

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores
Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza" I.M.S.S.

URETROPEXIA RETROPUBLICA ANALISIS DE LAS INDICACIONES Y MORBILIDAD

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. VICTOR MANUEL ESCOBAR GALVAN

Asesor, Dr. José Antonio López Lara



MEXICO, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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

Introducción	1
Material y métodos.....	7
Resultados	9
Comentario	19
Conclusiones	25
Bibliografía	26

INTRODUCCION .

La emisión involuntaria de orina es una afección frecuente y muy molesta que se presenta aproximadamente en un 10 a 20% de las pacientes ginecológicas. Aproximadamente en el 75% de los casos de emisión involuntaria de orina existe una incontinencia urinaria de esfuerzo, y en los restantes se debe a trastornos del detrusor ó a formas mixtas (5).

Se entiende por incontinencia urinaria de esfuerzo a la emisión involuntaria de orina a través de la uretra intacta, como resultado de un aumento súbito de la presión intraabdominal (12).

La causa o factor contribuyente más importante es la pérdida de los soportes normales de la base de la vejiga y de la uretra, que permite a estas estructuras descender a una posición más dependiente, y -- las coloca en línea directa para recibir el impacto del aumento de la presión intraabdominal. La pérdida del soporte se atribuye generalmente a lesiones -

del parto, que afectan a los estratos musculofasciales del cabestrillo pélvico, al diafragma urogenital, y al perineo, combinadas con la hipotrofia debida a la edad o una condición patológica (7).

Se han descrito más de 100 operaciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo utilizando la vía vaginal, abdominal, o bien ambas, empleando múltiples elementos de sutura y fijación (4).

Inicialmente no se tenía un concepto integral del problema, y para su corrección surgieron técnicas quirúrgicas diversas. Los primeros trabajos se refieren a las experiencias de Kelly (1913), que recomendó por medio de un abordaje vaginal el reforzamiento de la fascia parauretral afrontando el tejido lesionado o retajado del cuello vesical con la aplicación de 2 ó 3 puntos de seda o lino, aunque brevemente se habían realizado otros procedimientos por-

vía abdominal para suspender la uretra (2). Con la técnica de Kelly había recidivas y por ello Kennedy sugirió un reforzamiento más amplio del tejido para-uretral. Sin embargo, la persistencia de recidivas dio lugar a que se realizara la elevación del cuello vesical mediante un punto suspendido en los haces -- pubococcígeos del músculo elevador del ano (Ingel -- man), aunque con esto no se llegó al 100% de éxitos.

Para abatir las recidivas surgieron técnicas por vía abdominal como la cistouretropexia retropúbica - de Marshall-Marchetti-Krantz (1945), que consiste en fijar los tejidos parauretrales al cartílago de la sínfisis púbica y periostio, obteniéndose un éxito - hasta del 82%, baja incidencia de lesiones secundarias (3).

Posterior a la descripción de esta técnica, se hicieron diferentes modificaciones para aumentar el éxito, entre las que se ha impuesto el procedimiento de

Burch (1961), cuya modificación consiste en fijar los puntos parauretrales al ligamento pectíneo de Cooper, en vez de fijarlos al periostio retropúbico (1,3).

En 1959 Pereyra describió una técnica consistente en llevar la uretra descendida y fascia parauretral a una situación retropúbica fijándola a la aponeurosis del músculo recto, mediante de una cántula y aguja especiales: procedimiento que ha tenido mucha difusión en algunos centros hospitalarios (4).

Actualmente las técnicas vaginales se recomiendan de primera intención en pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a uretrocele y cistocele. Así mismo, las técnicas abdominales y abdominovaginales se indican en la incontinencia urinaria de esfuerzo recidi-

vante, o en pacientes que requieren algún otro procedimiento quirúrgico por esta vía como histerectomía, salpingoclasia, y otras (9).

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social la vía abdominal para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo es una alternativa quirúrgica que se practica en determinados casos, aunque con modificaciones a la clásica cistouretropexia retropúbica recomendada por Marshall-Marchetti y Krantz.

