

# Corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo por medio de la Uretrocistopexia Retropúbica por Vía Vaginal

Drs. Alfonso López Jiménez, Jorge E. Corzo C.\*

Hermann Rodríguez B., Hernando A. Santos.\*\*

Hospital Militar Central - Dpto. de Gineco-Obstetricia  
Escuela Militar de Medicina

## Antecedentes

Existe un gran número de técnicas destinadas a corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en la mujer, algunas de ellas con mayor éxito que otras, pero en general sin encontrar una solución definitiva al problema.

Se han hecho intentos de mejorar los resultados obtenidos combinando en la misma paciente las técnicas "abdominales" y las "vaginales", en dos tiempos quirúrgicos, aumentando el éxito, pero al mismo tiempo aumentando la morbilidad y la estadía hospitalaria, (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9).

---

\* Especialistas en el Dpto. de Ginecobstetricia Hospital Militar Central, Bogotá.

\*\* Residentes en el Dpto. de Ginecobstetricia Hospital Militar Central, Bogotá.

Recientemente se ha descrito una técnica para corregir este problema en la que se intentan reunir en un solo procedimiento, por una sola vía, las ventajas de las operaciones vaginales y abdominales, (8).

## Propósito

El propósito del presente trabajo es hacer una evaluación de una técnica quirúrgica para la corrección de la IUE por vía vaginal, e igualmente hacer un estudio comparativo con la técnica de la Uretrocistopexia retropúbica por vía abdominal (Técnica de Marshall-Marchetti-Krantz).

## Objetivos

Hacer un estudio prospectivo comparando los resultados obtenidos por medio de la Uretrocistopexia Retropúbica

por vía vaginal (URVV), con la misma técnica efectuada por vía abdominal, estudiando los siguientes parámetros: efectividad, morbilidad (inmediata y tardía), tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, costos.

### Material y Métodos

Se tomaron 32 pacientes de la consulta externa del Dpto. de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central, que consultaron por IUE; las pacientes se estudiaron con anamnesis, parcial de orina, urocultivo, cistoscopia, uretrocistografía con cadena, y ocasionalmente, con cistometría, a fin de descartar otras causas de incontinencia.

La sintomatología se clasificó según esquema Tipo I, en el que está alterado el ángulo uretrovesical posterior y Tipo II, en el que está alterado el ángulo uretrovesical anterior.

Se tomaron para el trabajo solo las pacientes que tenían pérdida del ángulo anterior y se dividieron en dos grupos: Grupo I, en el cual se utilizó la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, para el cual se tomaron 12 pacientes, y el Grupo II, que se trató con la técnica de la URVV, para el cual se tomaron 20 pacientes.

En el Cuadro No. 1 se muestran las características de las pacientes del Grupo I. La edad varió entre 28 y 54 años y la pa-

Cuadro No. 1

### GRUPO I CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

No.	Edad	Paridad	Cistocele	Evolución	Tipo IUE	Pat. Asoc.
1)	48	3	II	3 años	II	—
2)	36	3	II	2 años	II	Miomatosis—Trig.
3)	51	6	II	3 años	II	—
4)	43	4	I	2 años	II	Estrechez U.
5)	49	4	I	5 años	I	—
6)	36	3	I	3 años	II	Miomatosis
7)	49	3	II	2 años	II	—
8)	30	2	I	2 años	II	—
9)	53	3	I	8 años	II	—
10)	54	7	II	7 años	I	—
11)	28	1	0	3 años	II	—
12)	39	2	I	2.5 años	I	Miomatosis

ridad entre 1 y 7 embarazos. El tiempo promedio de evolución de la incontinencia fue de 3-5 años, con un rango entre 2 y 8 años. Nueve pacientes tenían IUE Tipo II, cinco tenían cistocele II y siete no tenían cistocele importante.

Tres pacientes tenían miomatosis uterina asociada; no se incluyeron pacientes con prolapso genital II o III.

