

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia
" Dr. Luis Castelazo Ayala "
Instituto Mexicano del Seguro Social

**EFFECTIVIDAD DE LA CISTOURETROPExIA RETROPUBLICA TIPO
BURCH EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO**

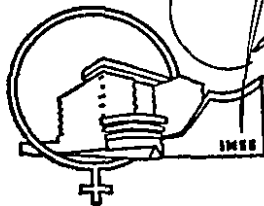
TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de la Especialidad en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DR. MARCO ANTONIO ESCALANTE CAMPOS

Asesor: DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE OMBRE**

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

| | | |
|-------|--------------------------|----|
| I. | INTRODUCCION | 1 |
| II. | DEFINICION | 3 |
| III. | HISTORIA | 4 |
| | A) GENERALIDADES | |
| IV. | TECNICA QUIRURGICA | 8 |
| V. | OBJETIVOS | 10 |
| | A) HIPOTESIS ALTERNATIVA | |
| | B) HIPOTESIS DE NULIDAD | |
| VI. | MATERIAL Y METODOS | 10 |
| VII. | RESULTADOS | 16 |
| VIII. | DISCUSION | 25 |
| IX. | CONCLUSIONES | 27 |
| X. | BIBLIOGRAFIA | 29 |

EFFECTIVIDAD DE LA CISTOURETROPEXIA RETROFUBICA
TIPO BURCH EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO

I. INTRODUCCION

Como consecuencia de su proximidad, el desarrollo anatómico y embriológico de los sistemas urinario y genital están sujetos a alteraciones anatómicas, fisiológicas y patológicas similares. Los síntomas del aparato urinario y reproductivo están tan íntimamente interrelacionados que una enfermedad en uno de los dos sistemas, con frecuencia tiene un efecto adverso sobre la función normal del otro sistema. El traumatismo del parto y las agresiones del tracto urinario resultantes de la cirugía ginecológica o de la radioterapia son las causas más frecuentes de la incontinencia.

Para tratar con eficacia uno de los más frecuentes síntomas de la mujer, llamado incontinencia urinaria, es esencial que el médico sepa perfectamente todo lo relacionado con el mecanismo fisiológico normal de la continencia urinaria anatómica como la neurogénica. De lo anterior, se desprende que a través del tiempo ha sido necesario pasar de cierto grado de empirismo a un entendimiento más científico en lo que se refiere a la incontinencia urinaria de esfuerzo, la cual como entidad patológica específica no se había separado adecuada-

mente del síntoma incontinencia urinaria.

La capacidad de controlar la función vesical es un factor mayor en la vida diaria, cuya importancia se valora en lo debido cuando se pierde esta capacidad. La incontinencia urinaria es un estado molesto, desmoralizador y a veces incapacitante que, además de la importancia médica, tiene deducciones sociales importantes.

No es fácil establecer la frecuencia de la incontinencia, pero algunos estudios indican que más del 50 % de las mujeres jóvenes nulíparas admiten en alguna ocasión la pérdida de orina con el esfuerzo, especialmente con la vejiga llena (14,20).

Un aspecto fundamental para comprender y tratar la incontinencia urinaria es diferenciar entre dos funciones de la vejiga; a saber: retención y expulsión de orina. La incontinencia puede resultar de deficiencia en los mecanismos normales de retención o de insuficiencia del control normal de la micción, distinción que fue destacada por Jeffcoate ya en 1961, y por muchos autores después de él.

Las mujeres aprenden a reconocer una capacidad crítica y evitan los aumentos de la presión intraabdominal como los esfuerzos, los estornudos o el ejercicio físico, etc., con una vejiga excesivamente llena. También debe decirse que las pacientes con una incontinencia de esfuerzo genuina adoptan esta técnica y así clínicamente no padecen dicha incontinencia de esfuerzo, aunque las pruebas urodinámicas apropiadas pueden

revelar todas las características de la incontinencia de esfuerzo genuina. Curiosamente, la incontinencia de esfuerzo genuina aparece en las hembras de raza blanca y rara vez se observa en las mujeres de raza negra y orientales (6).

Muchas pacientes de incontinencia curan por cirugía; algunas, en quienes se esperaba cura, permanecerán incontinentes después de la cirugía. El buen resultado quirúrgico a menudo refleja más la selección perspicaz de las pacientes que la de un procedimiento quirúrgico particular.

Se han efectuado varias revisiones de operaciones encaminadas a dominar la incontinencia urinaria genuina (Hodgkinson 1970; Green, 1975; Stanton, 1976) y se supone que hay más de 100 variedades de operaciones, algunas de ellas difiriendo únicamente en puntos menores (4,6,18). Nosotros estudiaremos la cistouretropexia retropública descrita por JOHN C. BURCH en el año de 1961 y que consiste en introducir puntos entre la fascia paravaginal y el ligamento de Cooper homolateral (1).

II. DEFINICION

Se entiende por incontinencia urinaria de esfuerzo, la pérdida involuntaria de orina durante los esfuerzos (7,15).

