

Sling mediouretral transobturatriz: estudio observacional retrospectivo comparativo sobre el uso de malla de polipropileno hecha a mano *versus* kit industrial

Tristant V¹, Morini N², Ayul N³, Blanco C⁴, Díaz E⁵, Melgarejo G⁶, Cura G⁷

Resumen

La incontinencia de orina es un síntomas frecuente en la mujer adulta. Afecta a un gran porcentaje de la población, siendo este un problema de salud infradiagnosticado. Existen dos grandes variantes, como son la incontinencia de orina por esfuerzo (IOE) y la incontinencia por urgencia (IOU). Es el tratamiento de la IOE lo que motiva el presente estudio. Se realizó un estudio observacional retrospectivo que compara los resultados obtenidos de las diferentes técnicas quirúrgicas, siendo estas el uso de kit comercial vs. malla de polipropileno. Las mallas de kit comercial y las realizadas artesanalmente

han demostrado ser similares en cuanto a tasas de curación, independientemente del material utilizado, al igual que en la literatura internacional. Si bien la tasa de complicaciones parece ser mayor en las mallas creadas de manera artesanal.

Palabras Clave: incontinencia urinaria, sling mediouretral, incontinencia urinaria al esfuerzo, mallas para incontinencia ureteral.

Abstract

Urinary incontinence is a frequent symptom in adult woman. This symptom affects an important part of the population, and many times is an underdiagnosed pathology. There are two types of urinary incontinence: stress incontinency and urgency incontinence. We developed a retrospective observational study that compares the results between the different surgery techniques, that includes

1. Médico Ginecólogo
2. Médico Ginecólogo
3. Médica residente de ginecología en Hospital Policial. Montevideo, Uruguay
4. Médico Ginecólogo
5. Médico Ginecólogo. Ex asistente de Clínica Ginecológica B del Hospital de Clínicas
6. Médico Ginecólogo. Especialista en Piso pélvico.
7. Médico Ginecólogo. Especialista en Piso pélvico.

Correspondencia: vatri_21@hotmail.com

Recibido: 15/6/2021. Aceptado: 20/7/2021

the technique with the commercial kit versus confectioned by the surgeon propylene sling. The commercial kit and the confectioned by the surgeon sling had demonstrated similar results in rates of curation for urinary stress incontinence, this result was independent of the material used in the surgery. These results were similar to the reported in international studies. Despite this finding, the complication rates seem to be higher in the confectioned by the surgeon group.

Key words: urinary incontinence, mediouretral sling, stress urinary incontinence, slings for urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) fue reconocida en 1998 por la OMS como una enfermedad, para aumentar la conciencia de la misma. A pesar de la gran evolución en el área de la ginecología, la IU sigue siendo un problema real para muchas mujeres en todo el mundo.

La IU es un síntoma común que puede afectar a mujeres de todas las edades, con una amplia gama de severidad y naturaleza.¹

Aunque rara vez pone en peligro la vida, la incontinencia puede influir seriamente en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer afectada generando también gran impacto en las familias y sus cuidadores.¹

La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial.^{2,3}

Afecta aproximadamente al 25% de las mujeres de entre 14 y 21 años, 44% a 57% de las mujeres de mediana edad y posmenopáusicas (de 40 a 60 años) y 75% en mujeres de edad avanzada (edad \geq 75 años).^{1,4}

A pesar de ser un problema tan extendido, el grupo de individuos que busca un tratamiento médico es pequeño. Mucha gente acepta la IU como un aspecto más de su vida cotidiana y no se plantea la necesidad de solicitar asistencia médica.

Debemos tener conciencia que además de la reticencia de las pacientes a admitir que presentan incontinencia urinaria, hay que tener en cuenta que la falta de formación médica adecuada en este campo del personal sanitario constituye un obstáculo para diagnosticar y tratar correctamente la enfermedad. En consecuencia, se trata de un problema inframanifestado por los afectados e infradiagnosticado por los equipos de salud.⁵

Sería factible, desde la atención primaria, aumentar la captación de las pacientes afectadas incluyendo de forma estandarizada una pregunta sobre IU en la anamnesis. Es imprescindible el involucramiento de todo el personal sanitario en la captación de pacientes y en la prevención de la enfermedad.⁶

El costo de gestión y tratamiento de una IU parece haber aumentado con el tiempo debido al aumento de la prevalencia y a un mayor deseo de mejorar la calidad de vida, así como un mayor uso de tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos.⁷

OBJETIVOS

- 1) Analizar los resultados de la cirugía de la IU de esfuerzo femenina (IUE) mediante colocación de cinta mediouretral transobturatriz *outside-in* libres de tensión (TOT).
- 2) Comparar la efectividad y la seguridad de las sling de malla de polipropileno de kit comerciales vs. las realizadas artesanalmente.

