

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

División de Estudio de Postgrado

UMAE, Hospital de Gineco-Obstetricia "Luís Castelazo Ayala"

Instituto Mexicano del Seguro Social

**CAMBIOS URODINAMICOS DE LA PACIENTE POSTOPERADA DE
CIRUGÍA DE BURCH**

Tesis para obtener el grado de especialista en Ginecología y Obstetricia

Presentada por

Dr. Cesar Alfredo Vázquez González

Residente de 4to.año de la especialidad en Gineco-Obstetricia.

UMAE, Hospital de Gineco-Obstetricia "Luís Castelazo Ayala", IMSS.

Asesor

Dra. Edna Cortes Fuentes

Medico Gineco-Obstetra adscrito al servicio de Uroginecología.

UMAE, Hospital de Gineco -Obstetricia "Luís Castelazo Ayala", IMSS.

México D.F; febrero, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE:

Antecedentes.....	1
Justificación.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	10
Hipótesis.....	11
Material y métodos.....	12
Resultados.....	15
Discusión y conclusiones.....	17
Bibliografía.....	18
Anexos.....	20

ANTECEDENTES

Introducción.

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina cuya gravedad es suficiente para construir un problema social ó higiénico y que puede demostrarse de manera objetiva. (**International Continence Society**) Según esta definición la incontinencia urinaria puede ser un signo, un síntoma o un diagnóstico, el síntoma es el informe de la paciente de la pérdida de orina, el signo es la demostración objetiva de esta pérdida urinaria y el diagnóstico es la confirmación mediante pruebas urodinámicas. (1)

La prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo representa un problema común por lo que se utiliza un cuestionario con la finalidad de identificar el tipo de incontinencia de la que se habla y orientar un tratamiento quirúrgico. Una mayoría de mujeres adultas reportó que ellas presentaban pérdida de orina con el ejercicio físico en cualquier momento, en efecto la mitad de las mujeres nulípara jóvenes reporto ocasionalmente perdidas urinarias al toser, estornudar o realizar ejercicio.

En un estudio epidemiológico la incontinencia urinaria alcanza su máximo pico en la edad adulta. En mujeres con incontinencia urinaria los índices de incontinencia alcanzan su máximo pico entre los 45 y 49 años de edad. Desafortunadamente solo una de cada cuatro mujeres con incontinencia pide ayuda profesional para este padecimiento. (2)

La pérdida involuntaria de orina a través de la uretra ocurre cuando la presión intrabdominal excede la presión uretral, algunos de los factores que afectan la presión uretral incluye la posición de la vejiga, alteraciones del esfínter de la uretra y de su integridad nerviosa, alteraciones del músculo liso uretral y plexo vascular, así como alteraciones del tejido de soporte.

La incontinencia de esfuerzo verdadera, se define como la pérdida de orina involuntaria observada cuando en ausencia de contracción del músculo detrusor, la presión intravesical excede la presión intrauretral,. Una causa de primera importancia de esta alteración, es la pérdida del soporte de la uretra, vejiga y unión uretrovesical. En condiciones normales estos elementos anatómicos descansan en una hamaca de tejido de soporte constituida por la fascia endopélvica y la pared vaginal posterior. La hamaca se extiende a través del suelo pélvico y se inserta por los lados en el arco tendinoso de la fascia pélvica. (Línea blanca). Y los músculos elevadores del ano. Dentro de las causas de incontinencia de esfuerzo verdadera, encontramos las anatómicas, deficiencia esfinteriana intrínseca, que a su vez se dividen en congénitas o adquiridas.

La incontinencia urinaria mixta coexiste en un 4 a un 30 % de las pacientes, el grado en que contribuye cada componente, a la incontinencia urinaria, de la paciente es variable, pero suele predominar una de las dos. La paciente con incontinencia urinaria mixta suele perder volúmenes más grandes de orina, y tienden a experimentar más crisis de incontinencia por semana en comparación

con las que sufren incontinencia urinaria pura, o inestabilidad del músculo detrusor aislada. Se ha discutido que la inestabilidad coexistente, del músculo detrusor reduce la tasa de curación quirúrgica, de la incontinencia de esfuerzo verdadera, Statantó y colaboradores, informaron que la colposuspensión, resolvió la incontinencia de esfuerzo en un 85% de las mujeres que la padecían, cuando este era el único diagnóstico, pero solo en el 43% de las mujeres que cursaban con incontinencia urinaria mixta. (3)

