Uretrocistopexia Infrapúbica

Dres.: Heman Redondo Gómez*, Raúl Cruz Palacio**

CIRUGIA PARA LA CORRECCION QUIRURGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ASOCIADA A PROLAPSO GENITAL

INTRODUCCION

La práctica nos ha enseñado que no es sencillo escoger una determinada técnica quirúrgica cuando se trata de corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Los porcentajes de recaídas publicados con el sinnúmero de técnicas existentes así parece demostrarlo (2, 3, 5, 7, 10, 11, 15, 16, 18, 20, 21).

Hoy en día aceptamos que en general se obtienen mejores resultados con operaciones suprapúbicas que con las efectuadas por vía vaginal (7, 13, 21, 23). Sin embargo, cuando la incontinencia se asocia a prolapso genital se hace necesario recurrir a una técnica vaginal para corregir simultáneamente y por la misma vía tanto la emisión involuntaria de orina, como el prolapso (18, 21).

Estamos convencidos de que la mejor fórmula es la combinación de varios procedimientos, de acuerdo con el estudio individual de cada paciente, para obtener un mejor rendimiento global, tal como lo planteamos en nuestra anterior publicación (20).

Pretendemos con este trabajo demostrar que cuando incontinencia urinaria de esfuerzo y prolap-

so genital se presentan simultáneamente, la uretrocistopexia infrapúbica descrita por Powell en 1981 (18) ofrece las mejores perspectivas, en la medida en que permite corregir las dos patologías por la misma vía de acceso y con un porcentaje de recaídas aceptable.

Objetivo General

Promover el conocimiento de la uretrocistopexia infrapúbica por vía vaginal, desconocida en nuestro medio y demostrar su efectividad en el manejo de la incontinencia de esfuerzo cuando se asocia a prolapso genital.

Objetivo Específico

Realizar un trabajo prospectivo de cuatro años de seguimiento, con las pacientes que acuden a la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Regional Simón Bolívar de Bogotá y que específicamente presenten simultáneamente incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.) y prolapso genital, a las cuales se les practicará uretrocistopexia infrapúbica por vía vaginal.

METODOS

En cuatro años de seguimiento prospectivo, comprendidos entre el 10. de agosto de 1983 y el 31 de julio de 1987, un total de 315 pacientes fueron estudiadas, de las cuales a 75 se les practicó uretrocistopexia infrapúbica y corrección de celes.

* Ginecólogo y Obstetra, Hospital Simón Bolívar. Instructor, Escuela Colombiana de Medicina. Coordinador, Clínica de Incontinencia Urinaria.

** Urólogo, Hospital Simón Bolívar. Instructor, Escuela Colombiana de Medicina.

Se siguió el protocolo de estudio y tratamiento establecido y publicado por la Clínica de Incontinencia Urinaria (20), el cual establece cuatro grupos terapéuticos, así:

GRUPO I: Pertenecen a este grupo quienes presentan uretrocistocele I o II de poco componente posterior, preferiblemente delgadas, con o sin patología abdominal asociada como miomatosis uterina, con o sin rectocele o desgarró perineal.

Se les realiza uretrocistopexia suprapúbica, según técnica de Tanagho (27, 28), simple, con perineorrafia complementaria o asociada a otra cirugía abdominal como histerectomía.

GRUPO II: Es el grupo motivo de este estudio. Pertenecen a él quienes además de la I.U.E. presentan prolapso genital, tal como cistocele II de gran componente posterior, cistocele III, histerocele, elongatio colli, enterocele, rectocele o desgarró perineal III.

A estas mujeres se les realiza uretrocistopexia infrapúbica por vía vaginal, según técnica de Powell (18), simultáneamente con la corrección de la patología vaginal asociada.

GRUPO III: Incluye casi exclusivamente a quienes han recaído de la I.U.E., es decir, que tienen cirugía previa y ésta ha fracasado. También hemos incluido algunas pacientes excesivamente obesas, sin prolapso.

Se les realiza cervicosuspensión endoscópica, según técnica de Pereyra (16) modificada por Stamey (22).

GRUPO IV: Pacientes con diagnóstico confirmado por estudio urodinámico de incontinencia urinaria (I.U.E.) por inestabilidad vesical. A estas pacientes se les da tratamiento médico.

