

Manejo Quirúrgico de los Casos Difíciles de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Doctores:

Alberto Angulo Roa
Germán Uriza Gutiérrez
Mario Javier Palacio González

Jefe de la Unidad de Ginecología
Profesor Asistente de Ginecología
R—III de Ginecología

HOSPITAL SAN IGNACIO

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

I. Introducción

El mejor conocimiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) ha contribuido a una adecuada selección de los casos tributarios de tratamiento quirúrgico. El hecho de disponerse de numerosas técnicas quirúrgicas hace presumir que ninguna de ellas sea la ideal, pues los resultados operatorios así lo indican. Cada autor se halla satisfecho de su técnica y sus resultados, pero las series publicadas suelen ser pequeñas y el seguimiento post-operatorio es, en la mayoría de los casos, inadecuado. Muchas de estas operaciones fueron ideadas y propuestas en épocas en que no se disponía de la información actual acerca de la etiología y diagnóstico de la IUE.

Respecto de la operación de "bandeletas" por debajo de la uretra, una genera-

ción de cirujanos la consideró eficaz, posteriormente fue abandonada y actualmente algunos autores la consideran de valor, no sólo para la incontinencia recidivante, sino como operación primaria en casos especiales.

La IUE sigue siendo un motivo de consulta frecuente a nivel hospitalario y privado, presentándose incluso en pacientes en los cuales no se cumplen factores predisponentes como los traumatismos del parto, no siendo imposible el que una mujer nulípara presente este tipo de patología.

Muchas han sido las técnicas empleadas para la corrección de esta entidad, sin que ninguna garantice el 100% de éxito; sin embargo, existe unanimidad de

criterios en que toda técnica que corrija adecuadamente el ángulo uretrovesical posterior y el eje de la uretra, por medio de una uretropexia retropúbica, es la mejor (1).

El porcentaje de pacientes que siendo intervenidas por las técnicas usuales en nuestro medio (tales como las operaciones de Kelly, Marshall, Tanago), que continúan siendo incontinentes, son un número apreciable y constituyen un gran problema para seleccionar la técnica adecuada en la reintervención.

Revisando los resultados de algunos autores encontramos los siguientes porcentajes de fallas: operación de Kelly 45% (2) y 50% (1), operación de Marshall 11% (3) y 13% (1), operación de Tanago 10% (4) y operación de Bursh 7% (5).

El grupo de intervenciones llamadas operaciones en cabestrillo, se reservaban generalmente para los casos en que otras formas de tratamiento quirúrgico habían fracasado. Telinde y Mattingly, (1970) afirman que siempre eligen como "último esfuerzo" una operación de cabestrillo y así obtienen un gran número de éxitos tras cistouretropexias fracasadas (6). La bibliografía es muy extensa y se acepta en general que las operaciones de cabestrillo se utilizan principalmente en los casos en que otras técnicas fracasaron; sin embargo, existen tendencias cada vez mayor, a emplearlas para tratamiento primario de la IUE (Hody Kenson, 1970, Green 1975) (2).

Lo cierto es que este tipo de intervenciones tienen una serie de inconvenientes: dificultad para colocar el cabestrillo a una tensión adecuada y dar un sostén apropiado a la unión uretrovesical mediante la banda de tejido fibroso, que si es demasiado tenaz obstruye la uretra. En el momento de la operación no hay forma segura de valorar cual es la tensión

correcta, pero al colocar un cateter vesical, cuando se nota ligera resistencia o eslabón, se considera el punto adecuado de tensión de la "bandeleta".

Es posible que el fracaso de las técnicas quirúrgicas en la corrección de la IUE, se deba no solo a mala escogencia de la misma, sino también a la intervención de casos desfavorables por obesidad o grandes cistocelos, en los cuales esta técnica sería la ideal por su gran efectividad en la elevación retropúbica de la unión uretrovesical, aun cuando técnicamente sea más difícil y presente mayor morbilidad (6).

2. Material y métodos

2.1 El estudio se inicio el 1o. de agosto de 1980, interviniéndose por esta técnica todas aquellas pacientes que tenían recidivas de su IUE, o aquellos casos desfavorables que asistieron a la consulta establecida para tal fin en el Hospital San Ignacio, no importando el tipo radiológico de la incontinencia (A, B o C). El total de pacientes del estudio fueron diez.

