

CIRUGIA ABDOMINO VAGINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO ASOCIADA CON DISTOPIA PELVICA

A. Ludmir*, A. Barreda** M. Ayala, N. Yi y C. Vignolo***

Se presenta 342 casos de pacientes operadas de incontinencia urinaria y distopia en el Hospital San Bartomé, entre Junio de 1971 a Diciembre de 1977.

El 98o/o de los casos tenía más de 35 años de edad; el 60o/o fueron grandes múltiparas y un 36o/o adicional tuvieron paridad entre 3 y 6.

Casi un 60o/o de casos tuvo una incontinencia a los medianos esfuerzos.

Un 90o/o de casos presentó un cistocele II a III y hubo un 8.77o/o de prolapsos uterinos.

La técnica quirúrgica más usada fue la mixta, practicándose colporrafia anteroposterior, uretroplastía Kelly-Ball y Marshall-Marchetti-Krantz; se extirpó el útero por vía vaginal en 64 casos y por vía abdominal en 169 casos. Se observó un 32.69o/o de morbilidad postoperatoria, siendo la mayoría de los casos dependientes de infección.

Hubo dos fístulas véscouterinas.

Las recidivas, en los 248 casos que se pudo evaluar en los 4 años, fue del orden del 6.8o/o. El menor número de recidivas se observó precisamente en los casos en donde se efectuó la uretroplastía Kelly-Ball conjuntamente con el Marshall-Marchetti-Krantz. La extirpación del útero no parece modificar el pronóstico postoperatorio de la incontinencia.

Introducción

En estos últimos años, el tema sobre la incontinencia urinaria al esfuerzo sigue presentando una serie de incógnitas y controversias en relación al diagnóstico y al tratamiento. Se ha puesto importante énfasis en determinar los factores causales; así Larson (14) sugiere una adecuada selección de pacientes que permita descartar problemas de urgencia urinaria, disinergia del detrusor o vagina neurogénica.

Otros autores (7, 10, 17) consideran como factor condicionante la pérdida del ángulo uretrovesical anterior y/o posterior, que modificaría el eje de la uretra. Estos cambios se deben a la pérdida de un adecuado soporte de la base de la vejiga y de la uretra proximal.

Para Symmonds (24), la causa fundamental sería más bien una alteración en la calidad del tejido.

En gran parte, traumas durante el parto contribuyen a estas fallas estructurales, haciendo que la uretra pierda la posibilidad de mantener una presión que contrarreste el aumento de la presión intravesical, dando lugar a la incontinencia. La uretra corta, la uretra hipotónica de la postmenopausia y las cicatrices periuretrales son otros factores condicionantes para el mismo defecto (7, 11).

La distopia, o la relajación de las paredes vesicales, no siempre se acompaña de la incontinencia urinaria al esfuerzo, pero es una patología frecuente en las pacientes que acuden a nuestro servicio.

Hasta 1971, nuestra conducta quirúrgica primaria en la incontinencia urinaria era la vía vaginal tipo Kelly ó Kennedy (16). Sin embargo, debi-

* Profesor Principal, Departamento Académico Obst. y Ginecología.

** Coordinador Pre-Grado y Coordinador Internos.

*** Residentes.

do a las recidivas observadas entre un 20 a 30% de los casos operados, cambiamos nuestra actitud en pacientes que además de incontinencia presentaban cierto grado de distopia. A este grupo se les practicó cirugía más amplia, con extirpación del útero y, en la mayoría de los casos, además reparación mixta abdomino-vaginal, como ya fue preconizado por Ball (9, 13, 16) hace muchos años.

Motiva nuestro trabajo evaluar esta modalidad quirúrgica, para fines comparativos con nuestra propia experiencia y la de otros autores.

Material y Métodos

Material humano.—

Se ha evaluado 342 pacientes de nivel socio económico bajo que acudieron al hospital San Bartolomé por incontinencia urinaria entre 1971 a 1977.

Metodología.—

1. Historia clínica para descartar disinergia, urgencia urinaria, enfermedad urológica previa, litiasis renal, trauma vulvo-vaginal, endocrinopatías, enfermedad metabólica o neurológica.
2. Exámenes auxiliares para confirmar el diagnóstico, además de urocultivo.
3. Técnica quirúrgica:
 - a) Vaginal pura:
 - I. Histerectomía vaginal total con colporrafía anteroposterior o Kelly-Ball.
 - b) Vaginal mixta:
 - I. Histerectomía vaginal total con colporrafía anteroposterior; además, Kelly-Ball y Marshall-Marchetti-Krantz.
 - c) Abdominal mixta:
 - I. Histerectomía abdominal total con Marshall-Marchetti-Krantz, colporrafía anteroposterior y Kelly-Ball.
 - II. Histerectomía abdominal total con colporrafía anteroposterior y Kelly-Ball.
 - d) Abdominal pura.
4. Evaluación de las complicaciones (post-quirúrgicas).
5. Recidivas.