Sumado a lo difícil del tema de incontinencia está las variaciones en la nomenclatura por lo que la Sociedad Internacional sobre Continencia está laborando para estandarizarla y ha producido las siguientes definiciones de la incontinencia de

esfuerzo. La incontinencia de esfuerzo denota:

- a) Un síntoma
- b) Un signo
- c) Una condición

El SINTOMA "Incontinencia de esfuerzo" indica que la mujer afirma expulsar involuntariamente orina cuando realiza al gún ejercicio físico (7,10).

El SIGNO "Incontinencia urinaria de esfuerzo" implica la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después de un incremento de la presión abdominal (7,10).

La CONDICION "Incontinencia de esfuerzo genuina" implica la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima en ausencia de actividad del detrusor (7,10).

III. HISTORIA

a) Generalidades: La incontinencia de orina puede relacionarse con disfunción vesical, disfunción uretral y raramente formación de fístula, vaciamiento vaginal o divertículo uretral.

La incontinencia urinaria asociada con la urgencia suele guardar relación con contractilidad vesical, pero algunas mujeres con simple incontinencia urinaria de esfuerzo se quejan de urgencia, y muchas con incontinencia de urgencia bien des-

crita, cuando se examinan dan un cistometrograma normal.

El 30% aproximadamente, de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo determinada anatómicamente, también sufren inestabilidad del detrusor. En mujeres de edad avanzada, en la mitad o más de los casos la incontinencia con urgencia se asocia con función uretral proximal inadecuada, que responde al tratamiento mejorando el cierre de la uretra.

El término "Incontinencia de Esfuerzo" fue empleado por primera vez por Sir Eardley Holland y se indicaron las primeras recomendaciones para su tratamiento en 1864 (9). El tratamiento médico consistía en una serie de maniobras que incluían baños de pies en agua fría, duchas hipogástricas frías, - baños aromáticos y duchas vaginales. Schatz sugirió la aplicación de inyecciones de agua estéril en la teca espinal y en el espacio epidural (9). El primer procedimiento quirúrgico, aunque no estaba dirigido contra la pared vaginal anterior o la uretra, fue sugerido por Neveu en 1880, quien recomendó la ligadura del prepucio del clitoris y el pintado del meato uretral con colodium (9). En 1900, se recomendaron gran variedad de operaciones, e incluyendo la escisión de diversas porciones de la pared vaginal. Hacia 1901, Kelly describió el - fruncimiento del cuello vesical y durante los siguientes años se han ido introduciendo una importante variedad de operaciones, algunas utilizando la vía vaginal únicamente o combinado con una histerectomía, siendo lo último el acceso retropúbico

existiendo varias técnicas para esto, entre las cuales se encuentra la cistouretropexia tipo Burch que fue descrita por primera vez por John C. Burch en 1961 (1).

Burch con la técnica de la colposuspensión con el ligamento de Cooper reportó un porcentaje de éxito del 93% en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, habiendo estudiado 143 pacientes. Observa como complicación postoperatoria más frecuente el enterocele, el cual se presentó en 11 casos que hace un porcentaje del 7.6%, estos resultados no mejoraron con la extirpación profiláctica del útero (1,2). Stanton (16) reporta un 17% de incidencia de enterocele postoperatorio; éstos no estaban relacionados con la extirpación o no del útero. Green (1975) era un fuerte partidario de la histerectomía abdominal cuando utiliza la técnica de Burch, reporta un porcentaje de éxito del 82% y refiere que la histerectomía abdominal simultánea mejoró el porcentaje de cura a 97% (16); todavía no hay datos firmes para apoyar esta posición. Sólomente cuando hay un prolapso uterino y una relajación de la pared vaginal o alguna enfermedad uterina intrínseca, existe un beneficio terapéutico con la extirpación del útero.

Stanton y Cardozo (1979) reportan 96% de éxito en pacientes sin antecedentes de cirugía previa para incontinencia y del 76.5% con antecedente de cirugía previa para incontinencia. Refiere en este estudio que 88 pacientes tuvieron seguimiento a un año y de estas 46 (52%) tenían cistouretrocele pre

vio a la cirugía y refiriendo dos pacientes con recidiva, así como dos perforaciones vesicales (17).

Hilton y Stanton (1983) reportan 25 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron tratadas con el procedimiento de Burch y refieren un 88% de éxito con seguimiento a 3 meses. La operación no produjo un cambio significativo en la presión uretral en reposo. Obtuvieron cura subjetiva y objetiva en 22 pacientes y en 3 pacientes la operación falló (5).

Weil y cols (1984) estudian las modificaciones del perfil uretral en reposo y con esfuerzo después de diferentes tipos de cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo y reportan que con la colposuspensión de Burch se incrementó la presión de transmisión en forma más eficiente que con las operaciones vaginales y reportan que el porcentaje de curación fue del 91% con seguimiento a 6 meses después de la operación, haciendo notar que las tres pacientes que no fueron curadas objetivamente nunca se quejaron de incontinencia (19).