RESULTADOS

Las 315 pacientes estudiadas en los cuatro años se distribuyeron por grupos así:

Uretrocistopexia suprapúbica	172 casos	54,6%	I
Uretrocistopexia infrapúbica	75 casos	23,8%	II
Cervicosuspensión endoscópica	11 casos	3,5%	II
Total casos operados	258 casos	81.9%	
Tratamiento médico (inestabilidad)	57 casos	18%	

Simultáneamente con la corrección de la I.U.E. en los 75 casos del grupo II, se corrigió por la misma vía patología asociada, así:

Colpoperineorrafia	75 casos	100%
Operación de Manchester	8 casos	10.6%
Histerectomía vaginal	6 casos	6%
Esfinteroplastia	3 casos	4%
Corrección enterocele	3 casos	4%
Conización diagnóstica	1 caso	1.3%

Se solicitó estudio urodinámico en 8 casos, o sea el 10,6%. La cistoscopia se practicó con protocolo en 60 casos, o sea el 86,6% de los casos.

La edad de las pacientes osciló entre 30 años la menor y 68 años la mayor, el promedio de edad estuvo en la década entre 40 y 50 años, así:

No. de pacientes entre 30 y 39 años	7	9,3%
No. de pacientes entre 40 y 49 años	29	38,6%
No. de pacientes entre 50 y 59 años	21	28,0%
No. de pacientes entre 60 y 68 años	18	24,0%

El número de hijos osciló entre 1 y 10 incrementándose el porcentaje a medida que aumenta la paridad, así:

Entre 1 y 3 hijos	17 casos	22,6%
Entre 4 y 6 hijos	28 casos	37,3%
7 y más hijos	30 casos	40.0%

La sonda vesical en los primeros 38 casos se retiró sistemáticamente al tercer día. Posteriormente se continuó retirando al segundo día hasta la actualidad (48 hrs.). Por los casos de retención urinaria el promedio general de permanencia de la sonda fue de 3,86 días.

El residuo vesical postoperatorio promedio fue de 45 cc. Consideramos retención urinaria cuando el residuo vesical excede el 20% de la capacidad vesical, en el postoperatorio reciente. Posteriormente el residuo vesical debe ser del 5%. Debemos aclarar que en este punto tuvimos bastante subregistro y deficiencia en la información.

Después del acto quirúrgico, una vez retirada la sonda, algunas pacientes presentaron algunos síntomas molestos. Los más frecuentes detectados fueron: (síntomas transitorios).

Alguria	20 casos	26,6%
Urgencia	16 casos	21,3%
Frecuencia	12 casos	16,0%
I. de urgencia	10 casos	13.3%

La morbilidad de la cirugía es como sigue:

Retención urinaria	10 casos	13,3%
Infección urinaria	8 casos	10,6%
RECAIDA DE LA I.U.	4 casos	5,3%
Dolor suprapúbico	3 casos	4,0%
Vulvovaginitis purulenta	2 casos	2,6%
Fístula vesicovaginal	1 caso	1,3%
Inestabilidad Post-op.	1 caso	1,3%
Periostitis aséptica	1 caso	1,3%
Hematoma retropúbico	1 caso	1,3%

COMENTARIOS

1. Cerca de la cuarta parte de todos los casos de I.U. (23.8%) se presenta asociado a prolapso genital.
2. La uretrocistopexia infrapúbica permitió en 21 casos realizar cirugía vaginal complementaria (28%) y en todos los casos permitió realizar la colpoperineorrafia.
3. El estudio urodinámico se solicitó cuando se consideró indicado, con criterios establecidos en el protocolo (20).
4. Los síntomas molestos arriba anotados cedieron con tratamiento médico en la mayoría de los casos. De ellos el más molesto es la incontinencia de urgencia, generalmente asociada a infección urinaria, excepto en un caso que presentó inestabilidad en el postoperatorio.
5. La retención urinaria es una complicación molesta debida a tres causas perfectamente identificadas:

a) Edema uretral. Por el trauma quirúrgico propiamente dicho y/o por la sonda. Esta molestia disminuyó al retirar la sonda más temprano. La retención más duradera persistió por 15 días. Se trataron con antisépticos urinarios, antiinflamatorios, sonda vesical delgada (12 FR, 14 FR) y ejercicios vesicales activos cada 3 horas.

b) Atonia vesical. Menos frecuente, posiblemente también debida al trauma quirúrgico. La retención más duradera por esta causa fue de 8 días. De manejo más fácil, a diferencia de la anterior no produce alguria severa si no simplemente globo vesical. Se trata con antiséptico urinario y sonda permanentemente abierta a cistoflúo.

c) Hipercorrección verdadera. Implica reintervención, la consideramos como tal cuando la retención urinaria excede las cuatro semanas. Con la uretrocistopexia infrapúbica no hemos tenido casos de este tipo, en cambio con la suprapúbica sí en dos oportunidades los cuales fueron reintervenidos.