Dentro del estudio de la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo, la historia clínica completa y la exploración física juegan un papel importante ya que su adecuada realización nos llevarán a un diagnóstico de certeza. Según Ostergard la exploración física es un procedimiento complementario para la valoración de la patología del suelo pelviano que nos orienta de cara al diagnóstico y tratamiento ya sea médico o quirúrgico. Dentro de este rubro, es importante la realización de una inspección general, percatándonos de ciertas alteraciones anatómicas, o, posturales que nos dirijan de cara al diagnóstico de incontinencia urinaria, el peso factor importante asociado al padecimiento, así mismo exploración pélvica, pruebas neurológicas locales, prueba de Q tip, medición de la orina residual después de la micción, y prueba de esfuerzo por la tos. La exploración pélvica factor fundamental y determinante en la búsqueda de pérdida de orina. Una gran acumulación de orina, en la vagina debe sugerir una fístula vesicovaginal, ureterovaginal y uretrovaginal. La exploración bimanual debe ser realizada para valorar el útero y sus anexos.

Los espéculos de la vagina nos da a la inspección datos de atrofia, infecciones o tumoraciones vaginales o cervicales que pudieran ocasionar en determinado momento incontinencia urinaria. Las masas o nodulaciones pueden indicar divertículos uretrales que deben ser identificados durante la exploración, así mismo la examinación rectal debe de ser realizado, debido a que la incontinencia anal ocurre en aproximadamente en un 20% en pacientes con incontinencia urinaria. Existe un alto porcentaje de la asociación de incontinencia urinaria y prolapso genital. La vagina provee una base estable sobre la cual la uretra y la vejiga descansan, esta suburetral capa de la pared vaginal y la fascia endopélvica previene el descenso de la vejiga y de la uretra, de tal manera que la uretra se comprime cerrándose con fuerza. Las pruebas que nos ayudarán a confirmar el diagnóstico de incontinencia urinaria son las urodinámicas. La finalidad de estos estudios es instituir el tratamiento más adecuado para mejorar la calidad de vida de la mujer que sufre disfunción urinaria. Los estudios urodinámicos ofrecen información clínica práctica y pueden emplearse para delinear la fisiopatología de la disfunción urinaria y el mecanismo de las operaciones efectuadas para restaurar la incontinencia.

Las pruebas urodinámicas utilizadas son la flujometría, cistometría y perfilometría. La flujometría evalúa la función de la uretra y de la vejiga ya que las características del flujo urinario, son el producto de la habilidad de la vejiga para contraerse y de la relajación coordinada del esfínter uretral, en una uretra no obstruida. La forma de realizarse es solicitarle a la paciente que ingiera 1.5 a 2 litros de agua y pedirle que orine tan pronto tenga la sensación de micción, en

un transductor capacitante conectado a un registro computarizado que mide el peso de la orina (volumen), y sus cambios en un tiempo determinado,, los datos son representados gráficamente como un flujo.

La cistometría es el estudio que se realiza para medir la relación entre la presión vesical y abdominal, es decir, es la valoración del llenado vesical y suele efectuarse para saber si hay actividad anormal del músculo detrusor durante el llenado. La medición puede ser simple o compleja dependiendo del empleo de dispositivos para medir las presiones en el interior de la vejiga y de la cavidad abdominal durante el llenado. Existen condiciones que favorecen la prueba, tales como la preparación psicológica y física de la paciente libre de estímulos visuales y auditivos y en una posición semierguida. Algunos de los parámetros de importancia son la primer sensación de micción que se presenta dentro de los primeros 150 a 200ml, y la sensación de urgencia de 250 a 400 ml, con una variable capacidad máxima de llenado. (4) La perfilometría se define como la medida de presión a lo largo de la uretra y valora la función normal, en condiciones de reposo, estrés y de forma dinámica. (5)

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

Dentro del tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia, se debe de hacer hincapié en que es de tipo médico, medidas higiénico dietéticas: dieta libre de xantinas, control de líquidos, calendario miccional , ejercicios de Kegell, así como control de infecciones urinarias y vaginales con los antibióticos indicados. Así mismo pueden utilizarse medicamentos como los antidepresivos tricíclicos. El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina o pura debe ser

quirúrgico, la cirugía de Burch es una de las cirugías indicadas para la colposuspensión aunque existen otros tratamientos. (6-9)

En un estudio que evaluó la eficacia de la cirugía de Burch con otras cirugías antiincontinencia con un seguimiento a 5 años se concluyó que la cirugía de Burch fue la que mayor índice de curación tuvo. (10)

Existen otros estudios que se ha demostrado la eficacia de la cirugía pero no se han evaluado los cambios urodinámicos previos y posteriores a la cirugía que nos permita demostrar de una manera objetiva los resultados de la cirugía. (11-13) Por este motivo se realizó este estudio para comparar los cambios urodinámicos basales y los posteriores a la cirugía con la intención de evaluar de manera objetiva los resultados de la cirugía de Burch.