Milani y cols (1985) reportan un estudio comparativo entre la operación de Marshall-Marchetti-Krantz y el procedimiento de Burch en el tratamiento quirúrgico de la mujer con incontinencia urinaria. El porcentaje de éxito reportado fue similar en ambos procedimientos, siendo del 71% para MMK y del 79% para la operación de Burch. Los resultados fueron mejores si las pacientes no tenían prolapso y sí tenían vejigas esta-

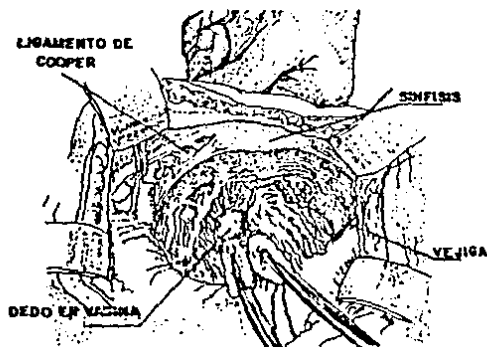
bles (11).

Aún en nuestros días existe una cierta conflictividad - en relación con los factores que influencia que un procedi--- miento vaginal o abdominal sea satisfactorio. La selección - de la paciente adecuada, la experiencia técnica del cirujano, y el procedimiento operatorio, por sí mismo son los factores_ más importantes y están relacionados igualmente con la cura-- ción primaria (3).

IV. TECNICA QUIRURGICA

Se coloca a la paciente en posición horizontal de litoto_ mía con las piernas en estribos. Se efectúa asepsia y anti-- sepsia del abdomen y vagina y se colocan campos. Se aplica - una sonda de Foley No. 14 ó 16 y se introduce 30 ml de leche_ estéril en la vejiga vacía, se inyecta al balón con 20 a 30 - cc. de solución fisiológica, lo cual ayuda a delinear la ure- tra y el cuello de la vejiga durante la disección.

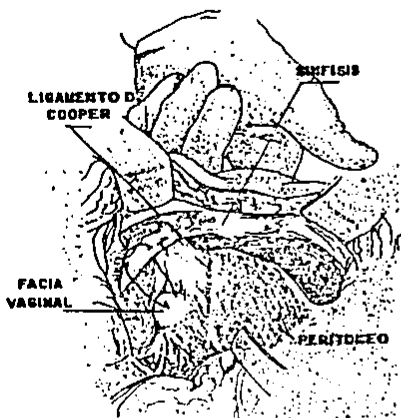
Se efectúa una incisión paramedia izquierda (Burch) des- de la sínfisis del pubis hasta un punto lateral al ombligo. - Sin embargo, nosotros utilizamos por lo general una incisión - media infraumbilical o Pfannestiel. Se efectúa disección pa- ra despegar la aponeurosis abdominal de la sínfisis púbica y_ la rama superior del pubis hasta la unión de la vejiga y las_ paredes laterales de la pelvis (espacio de Retzius); el dedo_ en la vagina ayuda a la disección al clevar los fondos de sa- co laterales (Fig. 1); ello define el borde lateral de la ve-



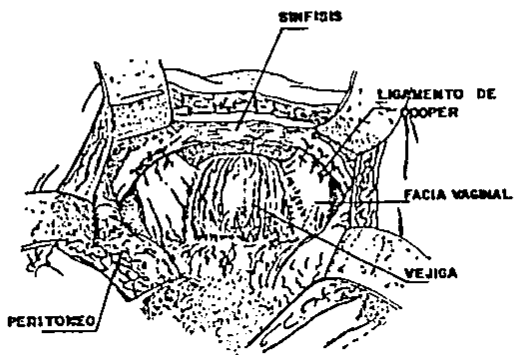
OPERACION DE BURCH I.

jiga donde la fascia paravaginal muestra una zona blanca destacada. Se practica la disección cuidadosa de la vejiga y uretra separándolas de la aponeurosis vaginal en dirección media, cuidando de evitar las venas perivesicales del grueso calibre.

Cuando la disección es suficiente para permitir elevar adecuadamente los dos fondos de saco laterales, en cada lado se colocan tres puntos con Catgut crómico No. 2; cada punto se introduce en la fascia paravaginal y se toma un buen fragmento exceptuando la mucosa vaginal; los puntos se colocan en el ligamento de Cooper homolateral (Fig. 2 y 3). Cuando se han colocado todos los puntos, el ayudante, colocado entre las piernas de la paciente al pie de la mesa, eleva cada fondo vaginal lateral para aproximarlos al ligamento de Cooper homolateral, de modo que puedan anudarse los puntos; ello se facilita



OPERACION DE BURCH 2



OPERACION DE BURCH 3

ta si el cirujano guía el dedo del ayudante en la vagina donde se colocan los puntos (2,15). Se procede al cierre del espacio de Retzius previa colocación de drenaje de Pen rose el -- cual será retirado 48 hrs. después; se termina la cirugía con el cierre de la pared abdominal por planos.