2.2 A todas las pacientes se les ordenó parcial de orina, urocultivo, calibración uretral, cistoscopia y prueba de Marshall.

2.3 Diagnosticada la IUE y descartada la patología agregada, se les solicitó uretrocistograma con cadena, preoperatorio, a fin de comprobar la anormalidad de los ángulos uretrovesicales.

2.4 En su control post-operatorio se solicitó uretrocistograma con cadena, para comprobar la corrección o reducción de los ángulos uretrovesicales.

2.5 Seguimiento durante un año del resultado clínico obtenido.

3. Técnica Quirúrgica: Operación de Aldridge Studdiford

3.1 Historia:

La primera operación de esta índole fue descrita por Giordano en 1907, quien utilizó el músculo recto interno del muslo como cabestrillo. Goebell, en 1910, fue el primero en utilizar bandas aponeuróticas con tendón de fascia lata, que fue más tarde modificado por Frangenheim en 1914 y por Stoeckell en 1921. Aldridge describió esta operación en 1942 empleando la fascia de los rectos abdominales (7), técnica que fue modificada por Studdiford en 1944, aplicando puntos de la bandeleta a la uretra con el fin de quitar su torsión (8).

3.2 Justificación:

En los casos de incontinencia el defecto importante es la pérdida del soporte de la fascia pubocervical, de suerte que la uretra proximal y el cuello vesical escapan a la presión intra-abdominal por el descenso de estas estructuras, recibiendo la cavidad vesical el impacto de esa presión y no la uretra, por lo cual durante los esfuerzos la presión en la vejiga, excede a la presión en la uretra escapándose la orina. Lo anterior solo puede ser corregido mediante una rotación de la vejiga hacia adelante y arriba, fijando el cuello vesical a la uretra proximal. Esta maniobra se lleva a cabo disecando dichas estructuras, colocando en situación retropúbica una tira de aponeurosis con la finalidad de crear una nueva fascia pubocervical que cubra y sostenga a aquellas.

3.3 Réquisitos de la estructura de sostén

Los estudios morfotopográficos e hidromecánicos sugieren que la estructura de sostén sub-uretral, para ser efectiva, debe tener las siguientes características:

- Ser resistente, duradera, pero no rígida.

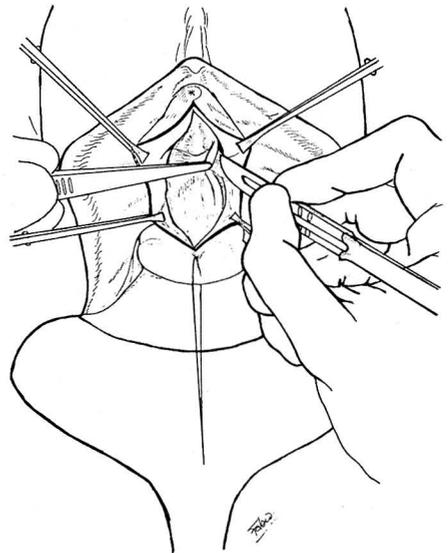
- Tener alrededor de 1.5 cm de ancho.
- Estar situada debajo de la uretra proximal, en la unión uretrovesical.
- No quedar fijada lateralmente, más allá del ligamento de Cooper.
- Ser activa solamente durante el esfuerzo.

Es evidente que los procedimientos con cabestrillo dan el soporte suburetral, más resistente y duradero; no obstante, debido a la falta de elasticidad del cabestrillo, estos procedimientos pueden dar lugar a una patología post-operatoria especial, consistente en la inmovilización de la unión uretrovesical.

3.4 Descripción del procedimiento

Consta básicamente de un procedimiento vía vaginal y otro vía abdominal, que pueden ser realizados simultáneamente.