3) Clasificar complicaciones halladas según sistema estandarizado de IUGA /ICS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, descriptivo e inferencial de una serie de 125 pacientes intervenidas mediante técnica TOT libre de tensión, en el período comprendido entre los años 2010 y 2018 en el Hospital Policial y una institución privada de Montevideo.

Las cirugías fueron desarrolladas o supervisadas por el mismo cirujano en ambos lugares. La técnica libre de tensión se realizó mediante colocación de bujía de Hegar número 8 en la uretra y manteniéndose la distancia de una bujía número 4 entre la malla y la fascia.

A pesar de la diferencia entre las mallas, se realizó la misma técnica quirúrgica en ambos grupos y en ambos grupos se indicó profilaxis antibiótica con cefazolina 2 g i.v.

Se recabaron los datos de las historias de las 125 pacientes con una planilla preestablecida con las variables de interés, previa solicitud de autorización en los comités de ética de cada institución.

Para su inclusión, las pacientes debieron presentar incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta confirmada clínicamente y/o por estudio urodinámico, y haber sido operadas según la técnica de Sling mediouretral transobturatriz.

Las variables a buscar fueron:

- edad;
- antecedente de cirugías ginecológicas;
- número de partos vaginales;
- incontinencia de orina clínica;
- patología genital asociada: presencia de prolapso de órganos pélvicos (POP);
- cirugía realizada;
- tipo de malla utilizada kit comercial o he-

cha por manos del cirujano (*self-fashioned* o industrial);

- evolución clínica de incontinencia de orina (cura, persistencia o fracaso y recidiva);
- complicaciones postoperatorias y mediano y largo plazo.

Fueron excluidas de la revisión las historias de pacientes fallecidas y pacientes que se dieron de baja del servicio de asistencia médica para asistirse en otra institución.

RESULTADOS

El análisis retrospectivo incluyó la revisión de 125 historias clínicas, con un seguimiento mínimo de 12 meses.

Los datos se separaron en dos grupos, un grupo pacientes a las que se les colocó sling de kit comercial (proporcionado por prestador social o subvencionado por la paciente misma) y otro a las que se les colocó sling realizadas artesanalmente (pacientes a las que el prestador de salud no se los proporcionaba y no podían costear el kit industrial)

Ambos tipos fueron sling macroporo de polipropileno monofilamento.

El grupo 1 fue el grupo que se le colocó malla proveniente de un kit comercial y el grupo 2 fue el que presentaba malla realizada artesanalmente (malla de polipropileno de 1cm X 30cm)

El grupo con malla de kit comercial que presenta 57 pacientes presentaba una media de edad de 54 y rango de entre 36 y 72 años.

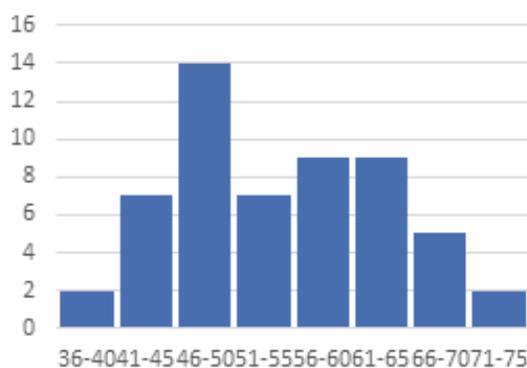
El grupo con malla artesanal constituido por 68 pacientes, tenía una media de edad de 57 años y un rango de los 35 años a los 78 años.