En el Cuadro No. 2 se muestran las características de las pacientes del Grupo

Cuadro No. 2

## GRUPO II

## CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

No.	Edad	Paridad	Cistocele	Evolución	Tipo IUE	Patología Asociada
1)	53	7	II	13 años	II	Prolapso III
2)	32	6	I	4 años	II	Prolapso II
3)	56	9	II	1 año	II	—
4)	45	6	II	4 años	II	—
5)	36	3	II	2 años	II	—
6)	43	8	II	3 años	II	Prolapso II
7)	48	9	II	8 años	II	—
8)	68	5	II	5 años	II	Prolapso II
9)	32	4	II	1 año	II	—
10)	49	5	II	2 años	II	—
11)	52	4	II	3 años	II	—
12)	49	0	II	3 años	II	—
13)	42	4	II	8 meses	II	—
14)	44	1	II	15 años	II	—
15)	28	4	II	1.5 años	II	Rectocele II
16)	58	6	II	2 años	II	Rectocele
17)	43	5	II	2 años	II	Prolapso II
18)	42	5	II	6 meses	II	Rectocele
19)	48	5	II	6 años	II	Rectocele
20)	47	6	II	2 años	II	Rectocele

II. La edad varió entre 28 y 68 años y la paridad entre 0 y 9 embarazos. Todas tenían cistocele II, excepto una que tenía cistocele I. El tiempo promedio de evolución era de 3.25 años con un rango entre 6 meses y 13 años. Todas tenían IUE Tipo II. Cuatro pacientes tenían prolapso genital II y una tenía prolapso genital III.

### Técnica Quirúrgica

Se inicia el acto quirúrgico como para una colpografía anterior, es decir, se hace una incisión en T invertida sobre la mucosa vesico-vaginal anterior; se disecciona la fascia pubo-vesico-cervical lateralmente y hacia arriba hasta encontrar la cara posterior de la rama horizontal del pubis.

Posteriormente se coloca una sonda vesical de Foley No. 16 x 5 cc y se pasan 60-80 cc de solución salina con azul de metileno con el fin de detectar a tiempo cualquier lesión a nivel de vejiga o de uretra. Con el balón de la sonda de Foley inflado se localiza el ángulo uretrovesical posterior; se pasa entonces sobre el periostio de la cara posterior del pubis un punto con material de sutura no absorbible, de calibre 0, a 1 cm de la línea media; utilizando la misma sutura se pasa el punto tomando tejido parauretral a nivel del ángulo uretrovesical posterior; igual procedimiento se efectúa en el lado opuesto y luego se anudan las suturas. El punto sobre el periostio debe ser perpendicular a la rama horizontal del pubis y el punto parauretral debe ser paralelo a la uretra.