V. OBJETIVOS

Mostrar la experiencia de nuestro Hospital con la utilización de esta técnica, así como demostrar la efectividad de la misma en el tratamiento de las pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo genuina.

a) Hipótesis alternativa: Existe efectividad con la utilización de la cistouretropexia retropúbica de Burch en el -- tratamiento de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo genuina.

b) Hipótesis de nulidad: Realmente no existe efectividad con la utilización de la técnica de Burch en el tratamiento -- de pacientes con incontinencia de esfuerzo genuina.

VI. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio de tipo retrospectivo y prospectivo_ de todas las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo genuina y a las cuales se efectuó cistouretropexia retropúbica tipo Burch en el Servicio de Ginecología del Hospital de -- Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", I.M.S.S. a partir_ de Enero de 1984 al 6 de Octubre de 1986, sumando un total de

35 pacientes.

Se analizaron parámetros tales como: edad, paridad, indicaciones, cirugía ginecológica, previa, pre o post menopausia, patologías concomitantes con incontinencia urinaria, cirugía efectuada, complicaciones trans y post operatorias, días de estancia hospitalaria y de sonda Foley. Estos, fueron obtenidos de la hoja de captación de datos y seguimiento de las pacientes (se enseñan a continuación), para tener una visión amplia del pasado y presente de su padecimiento y tener un punto de partida para evaluar su evolución post operatoria con citas periódicas a la consulta externa por un máximo de dos años con la finalidad de atestiguar si la técnica empleada -- fue eficiente para lograr la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina, es conveniente aclarar que no todas las pacientes reportadas en el estudio cumplen aún este último parámetro.

Sabemos que la muestra del trabajo no es significativa para análisis estadístico en este momento, pero ya que los casos de esta patología continúan presentándose día a día es -- conveniente efectuar una nueva revisión posteriormente.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS PLURIMODAL.
INCONTINENCIA URINARIA Y T.E.P.G.

1. Caso No. _____ Nombre _____
 Cédula No. _____ Fecha de captación _____
2. Edad _____ Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Cesárea _____
3. Postmenopáusica _____ Si _____ No _____ Años _____ S.Climat. _____ Si _____ No _____
4. Control de la fertilidad _____
 Temporal (método) _____ Definitiva (fecunda y tec.) _____
5. Enfermedades concomitantes _____
 Tiempo de conocerla y tx empleado _____
6. Motivo de envío _____
7. DAR DATOS DE INESTABILIDAD DEL DETRUSOR
- Enuresis (edad) _____ Hicturia _____ Polaquiuria _____
 Chorro débil _____ Goteo posterior _____
8. DATOS SUGESTIVOS DE INFECCION:
- Cistitis de repetición _____ Disuria _____
9. INCONTINENCIA DE URGENCIA _____ Dismenorrea congestiva _____
 Dispareunia _____ Dolor pélvico variable _____
10. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: Al toser _____
 Correr _____ Estornudar _____ Subir escaleras _____
 Cambio de Posición _____
11. Cirugía Ginecol. Previa _____
 Abdominal _____ Vaginal _____ Ambas (combinada) _____
 Para I.U.E. _____ hace _____ años.
- E_X_P_L_O_R_A_C_I_O_N
12. Con vejiga ocupada: Inspección: Incontinencia: _____
 Inmediata al toser _____
 Mediata al toser _____

13. Uretrocele _____ Cistocele I II III
 Prolapso Uterino I II III
 Protrusión del cuello vesical _____
 Rectocele I II III Insuficiencia perineal _____
 Cuello de la vejiga en forma de embudo _____
14. Palpación bimanual _____
 Dolor en: Vejiga Trígono Cuello Uretero _____
15. Prueba del Q Tip: Positiva _____ Negativa _____
16. Valoración urológica:
 Calibre ureteral _____
 Cistoscopia: Trigonitis _____ Trabeculación _____
 Oclusión del cuello Si _____ No _____
17. Cistometría Presión base 15 15
 Contracción del detrusor no terminal inhibida No ___ Si ___
 Sensación de urgencia sin contracción del detrusor _____
18. Orina residual (2a. exploración vejiga recién vaciada)
 _____ Cantidad _____
 No Si
19. Estudio radiológico: CISTOURETROGRAFIA:

20. Examen de secreción genital _____
21. Urocultivo _____
22. Examen general de orina _____
23. Biometría hemática: Hb _____ Ht _____ Preoperatorio
 Hb _____ Ht _____ Postoperatorio
24. Diagnóstico preoperatorio o inicial _____
25. Fecha de operación _____

26. Operaciones efectuadas _____
27. Técnicas anestésicas _____
28. Complicaciones transoperatorias _____
29. ¿Se colocó tapón vaginal? Si ___ No ___ Tiempo _____
30. Días de estancia intrahospitalaria _____
31. Complicaciones intrahospitalarias: Si ___ No ___ Tipo _____
32. Tiempo de permanencia de sonda vesical Si ___ No ___ Tiempo _____
33. Retención urinaria postoperatoria _____
34. Antimicrobianos: _____
 Preoperatorios Postoperatorios Tipo _____
 Tiempo _____
35. SEGUIMIENTO:
- Una semana: _____
 Retiro de sonda Orina residual
- Un mes: _____
 I.U.E. Urgencia Q Tip Infección
 Herida quirúrgica Otros síntomas o signos
- Seis meses: _____
 I.U.E. Urgencia Q Tip Infección
 Valoración urológica Estudio radiológico
- Un año: _____
 I.U.E. Urgencia Q Tip Infección
 Valoración urológica Estudio radiológico
 Reoperación _____
- Dos años: _____
 I.U.E. Urgencia Q Tip Infección
 Valoración urológica Estudio RX Reoperación
36. Valoración cardiológica: Si ___ No ___
 Riesgo quirúrgico
 Indicaciones especiales: _____

