 cm) es el borde inferior del pubis B. Incisión suprapúbica (5 cm) hasta la aponeurosis de los rectos sin lesionarla.



Figura 2. Disección aguda a ambos lados del bulbo uretral manteniendo el músculo bulbocavernoso en su lugar hasta alcanzar en profundidad la hoja superficial de la aponeurosis perineal. Límite externo: la crura con el músculo isquio cavernoso límite inferior: los músculos transversos que no se visualizan. (Modificado de Campbell's Urology, Sixth Edition, Saunders).



Figuras 3. A. Límites del triángulo disecado y sitio de la punción (marcado con un círculo negro) (vista perineal): al ras de la rama isquio pubiana desplazando la uretra hacia medial. Bulbo uretral, crura y músculos transversos (no se visualizan). B. En un esquema de una prostatectomía radical, tan habitual anatómicamente para los urologos, el paso de la aguja por el espacio retropúbico rasando la cara posterior del hueso se vería a la altura del círculo negro.

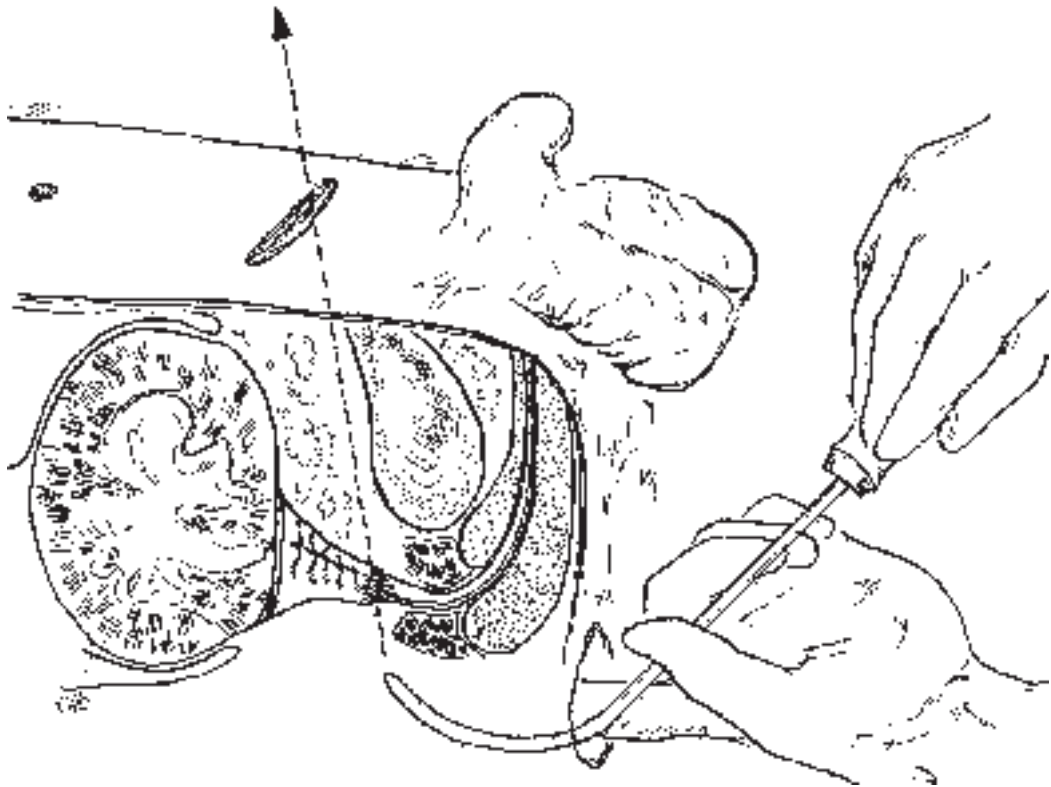


Figura 4. Recorrido de la aguja: inserción anteroposterior y luego del paso de la aponeurosis, fuerte cambio de dirección ascendente retropubiana donde el dedo protege y desplaza la uretra (contralateral).