6. Los cuatro casos de recaída presentados hasta el momento, o sea el 5.33% para la operación de Powell, es similar al porcentaje reportado por el autor en 1981, quien controló 25 pacientes durante 8 años, con 4% de recaídas (18).

De los cuatro casos, dos no hemos vuelto a tener conocimiento por deserción del programa. El tercero presentó vejiga inestable en el postoperatorio y mejora transitoriamente con el tratamiento médico específico (20). El cuarto caso fue reintervenido con una cervicosuspensión endoscópica (grupo III) y en la actualidad está continente.

7. La recaída combinada de los 258 casos operados, excluyendo los casos de inestabilidad vesical, es como sigue:

Grupo I	172 casos	3 recaídas	1,71%
Grupo II	75 casos	4 recaídas	5,33%
Grupo III	11 casos	1 recaída	9,09%
Total casos operados	258	8 recaídas	3,10%

Este porcentaje es menor al encontrado en nuestro informe preliminar, con dos años de seguimiento, en 1985 (20).

8. Se presentó un caso de fístula vesicovaginal, complicación difícil de manejar por la ubicación pretrigonal. Se necesitaron dos reintervenciones una por vía abdominal y otra por vía vaginal para finalmente corregir esta complicación.
9. Tuvimos el caso de una paciente con severo dolor suprapúbico, en la cual no pudimos demostrar radiográficamente la periostitis pero la interpretamos como tal. Se manejó con analgésicos y antiinflamatorios hasta tres meses después de la cirugía cuando finalmente cedió el dolor.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Antes de afrontar un tratamiento quirúrgico en pacientes con I.U., recomendamos realizar un estudio clínico bien dirigido para excluir de cirugía los casos de inestabilidad vesical.

2. Cuando la I.U.E. se asocia con prolapso genital, la mejor opción es corregir los dos defectos por la misma vía, para lo cual recomendamos la uretrocistopexia infrapúbica.
3. Cuando existe recaída de la I.U.E. la mejor alternativa es la cervicosuspensión endoscópica (grupo III).
4. En los demás casos la técnica suprapúbica es la que mejores resultados ofrece.
5. Con este protocolo el riesgo de fracaso es del 3.1%.

RESUMEN

Se realizó un trabajo prospectivo con 315 pacientes de la Clínica de Incontinencia Urinaria del Hospital Regional Simón Bolívar de Bogotá, Colombia, de las cuales a 75 se les practicó uretrocistopexia infrapúbica simultánea con corrección de celes.

El estudio comprende 4 años de seguimiento entre agosto de 1983 y julio de 1987. El porcentaje de recaídas para los casos de uretrocistopexia por vía vaginal es de 5.33%, en tanto que el porcentaje global de recaídas según el protocolo propuesto de

todos los casos operados, 258 en total, es de 3.10%. Finalmente, cuando la incontinencia urinaria de esfuerzo se asocia a prolapso genital se recomienda la uretrocistopexia infrapúbica descrita por Powell en 1981.

SUMMARY

URETHROCISTOPEXY RETROPUBIC

Technique used when prolapse is associated with urinary incontinence.

A prospective study of 315 patients in the Urinary Incontinence Clinic of the Simón Bolívar Regional Hospital, Bogotá, Colombia, was completed in which 75 patients underwent retropubic urethrocistopexy with simultaneous suspension of prolapse.

The study was carried out over a 4 years period from august 1983 to july 1987. A 5.33% rate of relapse of incontinence with a vaginal urethrocistopexy compares favorably with the global percentage of 3.10% relapse in the 258 patients which were operated according to the described protocol. The authors recommended the use of this technique described by Powell in 1981, when prolapse is associated with urinary incontinence.