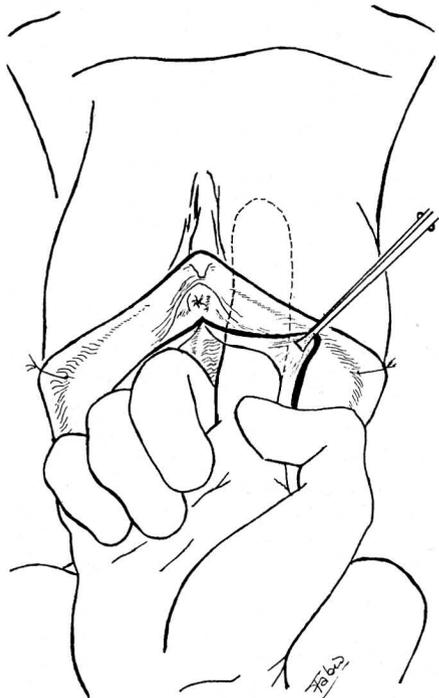
Figura No. 1



3.4.1 Vía Vaginal:

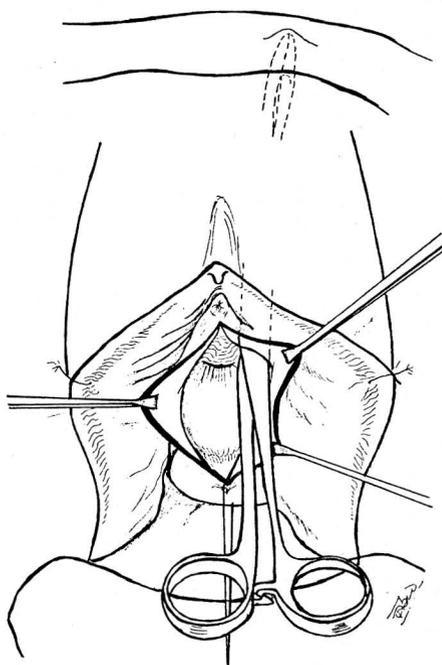
- Se coloca la paciente en posición ginecológica, iniciando la intervención con una colpotomía media anterior.
- Movilización de la vejiga y uretra (Figura No. 1).
- El índice derecho penetra en arco suave alrededor de la cara posterior del pubis, directamente en el espacio paravesical (Figura No. 2).

Figura No. 2



- Se prolonga el tunel así formando, con una pinza curva, (Rochester) hasta por detrás de la pared abdominal (Figura No. 3).

Figura No. 3

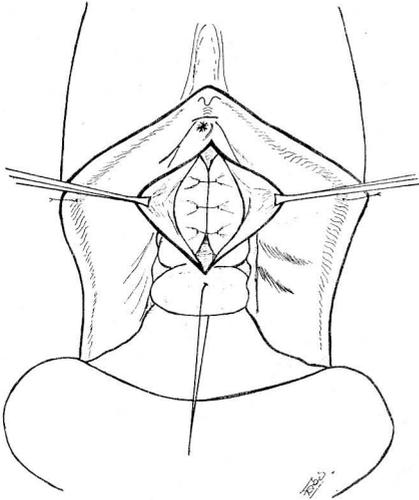


- Una vez formado en el lado opuesto un tunel análogo, se corrige el cistocele, si lo hay, por la técnica corriente (Figura No. 4).

3.4.2 Vía abdominal:

- Incisión mediana infraumbilical haciendo un colgajo con la fascia del recto, de 1.5 cm de ancho, y de ser posible 10 cm de largo (Figura No. 5).
- El colgajo se pedicula en sentido craneo-caudal hasta unos 2 cm sobre el borde superior del pubis. El cirujano lleva a través del tunel previamente preparado, una pinza curva al espacio de Retzius atravesando el músculo recto tomando el extremo superior de

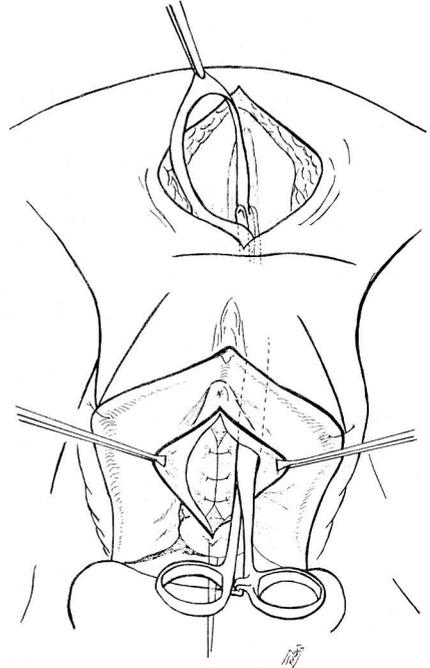
Figura No. 4



la banda aponeurótica (Figura No. 6).