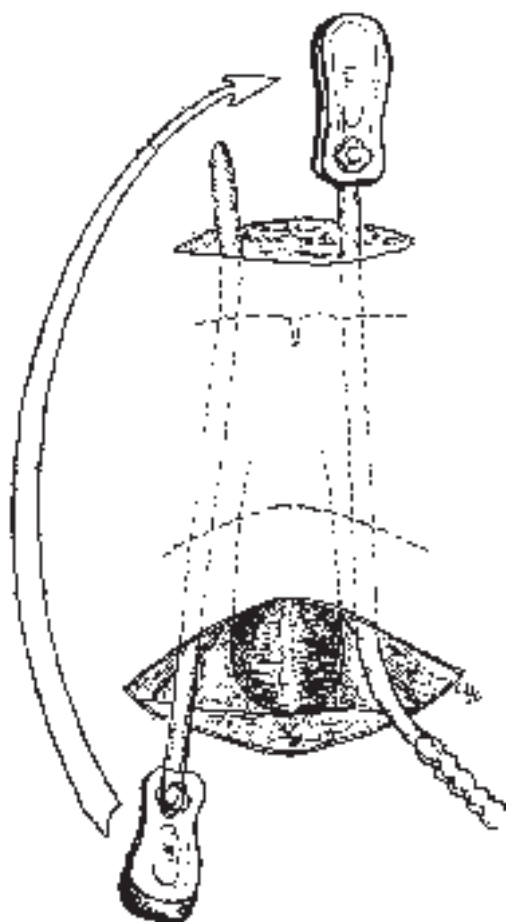


Figura 5. Luego del paso de las agujas, se cambian los mangos al extremo de las agujas en el abdomen. Bajo control endoscópico comprobando la indemnidad uretrovesical se arrastra de las columnas del sling desde el periné a la región suprapúbica.

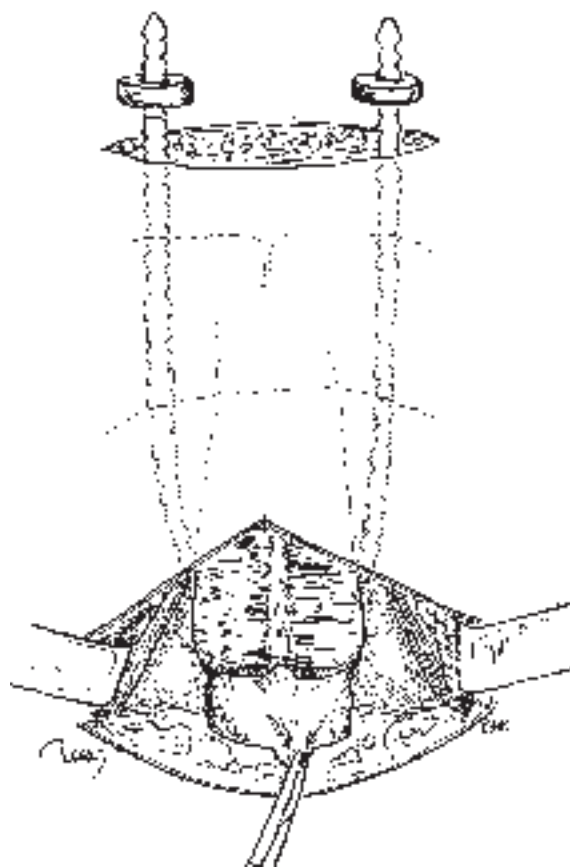


Figura 6. Se alinea el sling para una compresión uretral simétrica traccionando de uno y otro lado y se descienden las arandelas hasta la aponeurosis sin ajustar aún.

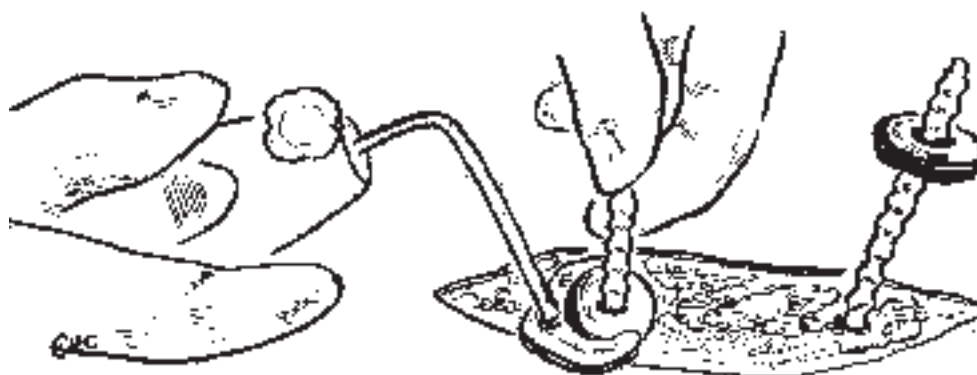


Figura 7. Ajuste de las arandelas como a cono con la ayuda de instrumental ad hoc.