Resultados

En la Tabla N° 1 se presenta las pacientes con incontinencia urinaria y distopia concomitante.

TABLA N° 1
INCONTINENCIA URINARIA Y DISTOPIA

	N° de Casos	Porcentaje
Cistocele I	32	9.3
Cistocele II	190	55.5
Rectocele II	90	26.4
Histerocele	30	8.8
TOTAL:	342	100.0

La tabla N° 2 muestra la división de las pacientes por grupos etáricos.

TABLA N° 2
EDAD

Edad en Años	N° de Casos	Porcentaje
30 — 34	4	1.2
35 — 39	78	22.8
40 — 44	101	29.5
45 — 49	94	27.5
50 — 54	31	9.1
55	34	9.9
TOTAL:	342	100.0

TABLA N° 3

PARIDAD

	N° de Casos	Porcentaje
1 — 2	12	3.5
3 — 6	122	35.7
7 — 10	129	37.7
Más de 10	79	23.1
TOTAL:	342	100.0

TABLA N° 4

GRADOS DE INCONTINENCIA		
	N° de Casos	Porcentaje
Grado I	67	19.60
Grado II	197	57.60
Grado III	78	22.80
	342	100.00

TABLA N° 5

METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO		
	N° de Casos	Porcentaje
Prueba de Bonney	342	100.00
Cistouretrografía con cadena	84	24.6

TABLA N° 6

TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA

	N° de Casos	Porcentaje
I. VAGINALES PURAS		
Histerectomía vaginal total + Colporrafía anteroposterior + Kelly-Ball	85	24.9
II VAGINAL MIXTA		
Histerectomía vaginal total + Colporrafía anteroposterior + Kelly-Ball + Marshall-Marchetti-Krantz	64	18.7
III. ABDOMINAL MIXTA		
a) Histerectomía abdominal total + Marshall-Marchetti-Krantz + Colporrafía anteroposterior + Kelly-Ball	132	38.6
b) Histerectomía abdominal total + Colporrafía anteroposterior + Kelly-Ball	37	10.8
IV. ABDOMINAL PURA		
Histerectomía abdominal total + Marshall-Marchetti-Krantz	24	7.0
	342	100.0

TABLA N° 7

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

	N° de Casos	Porcentaje
Infección pared Abdominal	32	9.4
Infección Urinaria	30	8.8
Infección cúpula Vaginal	13	3.8
Traqueobronquitis	12	3.5
Infección Colporrafía	8	2.3
Retención Orina	8	2.3
Eventración	3	0.9
Fístula Vesicouterina	2	0.6
Tifoidea	2	0.6
Dehiscencia de Cúpula	2	0.6
	112	32.7

TABLA N° 8

RECIDIVAS

	N° de Casos	Porcentaje
Operadas	342	100.00
Evaluadas en 2 años	248	72.51
Perdidas de Vista	94	27.49
Recidivas	17	6.08 (sobre 248)

TABLA N° 9

MOMENTO DE LA RECIDIVA

	N° de Casos	Porcentaje
6 Meses	7	41.2
12 Meses	5	29.4
18 Meses	3	17.6
48 Meses	2	11.8
	17	100.0

TABLA N° 10

RECIDIVAS EN RELACION A TECNICA

	N° de Casos	Recidivas	Porcentaje
I VAGINALES PURAS			
Histerectomía vaginal total Colporrafía anteroposterior Kelly-Ball	85	8	9.41
II. VAGINAL MIXTA			
Histerectomía vaginal total Colporrafía anteroposterior Kelly-Ball + Marshall-Marchetti- Krantz.	64	1	1.56
III. ABDOMINAL MIXTA			
a) Histerectomía abdominal total + Marshall-Marchetti-Krantz + Colporrafía anteroposterior Kelly-Ball	132	3	2.27
b) Histerectomía abdominal total + Colporrafía anteroposterior + Kelly-Ball	37	4	10.81
IV. ABDOMINAL PURA			
Histerectomía abdominal total + Marshall-Marchetti-Krantz	24	1	4.16

Discusión

Observamos en la Tabla 1, que el 91o/o de nuestros casos de incontinencia, presentaban una distopia moderada, y en más del 8o/o hubo prolapso uterino; estos hallazgos son mas bien frecuentes en el tipo de pacientes de nivel socio-económico bajo que acuden a nuestro hospital. Todas ellas, por lo regular, además de la paridad suelen tener actividad física intensa.