- Se tracciona y se pasa al lecho vaginal (Figura No. 7), llevándola alrededor de la uretra, subiéndola por el tunel opuesto nuevamente al espacio de Retzius, atravesando el recto del lado opuesto haciendo un pequeño ojal en la aponeurosis se fija con puntos separados (Figura No. 8), teniendo en cuenta que no queda demasiado tensionada, a fin de evitar la necrosis de la uretra o que la paciente no pueda miccionar espontáneamente; tampoco puede quedar demasiado floja, ya que entonces puede resultar insuficiente el efecto deseado. La elevación del cuello vesical se hace hasta cuando se note ligera resistencia o eslabón al paso de un cateter a través de la uretra (Figura No. 9). En esta forma se

Figura No. 5-6



comprueba la tensión adecuada de la bandeleta.

3.4.3 Modificación de Studdiford.

El asa tiene tendencia a enrollarse al abrazar la uretra, por lo cual es necesario fijarla en su justo lugar con algunos puntos separados de catgut (Figura No. 10).

3.4.4 El final de la operación lo constituye el cierre de la pared abdominal y el de la mucosa vaginal anterior. Si se presenta hemorragia puede aplicarse bien en la herida abdominal o en la vaginal un dren de Pen-Rose durante 24 horas. La sonda vesical se retirará al quinto día, post-operatorio, comprobando

Figura No. 7

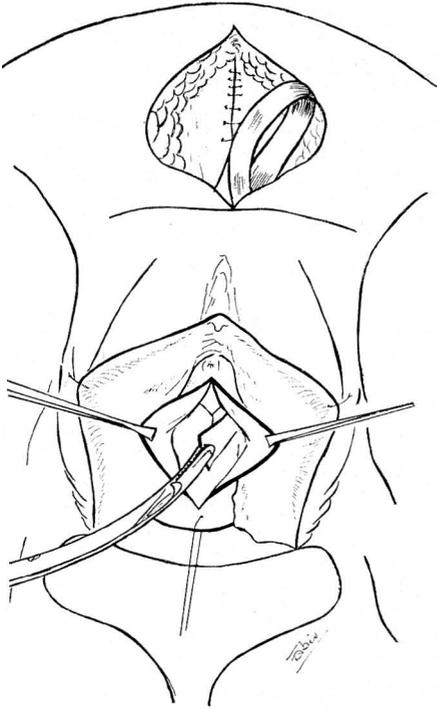


Figura No. 9



Figura No. 8

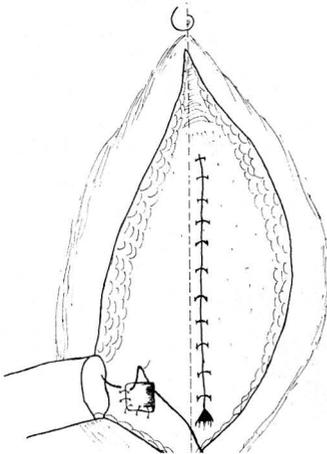
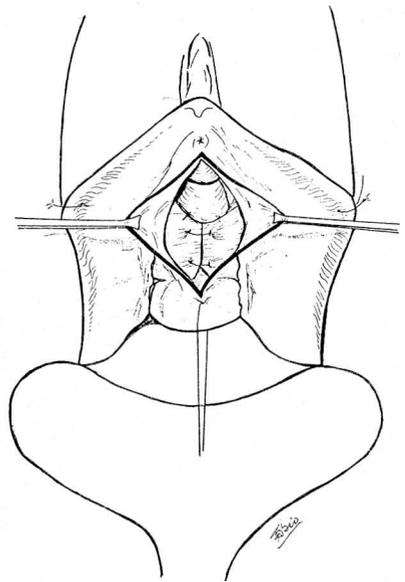


Figura No. 10



do la micción espontánea con un residuo a la segunda micción menor de 100 cc. En caso de no presentarse esto se colocará nuevamente un cateter uretral.

4. Resultados

4.1. Edad

La edad menor fue de 41 años y la mayor de 57 años, con un promedio de 49.8 años (Tabla No. 1).

Tabla No. 1
EDAD – AÑOS

Grupos de Edad	No. de Casos	Porcentaje
40–44 años	2	20%
45–49	1	10%
50–54	5	50%
55–59	2	20%
TOTAL	10	100%
$\bar{X} = 49,8$ Años		

Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

4.2 Paridad

La menor paridad fue de 0 y la mayor de 15 con un promedio de 7.1 (Gráfico No. 1).