Para analizar si los grupos de pacientes son "comparables" en cuanto a la edad y el

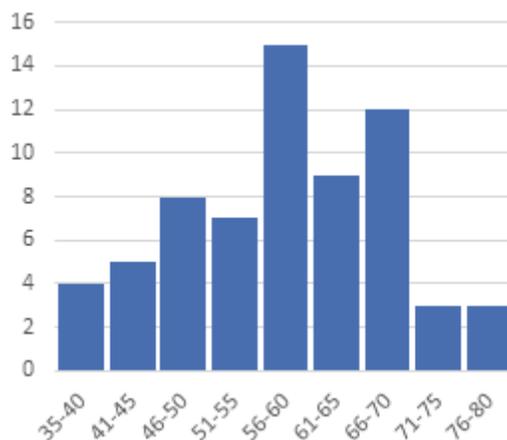
Tabla 1.
Media de edad y número de partos

| | Malla | Media (DE) | P |
|------------------|---------|-------------|------|
| Edad | Grupo 1 | 54,3 (9,3) | 0,06 |
| | Grupo 2 | 57,6 (10,1) | |
| Número de partos | Grupo 1 | 3,2 (1,9) | 0,12 |
| | Grupo 2 | 2,7 (1,5) | |

Figura 1.
Distribución por edad, por grupos



Distribución por edad.
Grupo 1. Malla kit comercial



Distribución por edad.
Grupo 2. Malla artesanal

número de partos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes.

Como resultado se obtuvo que no existen diferencias entre las pacientes con malla del kit comercial y pacientes con malla artesanal en términos de edad ($p=0,06$) y número de partos ($p=0,12$). (Tabla 1, figura 1).

Con relación al POP se analizó mediante la prueba de chi cuadrado si el porcentaje de mujeres que tuvieron POP es comparable en ambos grupos.

El resultado fue no significativo ($p=0,21$), es decir que el porcentaje de mujeres con POP es estadísticamente igual en ambos grupos de malla. (Tabla 2, figura 2).

En el grupo de malla "kit comercial" 10 pacientes se les realizó solo TOT, las restantes

también se les realizó cirugía reparadora de prolapso.

En el grupo de malla realizadas artesanalmente, solo 7 pacientes fueron intervenidas exclusivamente según TOT, a las 61 restantes se les hizo otra cirugía reparadora.

Con el fin de estudiar si existe asociación en la persistencia, recidiva o algún tipo de complicación y si hubo que realizar extracción/demolición de la malla, con el tipo de malla utilizada, se usó la prueba de asociación chi cuadrado.

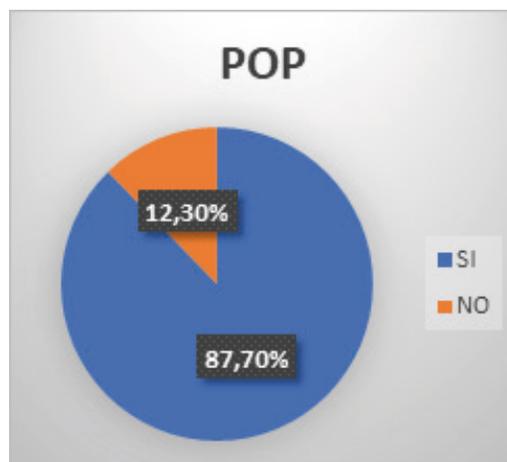
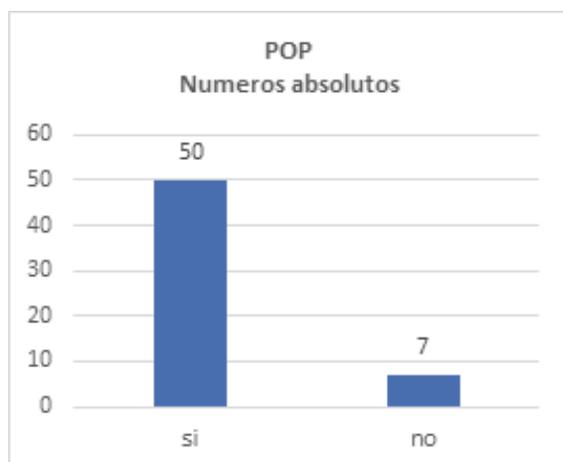
En los casos en los que el recuento de casos en alguna de las categorías fue menor a cinco se usó la prueba exacta de Fisher.