JUSTIFICACIÓN:

La cirugía de Burch es la técnica quirúrgica más utilizada para la corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo y en el Hospital de Gineco-obstetricia #4, se realizan de 2 a 3 cirugías a la semana y debido a que en nuestro hospital no existen estudios que hayan evaluado de manera objetiva (a través de estudios urodinámicos) los cambios obtenidos con la cirugía de Burch en las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, se llevo a cabo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existen cambios significativos en las pruebas urodinámicas posteriores a la cirugía de Burch?

OBJETIVO GENERAL:

Comparar los valores de las pruebas urodinámicas antes y 3 meses después de la cirugía de Burch para evaluar objetivamente los resultados obtenidos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Comparar los cambios urodinámicos preoperatorios y postoperatorios
- b) Identificar la prevalencia de recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo postoperatoria.
- c) Identificar si las mujeres operadas con patología agregada (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus 2, Miomatosis uterina) están relacionadas con la recurrencia de IUE.

HIPÓTESIS.

Existe un cambio significativo entre los valores de las pruebas urodinámicas antes y posterior a la cirugía de Burch.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo, en el cual se incluyeron 23 expedientes de pacientes de la UMAE hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido del mes de agosto 2006 a diciembre del mismo año.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes de la Consulta Externa de la UMAE, Hospital de Gineco-obstetricia #4 "Luis Castelazo Ayala", del servicio de Uroginecología identificadas con incontinencia urinaria de esfuerzo operadas con cirugía de Burch, con estudio urodinamico previo y posterior al evento quirúrgico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y que fueron sometidas a Cirugía de Burch.
2. Pacientes que contaran con pruebas urodinámicas antes y en un periodo posquirúrgico de 3 meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pruebas urodinámicas no concluyentes.

VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Cambios urodinámicos. Se consideran cambios urodinámicos a la comparación de las pruebas (flujometría, cistometría , perfilometría) a la comparación realizada antes y después de la cirugía de Burch.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Cirugía de Burch. Es uno de los procedimientos quirúrgicos utilizados para la cirugía antiincontinencia, se realiza a través de una incisión abdominal baja, estabilizando la uretra evitando así pérdidas de orina.

TAMAÑO DE MUESTRA.

Debido a que en la literatura no existen estudios previos que hayan evaluado los estudios urodinámicos pre y posterior a la cirugía de Burch, este es un estudio exploratorio que se limitó a la revisión de los expedientes de pacientes que contaron con resultados urodinámicos pre y postoperatorios de agosto del 2006 a diciembre 2006.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico fue realizado en el programa SPSS, versión 10. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables de interés y posteriormente se realizó un análisis bivariado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La información utilizada para el análisis del estudio fue manejada de forma estrictamente confidencial, las mujeres seleccionadas para el estudio fueron identificadas a través de un número de folio. Sólo los investigadores responsables del estudio tuvieron acceso a esta información.

RESULTADOS.

En el estudio participaron 23 mujeres las cuales contaban con la información completa para el estudio.

La media de edad de las mujeres fue de 49.8 (\pm 9.4 años), el peso promedio fue de 60.6 Kg, la talla promedio fue 152.83 cm. Las mujeres tuvieron una mediana 5(3-7) embarazos y 3 (1-5) partos.

11 de las pacientes presentaron patologías agregadas (2 pacientes con hipertensión arterial, 3 con diabetes mellitus, 3 con miomatosis uterina y 3 con hipertensión arterial y diabetes mellitus).

El total de las mujeres presentaron un papanicolau normal. Solo el 1 tenía cirugía antiincontinencia previa. Antes de la cirugía 17 pacientes tuvieron flujometría normal y 6 anormal. 19 de las pacientes tuvieron una Flujometría postoperatoria normal, solo 4 pacientes tuvieron un patrón de flujometría obstructivo ($P < 0.37$) tabla 1. 13 pacientes tuvieron una cistometría normal y 10 anormal previo al evento quirúrgico. 17 de las pacientes presentaron una Cistometría normal y 6 anormal posterior a la cirugía ($P < 0.22$), así mismo 12 pacientes presentaron perfilometría normal y 11 anormal previo a la cirugía, 8 pacientes tuvieron una perfilometría anormal postoperatoria las 15 restantes fueron normales ($P < 0.47$).

6 de las pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, 3 mostraron (dehiscencias, seromas y lesión incidental de vejiga), 2 Discinergia vesicoesfinteriana y 1 vejiga hiperactiva.

Con relación a la orina residual se observaron los cambios esperados 22 pacientes con valores de orina residual normal y solo 1 fue anormal, la mayoría

de las pacientes presentaron una flujometria normal al comparar los valores prequirúrgicos y posquirúrgicos y solo 1 paciente presento datos de patrón obstructivo.