En la Tabla 2, vemos que la edad del grupo estudiado se encuentra por encima de los 30 años y, en más del 98o/o, superó los 35 años de edad; ello se debe a la modalidad quirúrgica empleada. En todos los casos se estirpó el útero, ya que en nuestro Departamento corregimos la relajación vaginal con esa metodología.

En un 20o/o de casos, los pacientes eran mayores de 50 años de edad, edad en que la uretra se hace hipotónica por la falta de acción estrogénica y los cambios músculo fasciales postmenopáusicos (9, 12).

En la Tabla 3 se aprecia que el 96.5o/o de los casos estuvo representado por múltiparas, del cual 60.8o/o correspondió a grandes múltiparas. Tres de los 12 casos con 1 ó 2 hijos tuvieron prolapso congénito.

En cuanto al grado de incontinencia, se observa que la pérdida de orina al menor esfuerzo se presentó en un 20o/o y, en los otros casos, el esfuerzo de tos o pujo fueron los causales de incontinencia.

Es evidente que la pérdida involuntaria de orina, es el resultado de un aumento de la presión intra abdominal, frente a una falla en el tejido denso fibroso del tercio proximal y medio de la uretra; esta desunión de las estructuras condiciona que la uretra se dirija hacia abajo y atrás, dejando de ser intra abdominal y quedando fuera de la fuerza de presión intra abdominal; al aumentar la presión intravesical, sin aumento concomitante de la presión intrauretral, se produce la incontinencia (1, 5, 12).

La presión intrauretral normal es de 100 ml. de agua. Si disminuye a 30 ml. ó menos, como en los casos antes señalados o en la uretra corta o en la existencia de cicatrices, se produciría la pérdida involuntaria de orina.

En relación a métodos auxiliares, nosotros hacemos la evaluación de los músculos pubicocccígeos utilizando dos dedos de la mano, con la paciente en posición de litotomía, de rodillas y de pie; realizamos el test de Bonney utilizando agua en la vejiga. Efectuamos las maniobras clásicas de pujo, con y sin la presión de los dedos contra el ángulo uretrovesical posterior; Marshall prefiere usar pinzas de Allis (17). Crystle (3) y Pelosi

(20) utilizan la prueba del hisopo (Q-Tip Test) observando cómo el hisopo dentro de la uretra se moviliza hasta en un ángulo de 50° a 70° sobre la horizontal, en los casos de stress.

Nosotros, lamentablemente no hemos podido utilizar la cistometría como lo preconiza Robertson (1, 22) y otros, quienes incluso han introducido la electrónica tratando de demostrar que, frente al stress, los niveles de presión intra uretral son de 30 a 40 cm. ó menos, descartando de esa manera las vejigas disinérgicas.

La cistrouretrografía por cadena la efectuamos en 84 casos (casi el 25o/o). Pero, en realidad, este examen que en manos de Hodgkinson y de Green parece rendirles grandes satisfacciones, no es aceptada ni por Marshall ni por Krantz. Kitzmiller, en 1972, compara cistouretrografías en mujeres continentes e incontinentes, observando que el problema presenta muchas variaciones en el ángulo uretrovesical anterior y posterior, dando una idea estática y no dinámica; es definitivamente pobre para el diagnóstico (4, 6). Greenwald (8) tampoco observa una relación entre el stress y la cistografía, apreciando hasta un 50o/o de error. En un 65o/o de múltiparas puede ser positivo sin que se exprese en incontinencia.

Para Green, este método radiográfico le permite establecer dos tipos de patología: Tipo I, en donde la base vesical cae o se abomba en el ángulo uretro-vesical posterior, en cuyo caso, la cirugía sólo vaginal obtiene un 90o/o de éxito. En el Tipo II se pierde también el ángulo uretro vesical anterior, y la uretra cambia su eje; en estos casos, Green obtiene 97o/o de éxito con la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz (7).

Las técnicas quirúrgicas que hemos empleado (Tabla 6) han tenido como común denominador la histerectomía, cuya racional ya la hemos establecido; observamos que la mayoría de nuestras intervenciones fueron mixtas, con histerectomía abdominal o vaginal, acompañándolas con el Marshall-Marchetti-Krantz en un 64.30o/o de casos. El tipo de material usado es la seda negra. Desde el año 1975, agregamos a los 3 puntos hacia la cara posterior de la sínfisis, un cuarto punto tipo Burch (2), desde el fondo de saco vaginal parauretral al ligamento de Cooper. El procedimiento vaginal ha sido el clásico de Kelly, agregándole el punto doble de Ball en el 93.0o/o de casos (9, 15, 18, 21, 23, 24).

