Evaluación de la cistouretropexia retropúbica

Incontinencia urinaria

Doctor Enrique Becerra Barón*

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria de esfuerzo, constituye un tema no por aparentemente sencillo carente de gran importancia dentro de la patología urinaria en el sexo femenino. Esta condición representa una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urología y ginecología de la Clínica San Pedro Claver.

Aunque la entidad no incide gravemente en la salud de las pacientes, el grado de molestia y alteración psíquica las lleva a consultar una y otra vez y a someterse a la cirugía que se les proponga sin vacilación. Muchos investigadores han trabajado desde hace muchos años sobre el problema y múltiples son las técnicas descritas para su corrección, sin conseguir hasta ahora un procedimiento que garantice una curación en el 100% de ellas.

Es muy difícil establecer la frecuencia de la afección. Algunos estudios indican

que entre un 40 a 50% de mujeres jóvenes, sin patología urinaria alguna, sufren mínima incontinencia urinaria con algún esfuerzo o situación especial. Los estudios anatómicos y funcionales de la estructura del cuello vesical y de la uretra son múltiples y diversas las causas que investigadores y autores invocan en la producción de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Desde Barnes (1), Bonnery (2), Bailel (3), Millin y Read (4), Jeffcoat y Roberts (5) (6), Green (7), Noll y Hutch (8), Shopfner y Hutch (9), Tanagho (10); se viene estudiando la anatomía, la función y la sinergia que debe mantener el mecanismo vesico-uretral en la continencia urinaria y durante la micción.

El problema de la incontinencia urinaria de esfuerzo es tan frecuente, que se ha formado la Sociedad Internacional sobre continencia. Dicha entidad la ha definido como "la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede de la presión uretral máxima sin actividad ninguna del detrusor". Esta última parte de la definición no concuerda

* Jefe Servicio de Urología.

con estudios que últimamente viene aportando la urodinamia. (11).

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo fué hacer una revisión de los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a cistouretropexia retropública, tipo Marshall modificado (12, 22) o Tanagho (13) y estudiar la eficacia de estas intervenciones en conjunto.

MATERIAL Y METODOS

El estudio comprende la revisión de 128 pacientes que han sido sometidas a cistouretropexia retropública, 85 a Marshall modificado y 43 a tipo Bursch o Tanagho entre 1977 y 1983, en el servicio de Urología de la Clínica San Pedro Claver del ISS.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Todas las pacientes fueron estudiadas siguiendo los mismos parámetros. Se estableció el diagnóstico mediante una historia clínica y un examen físico. Se les ordenó a todas laboratorios de rutina, incluyendo urocultivo y antibiograma. A todas se les ordenó urografía. Al 78% se les practicó cistoscopia, valorando de paso el grado de uretrocistocele y de rectocele y ejecutando en algunas de ellas la prueba de Marshall, (12).

Para la Operación de Marshall Modificada o de Tanagho (antes de Bursch), se practicó en la gran mayoría incisión de tipo Phannesthiel a excepción de aquellas operadas previamente, en las cuales hicimos incisión longitudinal infraumbilical resecano la cicatriz anterior (12). Una vez incidida la aponeurosis

y separados los músculos rectos se abordó el espacio pre-vesical y retropúbico, rechazando el fondo de saco peritoneal hacia arriba.

Mediante disección cuidadosa para no abrir los plejos venosos, se limpió de tejido graso la pared anterior de los fondos de saco vaginales a cada lado de la uretra y del cuello vesical, que se identifica fácilmente, palpando el globo de la sonda Foley, que previamente se ha llenado con diez a quince centímetros de agua, determinando la unión de este con el tallo de la misma. En algunos casos, especialmente en aquellas pacientes obesas, los fondos de saco vaginales fueron señalados por el dedo del ayudante introducido en la cavidad vaginal.

Siempre se preparó la vagina preoperatoriamente cuando se pensó que era necesaria la maniobra anterior y la paciente se colocó con las piernas en abducción para facilitar el procedimiento.

Dos puntos de material absorbible, tipo Vicril o Dexon, se pasaron en cada fondo de saco vaginal, haciendo una buena toma, pero nunca perforando la mucosa vaginal. Un punto del mismo material se pasó a nivel del cuello vesical. Estos puntos fueron luego llevados a través del periostio del retropubis; uno distal y otro proximal, a una distancia de uno y medio a dos centímetros de las sinfisis del pubis, donde hemos encontrado que el periostio se condensa y ofrece un buen espesor para anclar los puntos antes descritos. El punto mediano del cuello se lleva directamente al periostio en la línea media.

En la operación de Tanagho, se efectúa el mismo procedimiento, pero los puntos de los fondos de saco vaginales, se

llevan a los ligamentos de Cooper correspondientes (13).