37. Valoración preanestésica:

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <u>Riesgo quirúrgico</u> | <u>Indicaciones especiales</u> |
|--------------------------|--------------------------------|

38. Valoración endocrinológica;

| | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------|
| <u>Glicemia Pre</u> | <u>Glicemia Post</u> | <u>Hipoglucemiantes</u> |
|---------------------|----------------------|-------------------------|

| | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------|
| <u>Prueba Tol.Gluc.</u> | <u>Insulina</u> | <u>Indicaciones especiales</u> |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------|

39. Otras valoraciones:

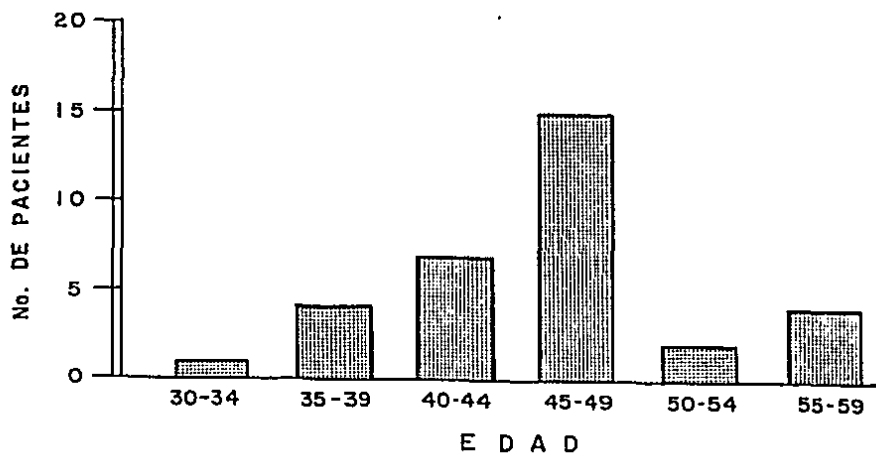
VII. RESULTADOS

De las 35 pacientes estudiadas que fueron operadas por el procedimiento de Burch, se establecieron promedios de edad. La edad de las pacientes varió entre 30 y 59 años, con un promedio de 45 años, observándose un franco predominio entre los 45 y 49 años con un total de 17 casos que corresponde a un -- 48.57%.

CUADRO No. 1

| E D A D | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------|---------------|------------|
| 30 - 34 | 1 | 2.86 |
| 35 - 39 | 4 | 11.43 |
| 40 - 44 | 7 | 10 |
| 45 - 49 | 17 | 48.57 |
| 50 - 54 | 2 | 5.8 |
| 55 - 59 | 4 | 11.43 |

GRAFICA QUE REPRESENTA EL CUADRO 1



En el Cuadro No. 2, se presenta el número de partos don de se puede observar un predominio entre V y IX partos con un total de 17 pacientes que corresponde a un 48.57%.

CUADRO No. 2

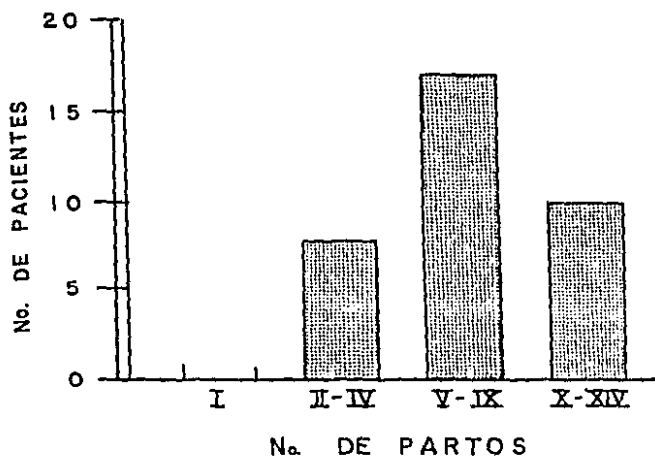
| PARTOS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------|---------------|------------|
| I | 0 | 0 |
| II - IV | 8 | 22.86 |
| V - IX | 17 | 48.57 |
| X - XIV | 10 | 28.57 |

En el Cuadro No. 3 se representa las patologías que presentaban nuestras pacientes del estudio y que fueron seleccionadas para efectuar la cistourethropexia retropública de Burch. En este cuadro se puede observar que las 35 pacientes presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.) y Cistocelo de grados variables para un porcentaje del 100%. Observándose también 23 pacientes con Uretrocele que representaron un 65.71%

CUADRO No. 3

| INDICACIONES | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| I.U.E. | 35 | 100 |
| CISTOCELE | 35 | 100 |
| URETROCELE | 23 | 67.71 |

GRAFICA QUE REPRESENTA EL CUADRO 2



De las pacientes comprendidas en nuestro estudio se investigó el dato de si contaban o no con cirugía ginecológica previa, encontrando que 10 pacientes (28.57%) contaba con este antecedente y de estas, tres habían sido intervenidas para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo. El resto con otros tipos de cirugía ginecológica como se aprecia en el siguiente cuadro.