4.3 Tiempo de evolución de la IUE

La menor evolución de la incontinencia fue de 6 meses y la mayor de 6 años, con un promedio de 3.1 años (Tabla No. 2).

Tabla No. 2

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA IUE

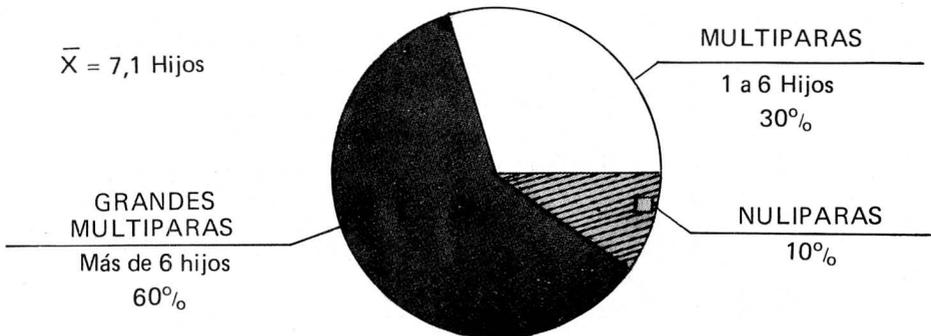
Tiempo en años	No. de Casos	Porcentaje
Menos de 1	2	20%
1 a 3	4	40%
4 o más	4	40%
	10	100%

$\bar{X} = 3,1$ Años

Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

Gráfico No. 1

PARIDAD



Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

4.4 Cirugía previa para la corrección de incontinencia urinaria

El 44,5% tenían este antecedente. El 50% fue sometido a operación de Kelly y el otro 50% a operación de Marshall (Gráfico No. 2).

4.5 Cirugía agregada a la operación de Aldridge

Se realizó sola en un 50%. Con Histerectomía abdominal un 10%. Con operación de Warren 10%. Con perineorrafia 30%. (Gráfico No. 3).

Gráfico No. 2

CIRUGIA PREVIA PARA CORRECCION DE LA IUE

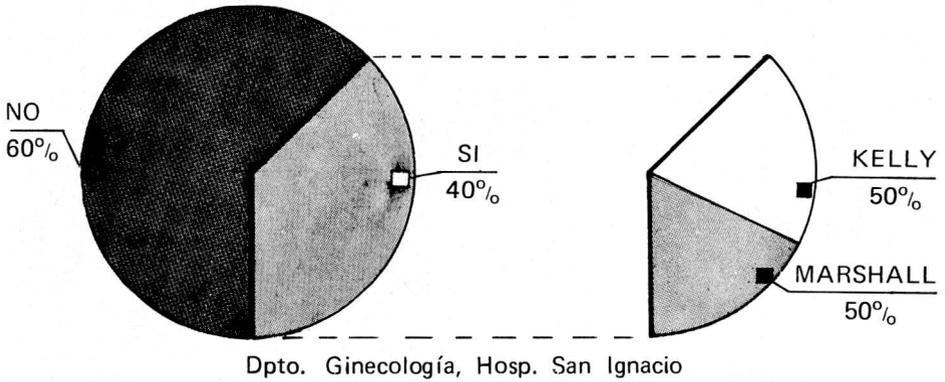
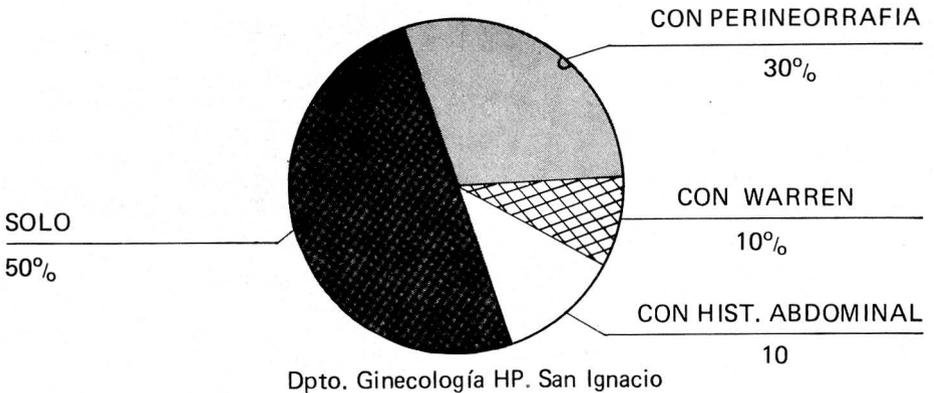