En cuanto a la curación, ambas técnicas mostraron buenos resultados, teniendo ta-

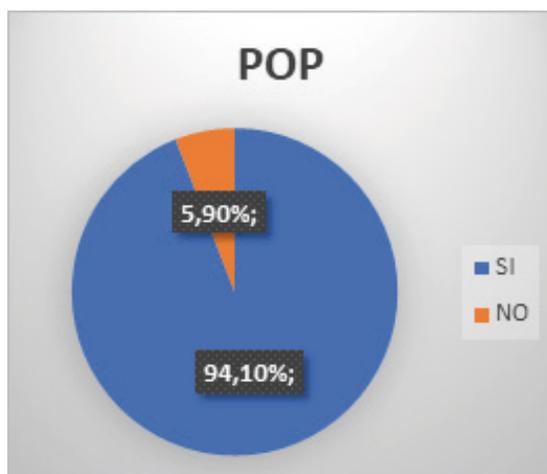
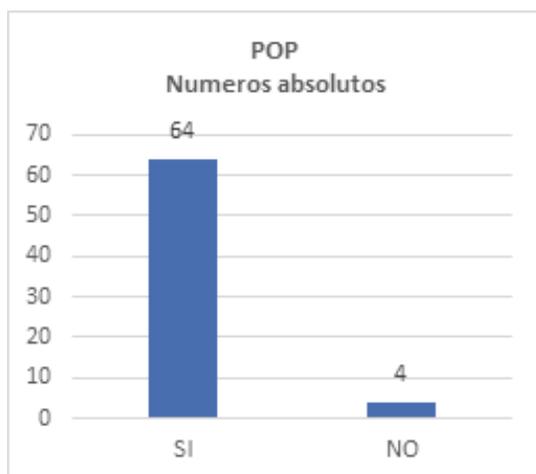
Tabla 2.
Porcentaje de pacientes que tuvieron POP

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | | P |
|-----|---------|------|---------|------|------|
| POP | N50 | 87,7 | N64 | 94,1 | 0,21 |

Figura 2.
Porcentaje de pacientes que tuvieron POP



Grupo 1. Malla kit comercial



Grupo 2. Malla artesanal

sas globales de continencia de 89,5% e individuales 91,2% (52 pacientes) para grupo del kit comercial y de 88,2% (60 pacientes) para el grupo de malla artesanal.

El porcentaje de persistencia de la incontinencia de orina fue de 8,8% para el grupo del kit comercial y de 11,8% para el grupo de

malla artesanal, con un valor $p = 0,59$, por lo que es independiente del tipo de malla utilizada.

Evaluamos la continencia postoperatoria, considerando a las pacientes curadas si presentaban continencia total luego de 12 meses de operadas y como fracaso o persisten-

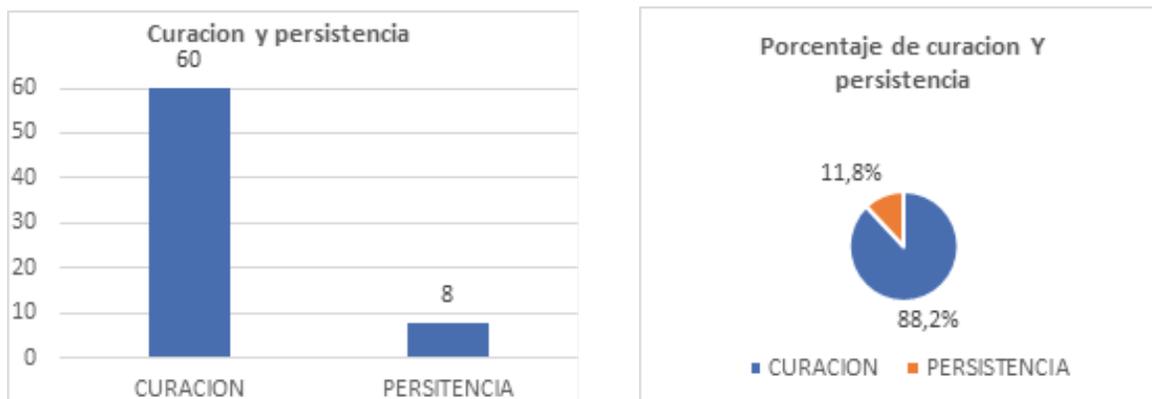
Tabla 3.
Porcentaje de pacientes que presentó persistencia

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | | P |
|--------------|---------|-------|---------|-------|------|
| Persistencia | N5 | 8,8% | N8 | 11,8% | 0,59 |
| Curación | N52 | 91,2% | N60 | 88,2% | |

Figura 3.
Porcentaje de pacientes que presentó persistencia



Grupo 1. Malla kit comercial



Grupo 2. Malla artesanal

cia de cualquier tipo de pérdida involuntaria con el esfuerzo, independientemente de su severidad. La continencia era evaluada clínicamente mediante la anamnesis y examen físico. (Tabla 3, figura 3).