La herida se cierra por planos, dejando un dren de Penrose; generalmente afrontamos los músculos rectos con Catgut cromado y cerramos la aponeurosis con vicryl o dextron y la piel con seda.

DATOS PREOPERATORIOS

Edad

Fluctúa entre 29 y 69 años, con una marcada incidencia entre los 39 y 49 años, donde el porcentaje se acerca al 45%.

29	—	39	=	30	=	23.44%
39	—	49	=	56	=	43.75%
49	—	59	=	28	=	21.87%
59	—	69	=	14	=	10.94%

Estos datos son muy semejantes a los informados por varios autores nacionales (14, 15, 16, 20, 21).

Paridad

La mayor incidencia se encontró entre aquellas mujeres con más de cinco partos (14, 15, 16, 20, 21) entre ellas encontramos una nulípara y la mayor con 14 partos.

Evolución

El estudio revela que el tiempo varió considerablemente entre 6 meses y 20 años es decir, entre el momento de iniciarse el cuadro y el momento de la operación, con los más altos índices entre 1 a 3 años y luego de 4 a 7, (15).

Grado uretrocistocele

Lo clasificamos en tres grupos, estable-

ciendo el descenso de la vejiga y de la uretra a través del canal vaginal (14, 15, 16, 20, 21).

Grado 1 — Cuando hay descenso que no llega a los límites del introitus.

Grado 2 — Cuando el descenso alcanza este límite.

Grado 3 — Cuando el descenso de la vejiga y de la uretra rebasa el introitus.

Encontramos:

Grado 0 — Dos casos

Grado 1 — 54 casos — 42.19%

Grado 2 — 58 casos — 45.30%

Grado 3 — 14 casos — 12.51%

Encontramos rectocele en 24 casos de las pacientes estudiadas.

Cirugía previa

— Cirugía Vaginal:

Colporrafia Anterior — 12 — 9.37%

Colporrafia Posterior — 6 — 4.68%

Histerectomía Vaginal — 4 — 3.12%

Histerectomía Abdominal — 14 — 10.93%

Operación de Marshall — 2 — 1.56%
(16)

Estudios preoperatorios

Todas las pacientes fueron sometidas a exámenes de laboratorio de rutina, incluyendo urocultivo, recuento de colonias y antibiograma.

Urografía

Se obtuvo en todas las pacientes.

Cistoscopia

Se efectuó en 100 casos y en las descripciones, sólo se encuentran datos sugestivos de infección vesical en tres casos (20, 21).

Cistografía

Se verificó en 40 casos. Todos mostraron anormal descenso y movilidad del segmento uretro-vesical y pérdida del ángulo vesico-uretral posterior, (10, 14, 20, 21).

Urodinamia

En los últimos casos, venimos ordenando este procedimiento para descartar aquellos de incontinencia de stress, vejigas inestables y trastornos urodinámicos de origen nervioso. Se practicó en 6 pacientes.

Suturas

En los últimos 3 años, venimos empleando el vicryl y el dextron para los puntos de fondos de saco a periostio de retropubis. En algunos se ha empleado el Ettibond.

Tiempo de cirugía

La duración del procedimiento fue variable. Entre una hora y cuarto y dos horas y estuvo siempre en relación con la textura de la paciente y las cirugías abdominales previas (17, 18).

No hubo complicaciones serias durante la intervención y nunca se requirió sangre, pues el sangrado casi siempre fue mínimo.

Se presentó infección de la herida, de la pared en 18 casos que equivale a 14% y que es menor de la comunicada por otros autores (19, 20, 21).

Sonda vesical

En general cerramos la sonda vesical a los 4 ó 5 días y ordenamos ejercicios vesicales. La retiramos entre el sexto y séptimo día (16, 20, 21).

Estancia hospitalaria

El tiempo de estadía varió entre 7 y 12 días, con un promedio de 9 días (16, 17, 18).

COMPLICACIONES OPERATORIAS INMEDIATAS

Cuatro pacientes presentaron retención urinaria que hizo necesaria instalar una sonda nuevamente. En dos de ellas fue necesario practicar dilataciones y posteriormente cirugía (17) — 3.12%

Como lo dijimos antes, 18 pacientes presentaron infección de la herida quirúrgica. La infección urinaria estuvo presente en 36 pacientes que consultaron por trastornos urinarios consistentes en urgencia, frecuencia y disuria hasta 3 meses después de dejar la clínica. Es decir 28.12%. Un poco por encima de la encontrada por otros autores. (19, 20, 21).