CUADRO No. 4

| CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA | PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-----------|------------|
| OCCLUSION TUBARIA BILATERAL | 4 | 11.43 |
| CORRECCION PARA I.U.E. | 3 | 8.57 |
| HISTERECTOMIA VAGINAL | 1 | 2.86 |
| CIRUGIA OVARICA | 1 | 2.86 |
| LIGAMENTOPEXIA | 1 | 2.86 |
| T O T A L | 10 | 28.57 |

En el Cuadro No. 5 representamos si las pacientes que presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo se encontraban en etapa pre o post menopáusica y en donde es evidente un franco predominio de las primeras con un total de 29, lo que dá un porcentaje de 82.86%.

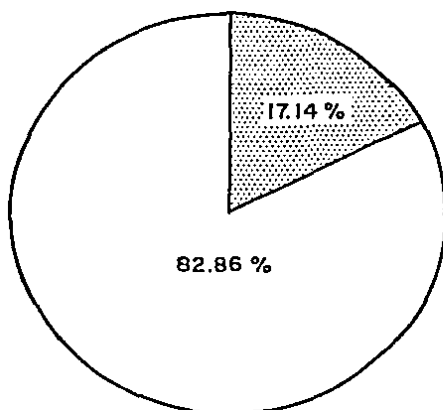
CUADRO No. 5



| | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------------------|---------------|------------|
| PRE MENOPAUSICAS | 29 | 82.86 |
| POST MENOPAUSICAS | 6 | 17.14 |

Entre las condiciones concomitantes encontradas en nuestras pacientes predominan las patologías uterinas, entre las que sobresalen la miomatosis con 14 pacientes (40%), adenomisis con 9 (25.72%) y la hiperplasia endometrial con 5 (14.29%) causas que condicionaron se efectuara histerectomía abdominal más la operación de Burch.

También se encontró tres pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante.

GRAFICA CORRESPONDIENTE AL CUADRO No. 5



 POST MENOPAUSICAS
 PRE MENOPAUSICAS

CUADRO No. 6

| PATOLOGIA | PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------------------------|-----------|------------|
| MIOMATOSIS | 14 | 40 |
| ADENOMIOSIS | 9 | 25.72 |
| HIPERPLASIA ENDOMETRIAL | 5 | 14.29 |
| I.U.E. RECIDIVANTE | 3 | 8.57 |
| O.T.B. | 2 | 5.7 |
| DESCENSO UTERINO | 1 | 2.86 |
| QUISTE OVARICO | 1 | 2.86 |

En el Cuadro No. 7 se muestra la cirugía efectuada en las 35 pacientes, destaca un notable predominio de la operación de Burch más histerectomía total abdominal (HTA) con un total de 29 pacientes para un porcentaje de 82.87%. La indicación para efectuar la histerectomía total abdominal se dió al existir alguna patología uterina concomitante como se puede observar en el Cuadro No. 6.

De los otros seis casos restantes, la indicación de la cistoretropexia Burch se produjo en tres pacientes con el antecedente de cirugía previa para corrección de la incontinencia urinaria.

CUADRO No. 7

| CIRUGIA EFECTUADA | PACIENTES | PORCENTAJE |
|---|-----------|------------|
| HTA + OPERACION DE BURCH | 29 | 82.87 |
| OPERACION DE BURCH POR IUE RECIDIVANTE | 3 | 8.57 |
| OTB + OPERACION DE BURCH | 2 | 5.71 |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA + OPERACION DE BURCH | 1 | 2.86 |

En el siguiente cuadro anotamos las complicaciones transoperatorias que se presentaron; de ellas la hematuria se presentó en 4 casos y en uno hubo lesión vesical, para un porcentaje total de 14.27%. Sin embargo, la hematuria fue mínima e inclusive en 2 pacientes desapareció macroscópicamente al final del procedimiento; en las otras 2 desapareció posteriormente en forma espontánea. Nuestra complicación transoperatoria más grave fue la lesión vesical, la cual fue suturada por planos y sin presentar complicaciones mayores. Estas complicaciones no difieren de las presentadas con la utilización de otras técnicas.

CUADRO No. 8

| COMPLICACIONES | PACIENTES | PORCENTAJE |
|----------------|-----------|------------|
| HEMATURIA | 4 | 11.42 |
| LESION VESICAL | 1 | 2.85 |
| TOTAL | 5 | 14.27 |

La complicación postoperatoria más frecuente fue la hipertermia de causa no determinada, que fue observada en 3 casos. Sin embargo, la complicación más importante fue un caso en que la paciente presentó mononeuritis traumática -- (L5-S1) que ameritó manejo especializado por el Servicio de Neurología y posteriormente de Medicina Física y Rehabilitación.