Se registraron 6 en el grupo 1 y 4 recidivas en pacientes del grupo 2 y se definió recidiva a la reaparición de IOE luego de los 12 meses post tratamiento libre de la misma. También se concluyó que la recidiva es indepen-

diente del tipo de malla utilizada, con un valor p de 0,34. (Tabla 4).

En cuanto a las complicaciones: no ocurrieron complicaciones post operatorias inmediatas o mediatas como sangrados, hematomas o infecciones de la herida operatoria.

La complicación temprana consignada fue la retención aguda de orina (RAO) y las tardías fueron dispareunia, dolor, extrusión

Figura 3. (Cont.)
Porcentaje de pacientes que presentó persistencia

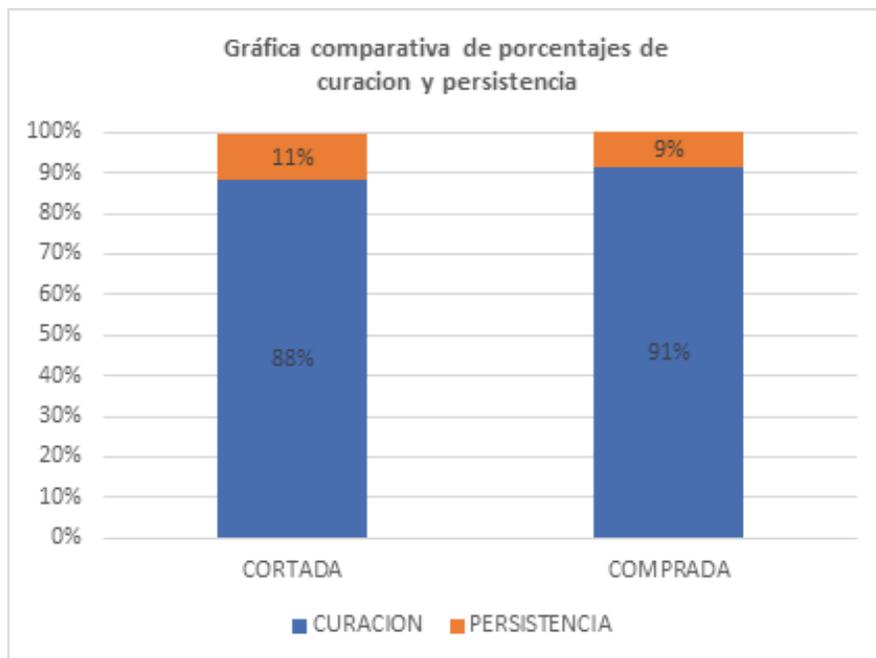


Tabla 4.
Porcentaje de pacientes que tuvieron recidiva

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | | P |
|----------|---------|-------|---------|------|------|
| Recidiva | N6 | 10,5% | N4 | 5,9% | 0,34 |

a vagina, extrusión a vejiga, incontinencia de orina de novo, infecciones urinarias a repetición (ITU) y retención crónica de orina. (Tabla 5, figura 4).

Según el análisis estadístico realizado no hay diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones en los grupos estudiados.

La dispareunia y el dolor fueron más frecuentes en números absolutos en el grupo de la malla realizada artesanalmente.

En ambos grupos hubo extrusiones a vagina, 5 mallas en cada uno, se constató una extrusión a vejiga en cada grupo también. Las complicaciones exposición y extrusión fueron agrupadas en una misma categoría.

Incontinencia de urgencia de novo se observó en 5 pacientes (9%) y 1 paciente (2%) para grupos 1 (kit comercial) y 2 (artesanal) respectivamente.

En cuanto a las ITU a repetición, las mismas fueron más frecuentes en el grupo kit comercial, tres pacientes para este grupo y dos pacientes para el grupo de malla artesanal. El diagnóstico de infección urinaria se realizaba con urocultivo positivo en pacientes que relataban síntomas de síndrome urinario.