Gráfico No. 3

CIRUGIA AGREGADA



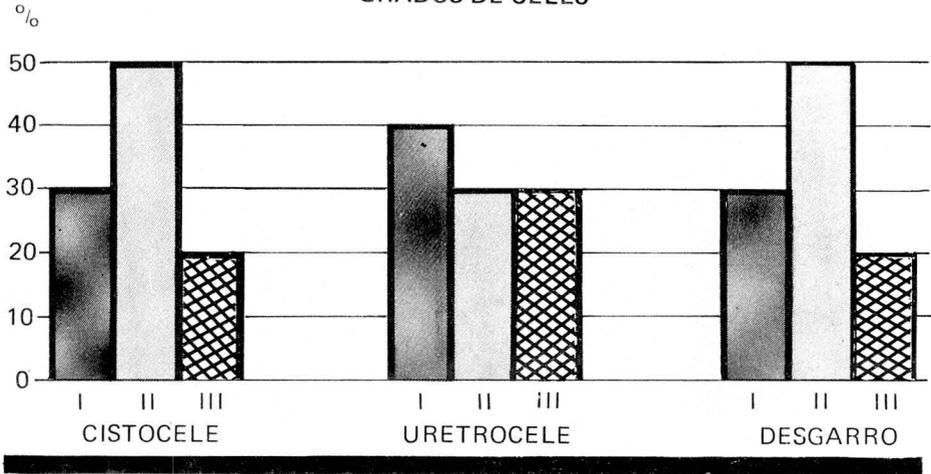
4.6 Grado de Celes

La mayoría de las pacientes tenían uretrocele I, cistocele II, además desgarraperineal II. (Gráfico No. 4).

4.9 Síntomas post-operatorios en relación con IUE.

La incontinencia desapareció en el 80% de las pacientes; en una paciente

Gráfico No. 4
GRADOS DE CELES



Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

4.7 Patología asociada a la incontinencia urinaria

Se encontró diabetes en el 20% de las pacientes, hipertensión en el 10%, obesidad en el 40%, miomatosis uterina y obesidad en el 10%. Sin patología asociada en el 20% (Tabla No. 3).

disminuyó considerablemente la sintomatología, y en otra persistió con igual intensidad (Gráfico No. 5).

4.10 Morbilidad

Se presentaron dos eventraciones post-operatorias (20%), una fístula uretro vaginal (10%), la cual fue más tarde reparada con completa curación, en cuatro pacientes (40%). El promedio de sonda fue de 28 días (Gráfico No. 6).

4.8 Uretrocistograma

El uretrocistograma post-operatorio mejoró en el 100% de las pacientes, llegando a la normalidad en el 60%, (Tabla No. 4). Del 40% restante, un 20% fue de tipo A, un 10% tipo B y un 10% tipo C (Tabla No. 5).

4.11 Seguimiento

Todas estas pacientes fueron controladas al mes de la cirugía, el 60% a los 6 meses y un 40% al año.

Tabla No. 3

PATOLOGIA PREVIA

	No.	%
Sin Patología	2	20%
Con Patología	8	80%

Patología	No. de casos	Porcentaje
Obesidad	4	40%
Hipertensión + Pielonefritis	1	10%
Diabetes	2	22%
Miomatosis + Obesidad	1	10%
	8	80%

Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

Tabla No. 4

TIPO DE URETROCISTOGRAMA

TIPO	Pre-Operatorio		Post-Operatorio	
	No.	%	No.	%
Tipo-Normal	—	—	6	60
Tipo - A	2	20	2	20
Tipo - B	8	80	1	10
Tipo - C	—	—	1	10
TOTAL	10	100%	10	100%

Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

Tabla No. 5

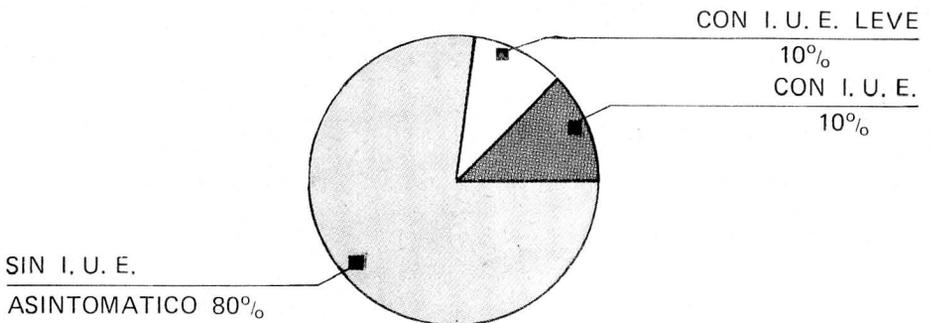
GRADOS DE LOS ANGULOS EN EL PRE Y POST OPERATORIO

Historia	Angulo anterior		Angulo Poster.		Tipo	
	Pre.	Post.	Pre.	Post.	Pre.	Post.
117347	59	13	122	45	B	N
53180	119	52	239	110	B	B
220048	90	4	232	60	B	N
231413	85	30	123	95	B	N
163536	65	55	180	92	B	C
211373	18	20	144	130	A	A
152764	25	20	142	97	A	N
231599	120	60	164	105	B	A
208646	100	30	132	110	B	N
232311	80	25	170	110	B	N

Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

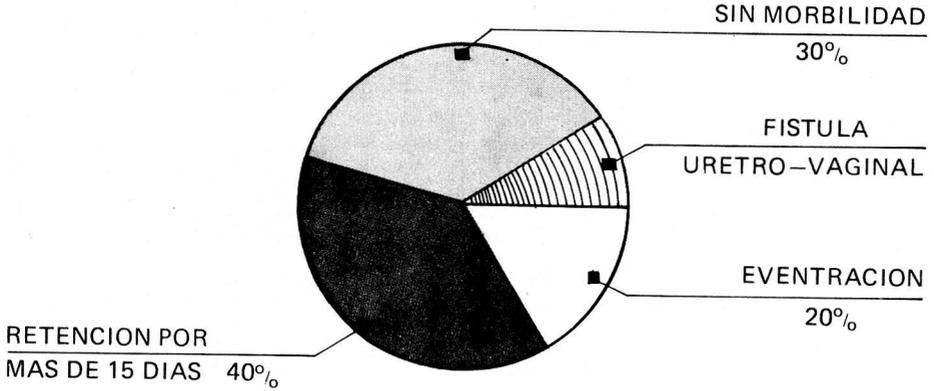
Gráfico No. 5

SINTOMAS POST OPERATORIOS EN RELACION CON IU E



Hosp. San Ignacio

Gráfico No. 6
MORBILIDAD



Depto. Ginec. Hosp. San Ignacio

5. Comentarios

La edad promedio de nuestro estudio fue de 50 años, que concuerda con la baja estrogénica en estas pacientes. La patología asociada más frecuente fue la obesidad, porque en este tipo de pacientes la operación de Aldridge, es la técnica quirúrgica recomendada.

En el uretrocistograma post-operatorio, llama la atención el hecho de que en los pacientes que no llegaron a la normalidad, pero con reducción de los ángulos tuvieron mejoría clínica.

Encontramos que la principal morbilidad, como era de esperarse, fue la retención urinaria, bien aceptada por los pacientes, gracias a la instrucción previa. La prolongada retención urinaria, es un problema reconocido por todos aquellos que practican este procedimiento.

6. Conclusiones

6.1 La operación de Aldridge se considera de elección en la incontinencia

urinaria recivante y para algunos como operación primaria en casos especiales como obesidad y grandes cistoceles.

6.2 El éxito de esta intervención radica en colocar adecuadamente "el ca-bestrillo" a tensión apropiada de un sosten satisfactorio a la unión uretrovesical, con buena elevación retropúbica.

La mejoría clínica en el presente estudio fue del 80%.

6.3 Estimamos que la operación de Aldridge presenta menos fracasos que cualquier tipo de uretropexia, aunque su morbilidad es mayor que aquellas.

6.4 Respecto del uretrocistograma pre-operatorio no importa que tipo sea (A, B, C) para practicar esta intervención.

6.5 Al analizar el uretrocistograma post-operatorio consideramos que no es necesario que dicho uretrocistograma llegue a la normalidad sino que se logre la reducción de los ángulos.