BIBLIOGRAFIA

1. BURCH, J.C.: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am.Jou.Obst. & Gyn.*81: 281, 1961.
2. DIAZ, J. HERNANDEZ, C.: Urodinamia en incontinencia urinaria femenina. *Memorias primeras jornadas de Gin. y Obst. Clínica Fray Bartolomé de las Casas, Bog.*, 157. 1984.
3. HODKINSON, C.P.: Stress urinary incontinence. *Am. Jou.Obs. & Gin*, 108-1141, 1970.
4. GALLO, D.: Incontinencia urinaria de esfuerzo. *Urología Ginecológica*, 1a. ed., Guadalajara, 1979.
5. GREEN, T.H.: The problem of urinary stress incontinence in the women. *Obst. and Gyn. srv*, 23: 603. 1968.
6. GREEN, T.H. JR.: Urinary Stress Incontinence: Differential diagnosis, pathophysiology and management. *Am.Jou.Obst.& Gyn.* 122: 368. 1975.
7. GREEN, T.H. JR.: Selección entre las vías de acceso vaginal o suprapúbica para el tratamiento de la I.U.E. *Clin.Obs.y Gin.* XII. 1977.
8. KASER, O.: Incontinencia de orina. *Ginecología especial*. 1 ed. Barcelona, cap. 7, 1977.
9. KELLY, H.A.: Incontinence of urine in women. *Urology and cutaneus review*, 17, 291: 293, 1913.
10. LOMANTO, A., GOMEZ, P.: Operación de Kelly. *Rev. Col. Obst. y Gin.* Vol. XXXIV, 28, 1983.
11. LOMANTO, A. y Cols.: Evaluación de la colpocistoretropexia en la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev. Col. Obs. y Gin.* Vol. XXXIII, 112. 1982.
12. LOMANTO, A.: Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. *Anatomía, fisiopatología y diagnóstico. Memorias prim.jorn.de Gin.y Obs.Clin. Fray B., Bogotá*, 91. 1984.

13. LOMANTO, A.: Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Tratamiento. Memorias prim.jor.Obs.y Gin. Clin.Fray B., Bogotá, 111, 1984.
14. LOPEZ, L.A., CORZO, J.E.: Corrección de la I.U.E. por medio de la uretrocistopexia retropúbica por vía vaginal. Rev.Col.Obs.y Gin. Vol. XXXIV, 34, 1983.
15. MARSHALL, V.F., MARCHETTI, A. KRANTZ, K.E.: The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. Surgery, Gyn.& Obs, 88-509, 518, 1949.
16. PEREYRA, A.J. and Cols.: Combined urethrovesical suspension and vaginourethroplasty of stress incontinence. Obs.and Gyn.1967.
17. PACEY, K.: Patology and repair of genital prolapse. Jou.Obs.& Gyn.of the Brit, 56. 1949.
18. POWELL, L.C. JR.: Rethropubic urethrocystopexy: Vaginal approach. Am.Jou.Obst.and Gyn, 140: 91, 1981.
19. REDONDO, H., LOMANTO, A.: Incontinencia urinaria de esfuerzo: Revisión de la operación de Kelly en 10 años del Instituto Materno Infantil de Bogotá. Trabajo de promoción R III Inédito, 1981.
20. REDONDO, H., CRUZ, R.: Estudio clínico y enfoque terapéutico de la I.U. en la mujer. Rev. Col.Obs.y Gin, Vol. XXXVIII, 1986.
21. REDONDO, H.: I.U.E.: Técnicas vaginales. Memorias, curso sobre I.U. Hospital Materno Infantil. Bogotá, 1986.
22. STAMEY, T.A.: Surgery of female incontinence. Am. Jou.Obs.and Gyn, 77. 1980.
23. STUART, L., STANTON, P.: Cirugía en la I.U. Temas actuales de Gin.y Obst. Cap. 5, 79. 1978.
24. TANAGHO, E.A.: Observations on the dynamics on the bladderneck. Brit.Jou.Urol, 38: 72. 1966.
25. TANAGHO, E.A.: Mechanism and urinary continence embriogic, anatomic and pathologic considerations. Brit.Jou.Urol. 100: 640. 1968.
26. TANAGHO E.A., and Cols: The Trigone: and physiological considerations in relation to the urethrovesical junction. Jou, Urol, Am. 100: 623, 1968.
27. TANAGHO, E.A. and cols: Colpocistouretopexia: la vía, como la hacemos. Jou.Urol, Vol 116, 1974.
28. TANAGHO, E.A. and cols.: Colpocystourethropy: The way, we do it. Jou.Urol, 110: 751. 1976.