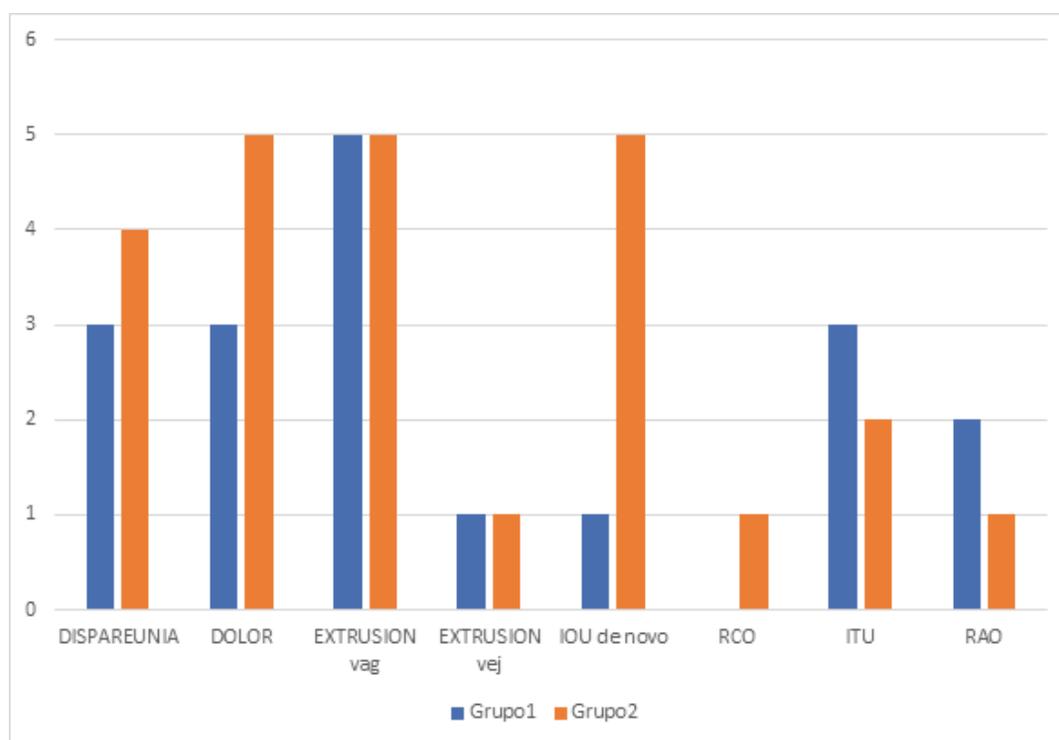
Retención aguda de orina se constató en el postoperatorio inmediato en dos pacientes en el grupo 1 y una paciente del grupo 2 y tales casos se resolvieron con sonda vesical en las primeras dos semanas. La sonda vesical se deja rutinariamente 24 horas en el post operatorio.

Los síntomas obstructivos a largo plazo (RCO) no ocurrieron en las pacientes a quienes se les aplicó kit industrial y si los presentó una paciente a la que se le colocó malla artesanal, por lo que no se analizó si existían.

Tabla 5.
Complicaciones

| | N | Grupo 1 | N | Grupo 2 | P |
|------------------|---|---------|---|---------|------|
| Dispareunia | 3 | 5,3% | 4 | 5,9% | 0,88 |
| Dolor | 3 | 5,3% | 6 | 8,8% | 0,44 |
| Extrusión vagina | 5 | 8,8% | 5 | 7,4% | 0,77 |
| Extrusión vejiga | 1 | 1,8% | 1 | 1,5% | 0,90 |
| IOU novo | 1 | 1,8% | 5 | 7,4% | 0,15 |
| ITU repetición | 3 | 5,3% | 2 | 2,9% | 0,51 |
| RAO | 2 | 3,5% | 1 | 1,5% | 0,46 |

Figura 4.
Comparación de complicaciones



te asociación entre el tipo de malla y dicha complicación.

En cuanto a las mallas extraídas, las mismas fueron 7 de 9 complicadas en el grupo 1 y 9 de 10 complicadas en el grupo 2. (Tabla 6).