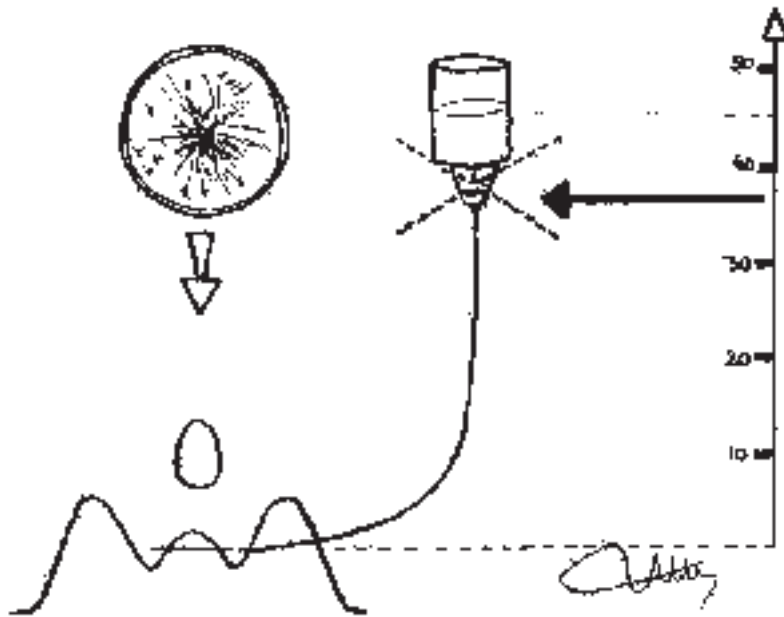


Figura 8. El ajuste se regula por visión endoscópica que comprueba el sitio y la calidad de la coaptación uretral, mientras el borde superior del frasco que contiene el agua de irrigación se mantiene a la altura/presión deseada: 35 a 40 cm de agua con el 0 en el pubis.

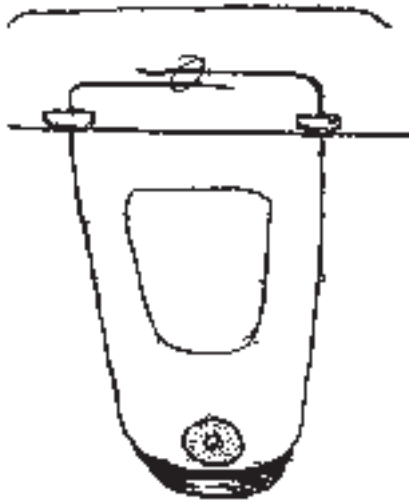


Figura 9. Las columnas son cruzadas en la línea media y solidarizadas con una sutura a los fines de localizarlas fácilmente en caso de reajustes ulteriores.

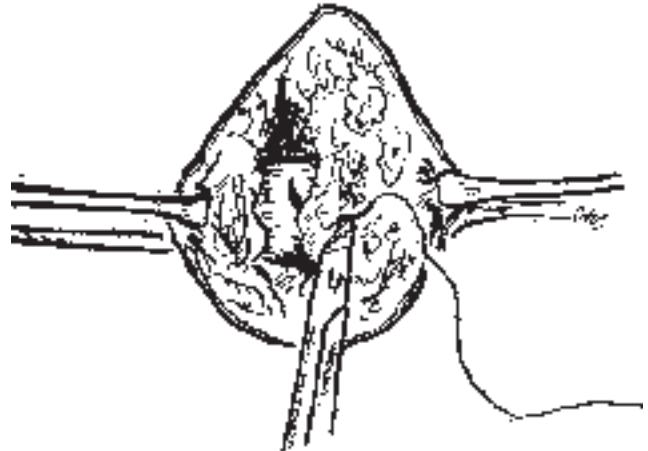


Figura 10. Cierre de los planos celulares en varias capas para cubrir ambas partes del sling (perineal y suprapúbica se realiza un lavado abundante y frecuente con solución de gentamicina durante toda la operación).