En nuestro estudio el 60% de los uretrocistogramas llegaron a la normalidad.

6.6 La morbilidad más frecuente fue la retención urinaria, en algunas pacientes hasta por más de un mes, con un promedio de 28 días.

7. Resumen

El presente estudio se inició el primero de agosto de 1980, interviniéndose por esta técnica todas las pacientes que tenían recidivas de su I.U.E., o aquellos casos desfavorables por obesidad o grandes cistoceles, no importando el tipo radiológico de incontinencia.

El universo de esta investigación fue de 10 pacientes, encontrándose los siguientes resultados:

La patología asociada más frecuente fue la obesidad y la mayor morbilidad fue la retención urinaria post-operatoria, con un promedio de 28 días. La mejoría clínica fue de 80%, con una paciente en la cual disminuyó la incontinencia y sólo una en la cual el resultado fue negativo.

Las conclusiones más importantes de esta investigación son:

1. Es la operación de elección para la I.U.E. recidivante o de mal pronóstico.

2. Su morbilidad es mayor que la de otros tipos de intervenciones para la I.U.E., pero su éxito es superior.

Abstract

The present study was done on August first of 1980. All the patients who had recarse of their urinary stress incontinence (U.S.I.) were suroycally thestid by this tecnique. There were also theoted those unfavorance cases because of obesity or big cystoceles in spite of the radiological type of incontinence found.

Ten patients constituted the study group for this investigation; the results are the following:

- Obesity was the most frequent associated pathology and postoperative urinary retention had the most morbidity, averaging 28 days.
- Eighty per cent of the patients had clinical success. One patient had a relative core of hor incontinence and only one was un success full.

The most important conclusions of this study are:

1. Aldridge's processre is the lest choise for correction of relapsin o U.S.I. and the bad prognosis U.S.I.
2. Eventhovoh it has a mi other mordi-dity the other U.S.I. correction pro-ceauris, it has the best results.

Bibliografía

1. ANGULO URIZA PERDOMO "El valor del uretrocistograma con cadena, en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo". Revista Colombiana de

Obstetricia y Ginecología. Volúmen XXXI, No. 2. Pág. 113-125.

2. GREEN, T.H. Jr. Selección entre las vías de acceso vaginal o suprapúbica para el tratamiento quirúrgico de la Inconti-

- nencia Urinaria de Alarma Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 909. Dic. 1977.
3. MARSHALL - MARCHETTI - KRANTZ. "The correction of Stress Incontinence by simple vesicourethral suspensión". Surgery Gynecology — Obstetrics. 88 pág. 509- 1949.
 4. STANTON S.L. Cirugía de la Incontinencia Urinaria. Ginecología y Obstetricia Temas actuales. 1, 79, 1978.
 5. BURCH S.C. Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence results complication technique. A. J. Obstet. Gynecol. Vol. 100, pág. 764 1968.
 6. TELINDE R.N, MATTINGLY R.F. Ginecología operatoria. Quinta edición. Pág. 481-485. 1980.
 7. ALDRIDGE A.H. "Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence. Americ. J. Obstet. Vol. 44. Pág. 398. 1942.
 8. STUDDIFORD W.E. "Correction of stress Incontinence". Gynecology Surgical Techniquess. 1955.
 9. HODKINSON, C.P. Incontinencia de alarma recurrente. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 3.825, septiembre 1978.
 10. HODKINSON C.P. Uretrocistografía con cadena de cuentas metálicas en la valoración pre y post-operatoria de problemas, de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 3,763 Septiembre de 1978.
 11. HODKINSON C.P. Recurrent, stress urinary incontinence. A.J. Obstetrics and Gynecology. Vol. 132, 8, 844. Diciembre 15, 1978.
 12. FERNANDEZ VILLORIA E., CARRACEPO E. Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo por vía abdominal o combinada. Clínica Ginecológica. Vol. 5, No. 1, 191, 1980.
 13. LEE, R.A. Incontinencia Recurrente de Esfuerzo, valoración preoperatoria y tratamiento quirúrgico. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 19, 661, septiembre 1978.
 14. LAZAREBK M. A., LAZAROV, M. Nuestras experiencias con el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer. Avances en Obstetricia y Ginecología. 4, 265, 1978.
 15. KASER, O., IKLE, F.A. Atlas de Operaciones Ginecológicas. 2a. edición, 369-373. 1967