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria es un importante problema de salud pública. Varias técnicas quirúrgicas se han utilizado históricamente,

pero las slings de malla han ganado aceptación mundial ya que es altamente efectiva, tiene una técnica sencilla y con bajas tasas de complicaciones. La TOT tiene altas tasas de éxito mientras que ofrece bajas tasas de complicaciones.^{1,2,3,7}

En este estudio el tratamiento con mallas fue altamente efectivo y seguro, con buenos resultados para ambas técnicas, teniendo tasas globales de continencia de 89,5% e individuales 91,2% para grupo del kit comercial

Tabla 6.
Mallas extraídas

| | N | Grupo 1 | N | Grupo 2 | P |
|-----------------------|---|---------|---|---------|------|
| Extracción/Demolición | 7 | 12,3% | 9 | 13,2% | 0,93 |

CLASIFICACION IUGA /ICS.⁽⁶⁾

| Grupo 1. Kit comercial | | | |
|------------------------|---|-----------|----------|
| Paciente | Descripción de la complicación | Código | Código |
| 17 | Dolor vaginal espontáneo a los 3 años y 11 meses | 1Be T3 S | |
| 18 | Dolor vaginal espontáneo a los 6 meses, dispareunia y extrusión a vagina, comisura derecha e izquierda, menor a 1 cm a los 10 meses | 1Be T2 S2 | 2Be T3 S |
| 42 | Extrusión menor a 1 cm a los 5 años y 5 meses | 2B T3 S | |
| 46 | Dispareunia al año y 6 meses, extrusión a vejiga y al año y 11 meses | 1Bc T3 | 4B T3 S3 |
| 47 | Extrusión a vagina a los 4 años y 4 meses en comisura izquierda, menor a 1 cm | 2B T3 S2 | |
| 50 720583 | Dolor vaginal comisura derecha al año de la cirugía | 1B T3 S2 | |
| 52 762219 | Extrusión de malla a vagina, línea media, a los 2 años y 10 meses | 2B T3 S1 | |
| 56 | Dispareunia y extrusión menor a 1 cm en comisura izquierda a los 7 meses | 2Bc T3 S2 | |

| Grupo 2. Malla artesanal | | | |
|--------------------------|---|-----------|-----------|
| Paciente | Descripción de la complicación | Código | Código |
| 29 | Dolor espontáneo al mes de la colocación de la prótesis, en el trayecto de la malla. | 1Be T2 S1 | |
| 30 | Dolor vaginal y extrusión a los 3 años y un mes, en comisura izquierda. Dispareunia a los 3 años y 11 meses | 2B T3 S2 | 2Bc T3 S1 |
| 39 | Dolor vaginal a izquierda con las RRSS a los 8 meses de cirugía. Extrusión a vejiga, a los 2 años y 11 meses | 1Bc T3 S2 | 4B T3 S3 |
| 48 91556 | Extrusión de malla a vagina en comisura izquierda, menor a 1 cm, al año y 5 meses | 2B T3 S2 | |
| 57 8038 | Extrusión a vagina menor a 1 cm constatada al examen al mes de operada. Sector lateral derecho | 2A T2 S2 | |
| 59 799426 | RCO a los dos años y un mes que requirió cateterismo, dispareunia a los 3 años y un mes. Infecciones urinarias repetición | 4B T3 S3 | 1Bc T3 S1 |
| 60 706685 | Extrusión a vagina menor a 1 cm, comisura izquierda, a diez meses de operada. ITU a repetición | 2A T3 S2 | |
| 61 723492 | Dolor espontáneo al mes de colocación de la malla, en inserción de totalidad de la misma | 1Be T2 S1 | |
| 62 24896 | Al examen extrusión a vagina menor a 1 cm a los 11 meses de la intervención en comisura derecha. IOE nuevamente | 2A T3 S2 | |
| 64 787878 | Dolor vaginal espontáneo en trayecto de la malla a los 4 años de operada | 1Be T3 S1 | |

y de 88,2% para el grupo de malla artesanal.

En lo que refiere a la literatura internacional, no se encuentran gran cantidad de estu-

dios que comparen eficacia y seguridad de los dos tipos de malla realizada artesanalmente *versus* malla de kit comercial.⁴

Lourenco et al., en un estudio similar de un total de 57 pacientes, concluye que las tasas de éxito fueron similares entre ambos grupos, ya sea al considerar resultados objetivos (rango de 72-80%, $p=0.0556$) y resultados subjetivos (71-80%, $p=0.220$), las complicaciones fueron similares entre ambos grupos teniendo una baja tasa de las mismas. No ocurrieron complicaciones intraoperatorias y solo hubo una complicación postoperatoria (fístula uretrovaginal).^{7,8}

Un estudio retrospectivo turco de 102 pacientes muestra una tasa de éxito general del 80,4% ($n=82$). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos artesanales y comerciales en tasa de éxito.