Fue satisfactorio encontrar que sólo una paciente cursó con retención urinaria posterior al retiro de la sonda de Foley, complicación ésta que se corrigió con la reinstalación del sondeo permanente, sin que se volviera a presentar al ser retirado el cateter vesical 14 días después.

Es de llamar la atención que en una paciente se fragmentó la canalización de Pen rose en el espacio de Retzius al ser retirado, sin que se hubiera presentado problema posterior.

CUADRO No. 9

| COMPLICACIONES POST OPERATORIAS | PACIENTES |
|---------------------------------|-----------|
| HIPERTERMIA NO DETERMINADA | 3 |
| RETENCION URIARIA | 1 |
| MONONEURITIS TRAUMATICA | 1 |
| RADICULITIS | 1 |
| CANALIZACION EN RETZIUS | 1 |
| TOTAL | 7 (20%) |

Otro parámetro que tomamos en consideración es el que se presenta en el Cuadro No. 10 referente a los días de permanencia de la sonda de Foley. Aquí como se puede observar los días de permanencia oscilaron entre menos de 3 y un máximo de 14 días, siendo más numeroso el grupo de 3 y 4 días -- con 12 y 14 pacientes respectivamente.

Vale la pena mencionar que al ser retirada la sonda de Foley se medía orina residual inmediatamente posterior a la primera micción que tenía la paciente. El criterio establecido para su reinstalación fue que esa orina residual se cuantificara en 100 ml o más.

CUADRO No. 10

| DIAS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------|---------------|------------|
| MENOR DE 3 | 3 | 8.57 |
| 3 | 12 | 34.28 |
| 4 | 14 | 40 |
| 5 | 4 | 11.43 |
| 10 | 1 | 2.86 |
| 14 | 1 | 2.86 |

En el Cuadro No. 11 se especifican los días de estancia hospitalaria de nuestras pacientes, los cuales fueron un mínimo de 4 y un máximo de 14. La estancia que predominó fue entre 4 y 5 días con 12 y 10 pacientes respectivamente. Es necesario hacer notar que las pacientes que permanecieron más de 5 días fue porque presentaron alguna complicación post operatoria de las consignadas en el Cuadro No. 9.

CUADRO No. 11

| DIAS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------|---------------|------------|
| 4 | 12 | 34.28 |
| 5 | 10 | 28.57 |
| 6 | 2 | 5.71 |
| 7 | 2 | 5.71 |
| 8 | 2 | 5.71 |
| 14 | 1 | 2.86 |

En el siguiente cuadro representamos la recidiva total y corregida de los casos estudiados. Se observa que de las 35 pacientes, 6 intervenidas con la técnica de Burch presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante para un porcentaje de 17.14%.

Vale la pena mencionar que dos de esas pacientes, hasta el momento de cerrar el estudio, ya habían sido reintervenidas quirúrgicamente con otros procedimientos para corregir la

incontinencia urinaria de esfuerzo.

Un hecho que merece destacarse en forma por demás necesaria, es que del total de las 35 pacientes estudiadas solamente 10 (28.57%) han tenido seguimiento a un año, ignorando las causas específicas para poder explicar tal actitud; sin embargo, la explicación más probable es que las pacientes no acudieran al control requerido por curación subjetiva de la incontinencia urinaria.

CUADRO No. 12

| PACIENTES | RECIDIVA | PORCENTAJE |
|-----------|----------|------------|
| 35 | TOTAL 6 | 17.14 |

VIII. DISCUSION

Al analizar los resultados de nuestro estudio encontramos que el 48.57% de las pacientes tenían una edad que varía ba entre 45-49 años. Este promedio de edad coincide con los grupos presentados por otros autores, quienes indican la quinta década de la vida como edad predominante de sus pacientes (2,5,7,19).

El hecho que la mayoría de las pacientes tuvieran entre V - IX partos, nos respalda que el trauma obstétrico sigue siendo la causa primordial que condiciona la incontinencia urinaria de esfuerzo esta correlación se observa en todos --

los estudios (2,5,17). Esto no indica que una primípara e inclusive nulípara puede presentar esta patología como lo reporta un trabajo de Burch en 1968 (2).

El haber encontrado que las 35 pacientes de nuestro estudio presentaban grados variables de cistocele, nos indica nuevamente que el trauma obstétrico es un factor predisponente de trastornos de estática pelvigenital y por ende de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Al analizar la relación que pudiera existir entre las intervenciones quirúrgicas previas del aparato genital femenino y la incontinencia urinaria de esfuerzo, observamos que tres pacientes contaban con cirugía previa para corrección de incontinencia de esfuerzo. Lo anterior debe hacernos pensar que todas o la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas que se utilizan para corregir esta patología, pueden tener algún porcentaje de recidiva.

El hecho de que a 29 pacientes se les efectuara operación de Burch más histerectomía total abdominal fue dado por que existía alguna patología uterina concomitante. Burch y Stanton convienen en que no existe mejoría en los resultados con la extirpación profiláctica del útero (1,2,16).