El tiempo de control post-operatorio fue muy irregular, generalmente lo logramos entre tres meses y un año. No sabemos si después de este tiempo las pacientes han vuelto a recaer. Creemos que no, en vista de que son pacientes afiliados al ISS que tienen a disposición permanente el servicio médico que requieren (7, 16, 17, 18, 20, 21).

Todas aquellas que se quejaron de dolor suprapúbico y en las fosas ilíacas durante los primeros días de la operación, este se prolongó más allá de un mes y a veces hasta 2 y 3 meses. Este efecto se-

cundario se presentó en un 30% con la operación de Tanagho y solo en el 7% con la operación de Marshall Modificado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado general fue bueno en 120 pacientes. Con la operación de Marshall el resultado fue bueno en 79 pacientes (93%) regular en 4 pacientes que consultaron por pérdida ocasional de orina con los esfuerzos (4.71%).

En dos el resultado fue malo. Fue necesario llevarlas a cirugía por permanente dificultad para la micción y deshacer la operación sin lograr resultados satisfactorios - (2.35%).

Con la Operación de Tanagho se obtuvo un resultado satisfactorio en 41 pacientes (95.35%) y regular en 2 (4.65%).

USO ANTIBIOTICOS

Generalmente usamos Gentamicina, Ampicilina y Trimetropin-Sulfa en el inmediato post-operatorio y luego por algún tiempo, regularmente 20 a 30 días, Furadantina, Mandelamine y Trimetropin-Sulfa.

RESUMEN

No se puede invocar un solo factor como causa de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Varios factores como la edad, el número de partos, la relajación del piso pélvico y perineal con desplazamiento y movilidad anormales del segmento vesico-uretral y la obesidad, contribuyen a su presencia. Tampoco podemos decir que existe hoy en día un método quirúrgico capaz de corregir el problema en un 100%. Prueba de ello son las múltiples técnicas que se han descrito y que se describirán en el futuro.

Según Tanagho, el detrusor vesical y la muscular uretral integran una entidad única. Parece que una disposición muscular especial constituida por fibras de grado variable, en orientación y oblicuidad abrazan el meato interno, sin llegar a rodearlo completamente. Estas fibras serían las únicas que podrían ejercer algún tipo de oclusión y continencia.

Sabemos por estudios extensos de mujeres continentes e incontinentes, que en ausencia de alteraciones neuromusculares de tipo central o periférico, no hay daño específico de los elementos musculares señalados previamente.

Se ha hecho una revisión de las historias clínicas de 128 pacientes sometidas a cistouretropexia retropúbica tipo Marshall Modificado y Tanagho, durante el período 1977 - 1983 en el Servicio de Urología de la Clínica San Pedro Claver del ISS.

Encontramos que la incontinencia urinaria de esfuerzo es más frecuente entre los 39 y 49 años, siguiéndole en orden de frecuencia, el grupo entre los 29 y 39 años o sea porcentajes de 43.75% y 23.44% (las 2/3 partes de los casos).

La mayor incidencia se encontró en mujeres con más de cinco partos y que tenían un cistouretrocele Grado 1 ó 2.

18 pacientes habían sido histerectomizadas y 12 habían sido sometidas a colporrafia anterior, 6 de ellas lo fueron también a colporrafia posterior.

Practicamos la intervención de Marshall y de Tanagho en la forma descrita atrás con muy baja morbilidad y una mortalidad de cero.

Las complicaciones inmediatas fueron: infección de la herida en 14 pacientes y retención urinaria al retirar la sonda en 4 pacientes.

La complicación más frecuente en el post-operatorio tardío fue la infección urinaria.

El dolor suprapúbico inmediato y tardío se presentó con más frecuencia, con la Operación de Tanagho.

Obtuvimos resultados buenos en 120 pacientes, lo cual equivale a un 93.75%, regulares en 6 (4.69%) y malos en 2, (1.56%).

ASSESSMENT OF RETROPUBIC CYSTOURETROPEXIA

SUMMARY

Stress Urinary Incontinence (S.U.I.) is not determined by one causal factor only. In fact, age, parity, obesity and loosening of the pelvic floor with mobility and positional change of the vesical-uretral segment, all are intervening factors. There is no surgical technique 100% effective in correcting this condition. Evidence of this are the multiple techniques described so far and yet to test in the future.

According to Tanagho, the vertical detrusor and uretral muscular are a single entity. It seems as if a special muscular arrangement, constituted by fibers varying in degree of orientation and obliqueness, embrace the internal urinary tract without surrounding it completely. These fibers would be the only element that could produce obstruction or continence.

Through various studies with continent and incontinent women, we know that if there are no central or peripheral neuromuscular alterations, there is no specific injury of the muscular elements previously mentioned.