Hemos observado una morbilidad relativamente alta; pero, la cirugía fue bastante amplia y, sobre todo, sabemos que la morbilidad es un problema prevalente, particularmente en los hospitales del Estado (Tabla 8).

No hemos tenido casos de hematoma suprapúblico, porque siempre dejamos un dren Penrose.

Lo interesante es que, a los 4 años, nuestras recidivas en los casos constatados ha sido de 17 pacientes sobre 248 que lograron ser chequeadas ulteriormente, o sea un 6.8o/o de operadas. Dichas recidivas (Tabla 8, 9 y 10) fueron observadas, sobre todo, en los casos donde no se efectuara el Marshall-Marchetti-Krantz, casi en unas tres veces más de casos.

Es en estos casos donde la técnica de hamaca se-

ría la más aconsejable (25).

Es importante dejar establecido, también, que la histerectomía, por cualquiera de la vías, no parece modificar el pronóstico de la incontinencia; sólo es justificable como cura adicional de la distopia en pacientes de nivel socio-económico bajo y sometidas a grandes actividades que condicionan presión uretro abdominal aumentada, frecuente y continúa.

Bibliografía

1. Beck, R.P., Maugham, C.B.: Simultaneous intraurethral and intravesical pressure studies in normal women and those with stress incontinence. *Am J Obstet Gynec* 89: 746, 1964.
2. Burch, J. C.: Cooper ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am J Obstet Gynec*, 81. 281, 1961.
3. Crystle, C. D., Charmel, S., Copeland, W. E.: Tip Test for stress urinary incontinence. *Obstet Gynec* 38: 313, 1971.
4. Cullen K. R., Welch, J. S.: Stress incontinence. *Surg Gynec Obstet* 113: 85, 1961.
5. Frewen W. K.: Urinary incontinence. *J Obstet Gynec Brit Cwlth* 79: 77, 1972.
6. Frewen W. K.: Foley catheter urethrography in stress incontinence. *J Obstet Gynec Brit Cwlth* 78: 660, 1971.
7. Green, T. H.: The problem of urinary stress incontinence in the female. *Obstet Gynec Survey* 23: 603, 1968.
8. Greenwald, S. W., Thornbury, J. R., Dunn, L. S.: Cystourethrography as a diagnostic aid in stress incontinence. *Obstet Gynec* 29: 324, 1967.
9. Grober, E. A.: Stress incontinence in women: A review 1977. *Obstet Gynec Survey* 32: 9, 1977.
10. Hodgkinson, C.P.: Urinary stress incontinence in the female *Clin Obstet Gynec* 6: 154, 1963.
11. Hodgkinson, C. P.: Urinary stress incontinence. *Am Obstet Gynec* 108: 1141, 1970.
12. Huffman, J.: Stress incontinence. *Am J Obstet Gynec* 46: 773, 1948.
13. Kulich A.: Stress incontinence. *N. Y. State J. Med* 62: 3435, 1962.
14. Larson, J. W., Swenson, W. M., Utz, D. C., Steinhelber, R. N.: Stress incontinence. *J Am Med Assoc* 184: 697, 1963.
15. Low J. A.: Management of anatomic urinary incontinence by vaginal repair. *Am J Obstet Gynec* 97: 308, 1967.
16. Ludmir A. y col.: Incontinencia Urinaria de esfuerzo: Evaluación clínica terapéutica. V Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima - Perú, 1974.
17. Marshall V. F., Marchetti A. D.: Simple vesico-urethral suspension. *Am J Obstet Gynec* 74: 1, 1957.
18. Newman H.T., Northrup, J.D.: Female urinary stress incontinence *Am J Surg* 102: 633, 1967.
19. O'Brink, Anders: Pubo coccy geal repair ad modum Ingelman-Sundberg. *Acta Obstet Gynec Scand.* 56: 391, 1977.
20. Pelosi, M., Apuzzio, J. J., Frattasala, A., Hung C. T., Caterini, H.: Diagnostic device for stress incontinence. *Obstet Gynec* 45: 223, 1975.
21. Riba, L. W., Kaupp, H.A.: Treatment of stress incontinence by Marshall-Marchetti-Krantz procedure. *Am J Obstet Gynec* 84: 1847, 1962.
22. Robertson, J. R.: Ambulatory gynecological urology. *Clin Obstet Gynec* 17: 255, 1974.
23. Shute, W. B.: Vaginal support and stress incontinence. *Am J Obstet Gynec* 91: 824, 1965.
24. Symmonds, R.E.: The suprapubic approach to anterior vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynec* 15: 1107, 1972.
25. Zacharin, R.F.: Abdomino perineal urethral suspension. *Obstet Gynec* 50: 1, 1977.