En general, la tasa de extrusión vaginal fue 6,8% ($n=7$) y todos fueron vistos en los primeros 6 meses de seguimiento, 6 pacientes para el grupo 1 (malla artesanal) y 1 paciente para el grupo 2, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con crema tópica de estrógenos y luego con eliminación parcial de la honda extruida. Incontinencia de urgencia de novo e infección del tracto urinario (ITU) no tuvieron diferencia significativa.⁵

Resultados similares aportó otro estudio prospectivo comparativo realizado en 2014, se logró cura de la incontinencia en 56/67 (83,5%) participantes en el grupo con malla artesanal y en 40/47 (85,1%) participantes en el grupo con malla industrial ($p > 0.05$). Los síntomas de vejiga hiperactiva de novo ocurrieron en 4/67 (5,9%) de los participantes en el grupo 1 y en 3/47 (6,3%) de los pacientes en el grupo 2.

Informaron extrusión vaginal en 1,4% y 4,2% de la grupo artesanal y comerciales, respectivamente.⁹

Este estudio no está exento de limitaciones, ya que se trata de un estudio retrospectivo, con una muestra pequeña y en el que los resultados de continencia/persistencia no fueron evaluados de forma objetiva sino clínicamente. Otra limitación para plantear es que si bien el acto quirúrgico siempre fue supervisado por el mismo ginecólogo, en uno de los centros la cirugía era realizada por residentes en formación.

CONCLUSIONES

La TOT globalmente es una técnica sencilla pero no exenta de complicaciones, aunque la proporción de ellas es baja y con unos resultados en manos experimentadas que son superiores a las técnicas que la precedieron Burch, Marchal-Marchetti-Kranz, Kelly-Marrion.

Las mallas de kit comercial y las realizadas artesanalmente han demostrado ser similares en cuanto a tasas de curación, independientemente del material utilizado, al igual que en la literatura internacional.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en la comparación de cada complicación, pero si bien las muestras son limitadas dado que se trata de una pequeña muestra parece haber una breve tendencia a mayores complicaciones dependientes de la malla en el grupo de mallas artesanales y más frecuencia en complicaciones dependientes del manejo de la malla (RAO e ITU) en el grupo las del kit comercial.

Bibliografía

1. Ngarambe C, Peng D. Female urinary incontinence: a systematic overview and non-surgical treatment. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2017 Feb 8;4(3):527-39.
2. Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navar*. 2006 May-Aug;29(2):219-31.
3. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.; CD006375. [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2019]; Available in: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006375.pub4>
4. Murguía-Flores EA, Quintero-Granados F, Torres-Gómez LG, Chávez-Navarro MM, Vázquez-Gómez MB, Rodríguez-Rodríguez E. Uso de malla de polipropileno en cirugías para incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55 Suppl 1:S102-S106.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion N° 603. Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. [Internet]. *Obstet Gynecol*. 2014 Jun;123:1403-7. [citado 8 de octubre de 2019]. Available in: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Evaluation-of-Uncomplicated-Stress-Urinary-Incontinence-in-Women-Before-Surgical-Treatment?IsMobileSet=false>
6. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, et al. International Urogynecological Association; International Continence Society; Joint IUGA/ICS Working Group on Complications Terminology. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn*. 2011 Jan;30(1):2-12.
7. Lourenço DB, Korkeas F, Vetorazzo JE Filho, Carramão SDS, Auge APF, de Toledo LGM. Functional outcomes and quality of life after transobturatory slings: hand - made vs. commercial slings. *Int Braz J Urol*. 2018 May-Jun;44(3):543-549.
8. Ciftci S, Ozkurkcugil C, Ustuner M, Yilmaz H, Yavuz U, Gulecen T. Comparison of transobturator tape surgery using commercial and hand made slings in women with stress urinary incontinence. *Urol J*. 2015 Apr 29;12(2):2090-4.
9. Ignjatovic I, Potic M, Basic D, Dinic L, Medojevic N, Laketic D, et al. Self-created transobturator tape treatment of stress urinary incontinence without prior urodynamic investigation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Nov;182:76-80.

**El secreto de continuar
tan femenina y natural....**

ColpoEstriol[®] *estriol*

**Dos efectivas alternativas
para un tratamiento completo**



**La alternativa
estrogénica natural**



TEMIS LOSTALO
Excelencia farmacéutica



Gador
Al Cuidado de la Vida