The analysis of 128 clinical records of patients treated by means of Marshall Modified and Tanagho cystourethropelexia, between 1977 and 1983 at the Urology

Department, San Pedro Claver Hospital of Bogota, revealed:

1. S.U.I. is more frequent between 39 and 49 years of age (43.75%) and 29 and 39 (23.44%). This constitutes two thirds of the cases.
2. The greatest incidence was found in women with more than 5 deliveries and with Cystourethrocele I or II.
3. 18 patients had hysterectomy and 12 had undergone colporectomy previously, and of these, 6 had ulterior colporectomy.
4. Both Marshall and Tanagho techniques had zero mortality and a very low morbidity.
5. The Immediate complications were: Infection of the wound in 14 patients and urinary retention after sound removal in 4 cases.
6. The most frequent late complication was urinary infection.
7. Patients treated with Tanagho surgery reported suprapubic pain more often.
8. Assessment of the results is as follows: Good in 120 patients (93.75%), average in 6 cases (4.69%) and poor in 2 cases (1.56%).

BIBLIOGRAFIA

1. BARNES, A.C. A method for evaluating the stress of urinary incontinence. *Am. J. of Obst. and Gynec.* 40, 381, 1940.
2. BONNERY, V.I. On diurnal incontinence of urine in women. *Am. J. of Obst. and Gynec.* 30-558.
3. BAILEL, K.V. A clinical investigation into uterine prolapse with stress incontinence. Treatment by modified colpography and Manchester. *J. of Obst. and Gynec.* Part 3 - 79-947, 1963.
4. MILLIN, T. & READ, C.D. Stress incontinence of urine in the female. *Post-Graduate Medical Journal.* 24:3 - 10, 1948.
5. JEFFCOATE, T.N. Functional disturbance of the female bladder and urethra. *J. of Surgeons of Edimburgh* 7:28 - 47, 1961.
6. JEFFCOATE, T.N. & ROBERTS, H. Observations on stress incontinence of urine. *Am. J. of Obst. and Gynec.* 64:721, 1952.
7. GREEN, T.L. Development of a plan for the diagnosis and treatment of urinary stress incontinence. *Am. J. of Obst. and Gynec.* 83: 632-648, 1962.
8. NOLL, L.C. & HUTCH, J.A. An aid in interpreting the voiding Cistourethrogram. *J. of Obst. and Gynec.* 33: 680-689, 1969.
9. SHOPFNER, C.E. & HUTCH, J.A. The Trigonal Canal. *Radiology*, 88: 209-221, 1972.
10. TANAGHO, E.A. SMITH, D.R. Mechanism of urinary continence. *J. of Urol.* 100: 640-646, 1968.
11. BATES, P. BRADLEY, W.E., ROWARD D. STERLING A. HALD T. GLENN E., MELCHIOR H. First report on the standardization of terminology of lower urinary, tract function. *Br. J. Urol.* 48:39, 1976.
12. MARSHALL, V.F. MARSHETTI, A.A. Single vesico-urethral suspension. A survey *American J. Obst. and Gynec.* 74: 57, 1957.
13. TANAGHO, E.A. Colporethrocistopexy. The way we do it. *J. of Urol.* 110: 751, 1976.
14. BERNAL, E. La uretrovesico suspension de Marshall - Marshetti y Krantz en la corrección de la incontinencia.
15. MECINA Y COLS. *Revista Col. de Obstet. y Ginec.* Vol. XXI, 3 250, 1970.
16. LOMANTO MORA A., GOMEZ CUSNIR, P. Evaluación de la Colpocistourtropexia en la incontinencia urinaria de esfuerzo. *R. Col. de Obstet. y Ginec.* Vol. 33 No. 2, 112, 1982.
17. GOMEZ M. & COLS. Operación de Tanagho. XV Congreso de Urología, Bucaramanga, 1978.
18. CALLAGHAN, P.E. Abdominal urethropexy: Throlisis Vs. Marshall - Marshetti - Krantz. *South Med. J.* 68, 1231, 1975.
19. DRUNCKER Y COLS. *Clinical Obst. and Gynec.* Vol. 3, 821, 1978.
20. BECERRA BARON E., & TATIS CABASCAS RAFAEL. Revisión y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. XI Congreso Soc. Col. de Urología, Barranquilla 1972.
21. BECERRA BARON ENRIQUE. Incontinencia urinaria de esfuerzo, XVIII Congreso Sec. Col. de Urología, Cartagena 1982.
22. MARSHALL VICTOR F. MARSHETTI, A.A., KRANTZ, K.E. The correction of stress incontinence by simple vesico-urethral suspension. *Surgery Gynec and Obst.* 88: 509-514, 1949.