Lámina No. 1

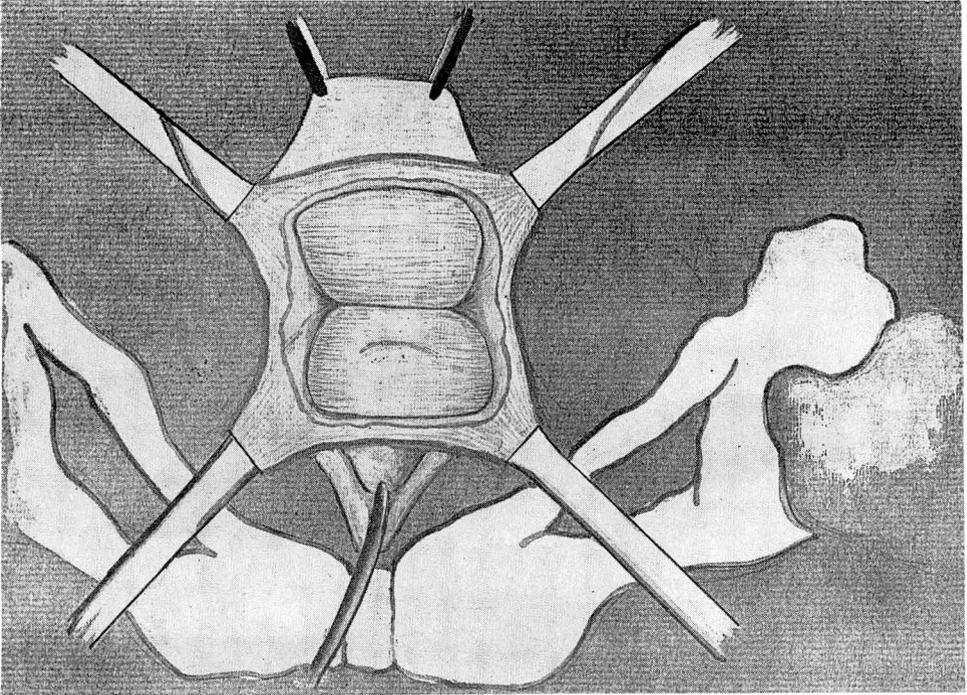


Lámina No. 2

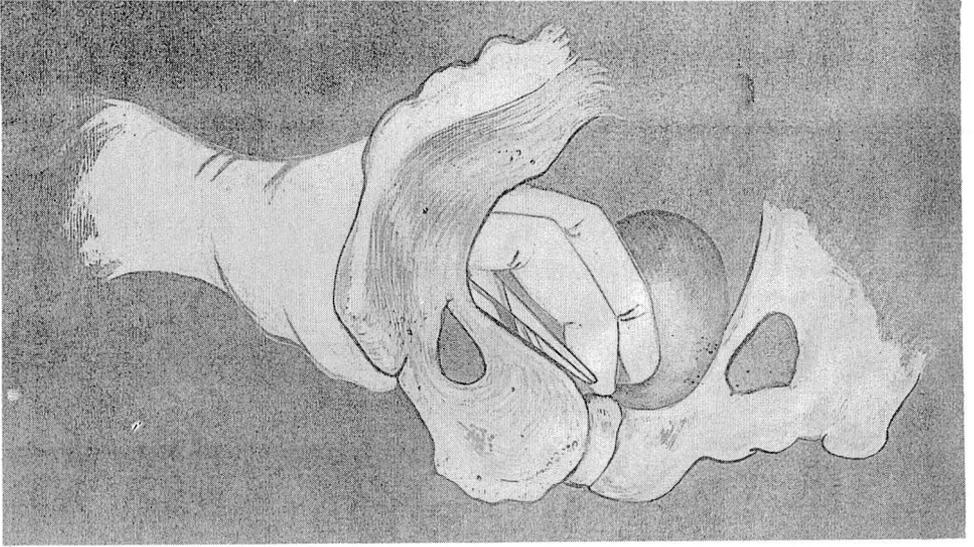


Lámina No. 3

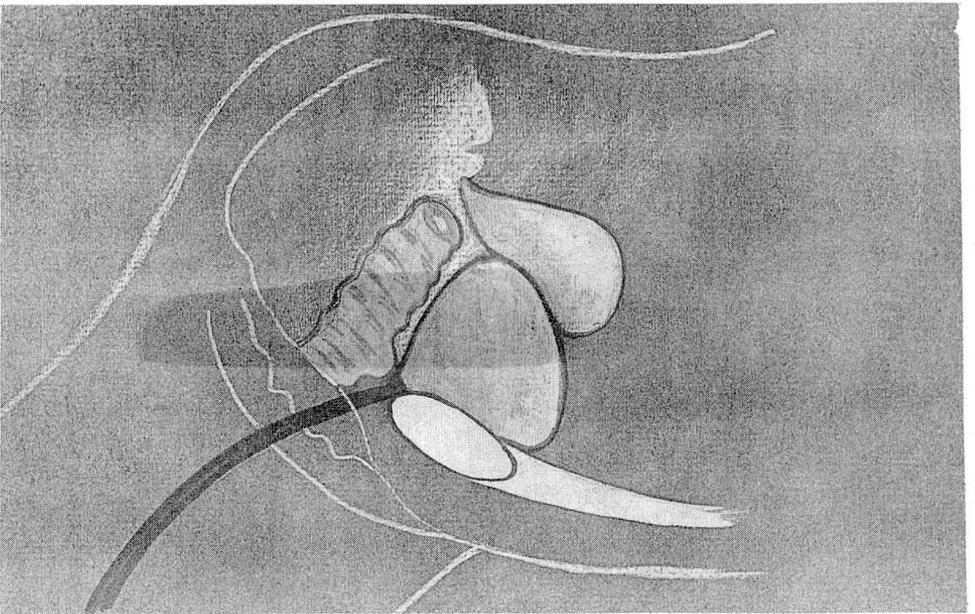


Lámina No. 4

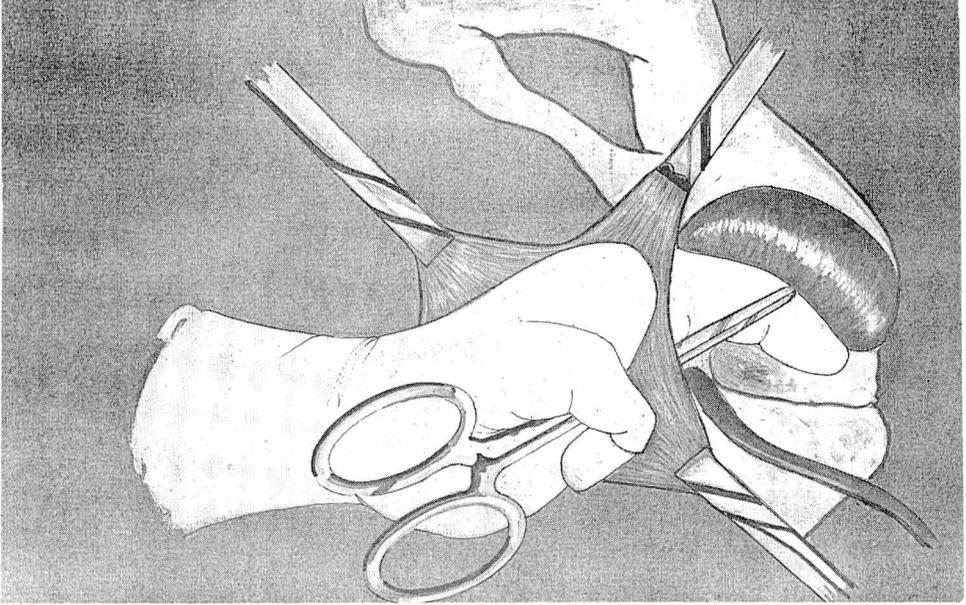
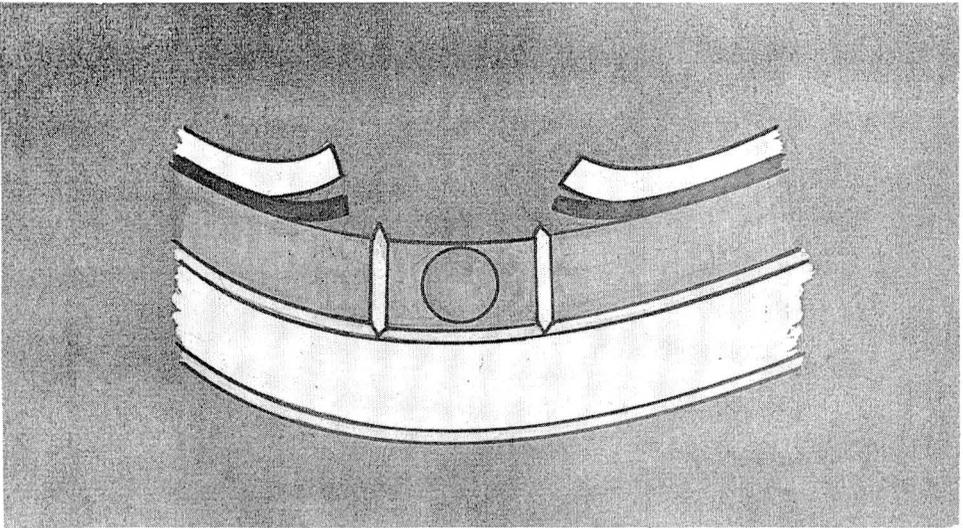


Lámina No. 5



Se reseca la mucosa vaginal redundante y se cierra la pared vaginal en la forma acostumbrada.

Si la paciente necesita otro procedimiento por vía vaginal, como histerectomía o ligadura de trompas, primero se hace este procedimiento y luego la uretrocistopexia. En el caso de rectoceles, éstos se corrigen después de la uretrocistopexia.

En el postoperatorio la sonda vesical se maneja en la forma siguiente: sonda a bocal por espacio de tres días, sulfas por vía oral, medición del residuo vesical postmiccional a las 24 horas de retirada la sonda.

En las láminas adjuntas se ilustra por pasos la técnica quirúrgica.