El tipo de complicaciones trans operatorias que se presentaron no difieren de las presentadas con la utilización de otras técnicas (12,8,13).

Al ser retirada la sonda de Foley se medía la orina residual posterior a la primera micción, siendo el criterio establecido para su reinstalación que esa orina residual se -- cuantificara en 100 ml o más criterio también aceptado por - Hilton y Stanton (5) aunque difiriendo de Burch que retira - la sonda con una orina residual de 50 ml o menos (2).

IX. CONCLUSIONES

Una vez revisados y analizados los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo sometidos a cistouretropexia tipo - Burch, concluimos los siguientes puntos:

1. Toda paciente múltipara tiene mayor predisposición a presentar incontinencia urinaria de esfuerzo.

2. La incontinencia urinaria es un estado molesto, que_ tiene deducciones sociales importantes.

3. La incontinencia urinaria puede resultar de deficiencia en los mecanismos normales de retención o de insuficiencia del control normal de la micción.

4. El buen resultado quirúrgico de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo depende de la selección adecuada de las mismas.

5. La histerectomía total abdominal profiláctica cuando se utiliza la cistouretropexia retropública de Burch para las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, no modifica

el buen resultado de la misma.

6. La operación de Burch no es un método de gran dificultad quirúrgica y todo médico gineco-obstetra debe encontrarse capacitado para efectuarla.

7. Las complicaciones transoperatorias con la técnica de Burch no varían de las de otras técnicas que se utilizan para la corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo.

8. Las pacientes operadas para corrección de IUE deben contar con un seguimiento mínimo de dos años o hasta 5 en forma ideal, para afirmar curación efectiva como indican la mayoría de los autores, por lo que sería conveniente continuar este estudio y valorar los resultados de nuestra técnica a largo plazo.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Burch, JC. Urethro vaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and -- prolapse. Am.J.Obstet.Gynecol. 81:281,1961.
2. Burch, JC. Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Am.J.Obstet.Gynecol. 100:64,-- 1968.
3. Fisher, AM; Gordon, H. The gynecologist's approach to the patient with urological symptoms. Clin.Obstet.Gynecol.- 8:191,1981.
4. Green, TH. Urinary stress incontinence: differential -- diagnosis, pthophysiology and management. Am.J.Obstet.- Gynecol. 122:368,1975.
5. Hilton, P; Stanton, SL. A clinical and urodynamic assesment of the Burch colposuspension for genuine stress - incontinence. Br.J.obstet.Gynecol. 90:934,1983.
6. Hodkinson, CP. Stress urinary incontinence. Am.J.Obstet. Gynecol. 108:1141,1970.
7. International Continence Society. First report on the -- standadisation of lower urinary tract function. Br.J. - Urol. 48:39,1976.
8. Lee, RA; Symmonds, RE; Golstein, RA. Surgycal complications and results of modified Marshall-Marchetti-Krantz procedure for urinary incontinence. Obstet.Gynecol. 53: 447,1979.
9. Marchant, DJ; Pitkin, RM; Zlatnik, SD. Urinary incontinence. Obstet.Gynecol. 30:130,1978.
10. Marchant, DJ. Evaluación clínica de la incontinencia -- urinaria y de la anatófía y patofisiología anómalas. -- Clin.Obstet.Gynecol. 2:555,1964.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

11. Milani, R; Scalabrino, S; Quadri, G; Algeri, R; Marchesin, R. Marshall-Marchetti-Krantz procedure and Burch colposuspension in the surgical treatment of female urinary incontinence. Br.J.Obstet.Gynecol. 92:1050,1985.
12. Pereyra, AJ; Leberz, TB. Combined urethrovesical suspension and vaginourethroplasty for correction of urinary stress incontinence. Obstet.Gynecol. 30:537,1967.
13. Powell, IC. Retropubic urethrocystopexy vaginal approach. Am.J.Obstet.Gynecol. 140:92,1981.
14. Scott, JC. Stress incontinence in nulliparous women. J. Reprod.Med. 2:96,1969.
15. Sociedad de Médicos Cirujanos del Hospital de Gineco---Obstetricia Uno-Cuatro, IMSS. Procedimientos en Ginecología. 181, 1984.
16. Stanton, SL. Surgery of urinary incontinence. Clin. -- Obstet.Gynecol. 5:83,1978.
17. Stanton, SL; Cardozo, LD. Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse. Br.J.Obstet. - Gynecol. 86:693,1979.
18. Stanton, SL; Williams, JE; Ritchie, B. The colposuspension operation for urinary incontinence.Br.J.obstet.Gynecol. 83:890,1976.
19. Weil, A; Reyes, H; Bischoff, P; Rottenberg, RD; Krauer, F. Modificaciones of urethral rest profiles after diferent types of surgery for urinary stress incontinence. Br.J. Obstet.Gynecol. 91:46,1984.
20. Wolin, LH. Stress incontinence in young, healthy, nulliparous female subjects. J.Urol. 101:545,1969.

* * * * *