Existen cambios evidentes en las pruebas urodinámicas posteriores a la cirugía de Burch comparadas con las previas, mostrando que la cirugía de Burch es la cirugía antiincontinencia con buenos resultados postoperatorios.

	N	Antes	Después	P
Flujometria normal	23	13	17	NS
Flujometria anormal		10	6	

Tabla 1 flujometria antes y después de la cirugía de Burch.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Tomando en cuenta que no existen estudios de este tipo en la literatura y sobre todo en el servicio de Gineco-Urología en este hospital, este estudio se considera pionero en el área.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos, en este estudio fueron satisfactorios, ya que no fue posible rechazar la hipótesis nula logrando así de manera objetiva e indirecta comprobar que la cirugía de Burch sigue siendo la cirugía ideal para los problemas de antiincontinencia de esfuerzo. Sabemos de antemano que las pruebas urodinámicas no valoran la eficacia de la cirugía de Burch, pero si son un estudio que complementa y amplía el diagnóstico en la paciente con este problema, además de descartar otras patologías relacionadas con este padecimiento las cuales difieren del tratamiento propuesto en este estudio. Como pudimos ver la incontinencia urinaria es un padecimiento en el cual existe un problema social, y clínico, que desafortunadamente lo padecen muchas mujeres en nuestro país y que es un problema que en la mayoría de los casos su diagnóstico se realiza en forma indirecta, debido a que las pacientes por pena no se atreven a mencionarlo como problema prioritario. Se ha realizado este estudio con el fin de proporcionar a la paciente un estudio y manejo integral tratando así de dar una mejor solución a su problema de incontinencia urinaria, específicamente evaluando la orina residual que al no ser modificada por efecto de la cirugía, avala la bondad y utilidad del procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ostergard RD, Cundiff GW, Swift ES,: Uroginecología y disfunción del piso pélvico 5ta. 2004; 116-126.
2. Scott RJ, Gabbe GS: incontinence 2004 Clin Obstet and Gynecol 2004 47: 47 -67.
3. Nygaard EI, Heit M, stress urinary incontinence 104: 607-619.
4. Jolhede P and Ryden G: clinical and Urodynamic characteristics of women with recurrent urinary incontinence after Burch colposuspensión 1997; 461-467.
5. Tamussino FK, Zivkovic F, Moser F: five-year results after anti-incontinence operatis.Am j Obstet Gynecol1999; 181: 1347-52.
6. Braun BH, Rojas TI, González TF, Fernández NM, Ortiz CJA,: Prolapso genital severo: Consideraciones clínicas, fisiopatologías y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Rev. Chil obstet ginecol 2004 69(2): 149-156.
7. Carlin IB, Kluteke JJ, and Klutke GC: the tension –free vaginal tape procedure for the treatment of stress incontinence in the female patient. Urology 2000; 24: S6A: 28-31.

8. Klutke JJ and Ramos S: Urodynamic outcome after surgery for severe prolapsed and potential stress incontinence. Am j Obstet Gynecol 2000; 182: 1378-81.
9. Colombo M, Zanetta G, Vitobello D, Milani R: The Burch colposuspension for women with detrusor overactivity.Br J of Obstet and Gynaecol 1996; 103 : 255-260.
10. Maher C, Dywer P, Carey M, Gilmour D: the Burch colposuspension for recurrent urinary stress incontinence following retro pubic continence surgery. Br J Obstet and Gynaecol 1999; 65:719-724.
11. Cundiff GW, Bent AE. Endoscopic diagnosis of the female urinary tract.
London: WB Saunders, 20001
12. Schwartz BF, Stoller ML, the vesical calculus. Urol Clin North Am 2000; 27:333-346.
13. Salinas j, Vírseda M. Electromiografía y lesión pudenda.
Urodinámica Aplicada 2000; 13:29-38.

ANEXOS

**FORMATO PARA RECOLECCION DE DATOS
HGO#4 LUIS CASTELAZO AYALA.
CAMBIOS URODINAMICOS EN LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE
CIRUGIA BURCH.**

NOMBRED DE LA PACIENTE.....
 EDAD.....
 PESO.....
 TALLA.....

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.....

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

MENARCA.....
 RITMO.....IVSA.....PS.....G.....P.....C.....A.....PAP.....

CIRUGIAS ANTIINCONTINENCIA PREVIA Y QUE TIPO.....

ORINA RESIDUAL.....
FLUJOMETRIA.

NORMAL	SI	NO
PATRON OBSTRUCTIVO	SI	NO

CISTOMETRIA

NORMAL	SI	NO
VEJIGA HIPERACTIVA	SI	NO

PERFILOMETRIA

NORMAL	SI	NO
ANORMAL	SI	NO

COMPLICACIONES
 POSOPERATORIAS.....