### Resultados

En el Cuadro No. 3 se analiza el tiempo promedio de cirugía que fue de 1 1/2 hora para las 12 intervenciones del Grupo I; se practicaron 4 cirugías adicionales: dos histerectomías abdominales y dos colporrafias posteriores. El tiempo promedio con sonda vesical fue de 4.08 días; el promedio de residuo vesical fue de 16 cc; se encontraron cuatro complicaciones (33.3%).

En el Cuadro No. 4 se aprecian los resultados de la URVV. El tiempo pro-

Cuadro No. 3

### GRUPO I

#### CORRECCION DE LA IUE CON URETROCISTOPEXIA VIA ABDOMINAL

No.	T. Quirúrgico	C. Adicional	Complicaciones	Sonda	Residuo (cc)
1)	1 Hora	—	—	5 días	15
2)	1 H 50 M	—	—	3 días	10
3)	1 H 30 M	—	—	4 días	5
4)	1 Hora	—	—	4 días	20
5)	45 M	—	Absceso pared	5 días	10
6)	2 H 45 M	Hist. abd.	Hematoma cupula	4 días	5
7)	1 H 20 M	Colpo post.	—	5 días	0
8)	1 Hora	—	Sinfisitis P.	5 días	10
9)	1 H 10 M	—	—	3 días	7
10)	2 Horas	Perineorrafia	Inf. Colpo	4 días	90
11)	50 M	—	—	3 días	5
12)	2 Horas	Hist. abd.	—	4 días	15

medio de cirugía fue de 1 1/4 hora para las 20 intervenciones; 18 tuvieron cirugía complementaria y el promedio con sonda vesical fue de 3 días; el residuo vesical fue de 13 cc en promedio; se presentaron dos complicaciones (10%): 2 infecciones de la herida de la

colpo anterior. Una retención urinaria cedió después de dos días.

En el control a las 6 semanas todas las pacientes se encontraron asintomáticas.

Cuadro No. 4

**GRUPO II**  
**CORRECCION DE LA IUE CON URETROCISTOPEXIA VIA VAGINAL**

No.	T. Quirúrgico	C. Adicional	Complicaciones	Sonda	Residuo (cc)
1)	1 Hora	Hist. vaginal	—	3 días	0
2)	1 Hora	Colpo post.	—	3 días	8
3)	1 Hora	Hist. vaginal	—	3 días	0
4)	1 Hora	Colpo post.	—	3 días	0
5)	1 Hora	Colpo post.	—	4 días	5
6)	1 Hora	Colpo post.	Inf. Herida	3 días	60
7)	1 y media H.	Hist. vaginal	Inf. Herida	3 días	60
8)	1 y media H.	Hist. vaginal	—	3 días	5
9)	1.15	Lig. de trompas	—	3 días	10
10)	1 Hora	Colpo post. Legr.	—	3 días	1
11)	2 Horas	Colpo post.	—	3 días	3
12)	1 H 15 M	—	—	3 días	50
13)	1 Hora	Colpo post.	—	4 días	10
14)	1 Hora	Colpo post.	—	3 días	50
15)	1 H 15 M	Hist. vaginal	—	2 días	2
16)	1 H 30 M	—	—	3 días	2
17)	1 Hora	Colpo post.	—	2 días	0
18)	2 Horas	Colpo post. L. T.	—	3 días	5
19)	1 Hora	Colpo post.	—	3 días	5
20)	1 H 15 M	Colpo post.	—	3 días	5

**Discusión**

Se han utilizado muchas técnicas para la corrección de la IUE por vía vaginal o abdominal con segundos tiempos; al igual que muchos otros investigadores, llegamos a la conclusión de que lo realmente importante para tener en cuenta en el tratamiento de la IUE es la corrección del ángulo perdido con elevación retropúbica de la unión uretrovesical por encima del nivel más inferior de la cara posterior de la base de la vejiga, ya sea por vía vaginal o abdominal inferior, (5, 11).

Al analizar los resultados de nuestro trabajo encontramos una corrección satisfactoria de la IUE con cualquiera de los métodos utilizados por vía vaginal o abdominal. Sin embargo, encontramos las siguientes ventajas con la técnica por vía vaginal:

1) El tiempo quirúrgico es relativamente menor, 2) el acceso al campo operatorio es más directo con menor sección de planos anatómicos, lo que

disminuye la morbilidad de la cirugía, el sangrado y los costos quirúrgicos; 3) encontramos también la ventaja de realizar cirugías adicionales correctivas —histerectomías vaginales, colporrafias posteriores, corrección del cele anterior— así como ligadura de trompas— sin necesidad de recurrir a un segundo tiempo, como sí se utilizó en la vía de acceso abdominal.

El manejo de la sonda vesical durante tres días en la paciente se encontró que era suficiente para lograr un pleno restablecimiento de la función vesical.

Pensamos que la utilización de sulfas por vía oral como profilaxis durante el tiempo que se mantenga la sonda, es conveniente ya que no encontramos ninguna sintomatología ni bacteriuria importante en las pacientes manejadas de esta manera.

Proponemos esta vía para la corrección de la IUE Tipo II, encontrándose superior a la vía abdominal por los puntos expuestos.

**Resumen**

Se presenta un trabajo preliminar sobre una técnica para corrección del ángulo uretrovesical anterior y posterior, por vía vaginal. Con este objetivo se practicaron 20 intervenciones comparándolas con la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, de la cual se presentan 12 pacientes.

Se concluye que el tiempo quirúrgico es menor con la técnica vaginal, la morbilidad, sangrado y costos quirúrgicos son menores y permite la realización de cirugías vaginales correctivas adicionales en el mismo tiempo quirúrgico,

por lo cual aparece como una técnica más ventajosa.

Cuadro No. 5

**CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES (RESUMEN)**

Paridad	Tiempo de Evolución	Cistocele
UCPRVV P:5,01 R:0-9	P:3.25 años R: 13-0.5	19: 11 1: 1
MARSHALL P:3.41 R: 1-7	P: 3-5 años R: 2-8	5: 11 6: 1 1:0

## Cuadro No. 6

## RESULTADOS (RESUMEN)

	T. Quirúrgico	Complicaciones	Días con sonda	Residuo	Proc. Adicional
UCPRVV	1 Hr. 15 Min.	10 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	3	13	5 Hist. vaginal 11 Colpo posterior 2 L. T. 1 Legrado
MARSHALL	1 Hr. 30 Min.	33 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	4.8	16	2 Hist. ABD Colpo posterior

## CORRECTION OF STRESS INCONTINENCE USING RETROPUBIC URETHROCYS-TOPEXIA THROUGH THE VAGINAL PASSAGE

## Summary

A preliminary study is presented on a technique for the correction of the urethrovesicle anterior and posterior angle, through the vaginal passage. For this of purpose twenty interventions were carried out, comparing these to twelve operations where the Marshall-Marchetti-Krantz technique was used.

It was concluded that: 1) the surgical time was shorter with the vaginal procedure; 2) the morbidity, bleeding and surgical expenses are reduced, permitting additional corrective vaginal surgery to be carried out at the same time. Therefore, this appears to be a more advantageous technique.

## Bibliografía

1. BALL TL. and HOFFMAN C. Jr. Am J. Obstet Gynecol 85:96, 1963.
2. COLLIN WF. and ABELAE RP., Urology 12:325, 1978.
3. DILLARD, FA. Jr. Personal Communication. Gynecology—Urology Seminar, Oakland Naval Hospital, 1969.
4. GREEN TH. Jr. Obstet Gynecol Surv. 23:603, 1968.
5. HODGKINSON CP., Uretrocistografía con cadena de cuentas metálicas en la valoración preoperatoria y postoperatoria de problemas urológicos ginecológicos, Clin Obstet y Ginecol Vol. 3: 762-773, 1978.
6. JONES FG, Clin Obstet Gynecol 6:220, 1963.
7. MARCHANT, DJ., Incontinencia Urinaria, Year Book Obstet Gynecol. 1981.
8. POWELL LC. Jr. Retropubic urethrocystopexy: Vagina approach. Am J. Obstet. Gynecol 140:91, 1981.
9. RAZ S., MAGGIO A. Jr and KAUTMAN JJ. Urology 14:154, 1979.
10. STANTON, SL., Female Urinary Incontinence, London, 1977. Lloyd Luke (Medical Books) Ltd., chap. 4 p. 63.
11. STANTON, SL., Cirugía de la incontinencia Urinaria. Temas Actuales Ginecología y Obstetricia Vol. 1: 79-104, 1978.