La tasa de curación reportada en la literatura mundial varía del 71% al 93.2% para el procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz, con una incidencia de complicaciones del 7%, y para la variante de Burch oscila entre el 79 y el 98%, con un índice de complicaciones del 6% (6,11).

Tomando en cuenta que la vía abdominal también se utiliza en nuestro hospital, surge la necesidad -

de evaluar su merbilidad, así como analizar las condiciones en que se indican los procedimientos, comparando los resultados con los reportados en la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS .

Se analizaron los expedientes de las pacientes -- operadas de uretropexia retropúbica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el período comprendido del -- 1o. de enero al 31 de diciembre de 1988, revisando -- en cada caso:

- Edad
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos
- Cuadro clínico
- Indicación
- Procedimientos quirúrgicos asociados
- Técnica quirúrgica
- Material de sutura empleado para la suspensión
- Morbilidad transoperatoria y postoperatoria

Todas las pacientes fueron sometidas a protocolo de estudio en el servicio de Ginecología con exáme-- nes básicos, cultivos de orina y vaginal negativos, -- y valoración anestesiológica.

Para el análisis de la morbilidad transoperatoria se buscó la incidencia de accidentes durante el procedimiento; tanto técnico-quirúrgicos como transanestésicos. La morbilidad postoperatoria fue establecida, determinando la presencia de sangrado anormal en el sitio quirúrgico, datos de infección local o sistémica, así como el desarrollo de alguna otra complicación imputable al procedimiento.

Los datos obtenidos fueron analizados, y la morbilidad fue comparada con la reportada en la literatura. Las diferencias se evaluaron de acuerdo al valor de χ^2 .

RESULTADOS .

Durante el período que incluye nuestro estudio, se practicaron un total de 16 uretropexias retropúblicas, de las cuales se seleccionaron 12 que contaban con los parámetros que se buscaron.

EDAD.

La distribución de edad varía de 32 a 58 años, constituyendo el grupo mayor aquellas pacientes de edades entre los 31 y 40 años, que corresponde al 41.6%.

TABLA I

EDAD DE LAS PACIENTES		
Años	No. de casos	%
31-40	5	41.6
41-50	4	33.3
51-60	3	25.0
Total	12	100.0

ANTECEDENTES OBSTETRICOS .

El 66.6% de las pacientes estudiadas fueron multíparas. Sólo una secundípara y una multípara tenían el antecedente de una y dos cesareas respectivamente. Tres de las pacientes (25%), tenían el antecedente de distocia por aplicación de forceps, parto pélvico y parto gemelar respectivamente (tabla II y III).

TABLA II

ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
	No. de casos	%
Nulíparas	2	16.6
Primíparas	0	0.0
Secundíparas	2	16.6
Multíparas (3 ó más partos)	8	66.6
Total	12	100.0

TABLA III

ANTECEDENTES DE TRAUMA OBSTETRICO

	No. de casos	%
Una o más distocias	3	25.0
Sin distocia	9	75.0
Total	12	100.0

ANTECEDENTES QUIRURGICOS .

Cuatro pacientes (33.3%), tuvieron el antecedente de plastía suburetrovesical, y en cuatro casos se reportó cirugía abdominal pero independiente de su problema urinario.

PATOLOGIA SISTEMICA AGREGADA .

De las pacientes estudiadas, cuatro (33.3%) eran obesas y una de este grupo padecía además hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. La hipertensión arterial ocupó el segundo lugar como patología sistémica agregada con tres casos (25%). Una paciente padecía cardiopatía reumática inactiva.

TABLA IV

PATOLOGIA SISTEMICA AGREGADA		
	Nc. de casos	%
Obesidad	4	33.3
Hipertensión arterial sistémica	3	25.0
Cardiopatía reumática inactiva	1	8.3
Epilepsia	1	8.3
Hipercalciuria idiopática	1	8.3

PATOLOGIA GINECOLOGICA AGREGADA.

La frecuencia mayor de patología ginecológica - agregada la ocupó la miomatosis uterina con cuatro - casos (33,3%), siguiendo en proporción la enfermedad inflamatoria pélvica crónica con dos casos (16,6%). Esta incidencia se explica al analizar las indicaciones

TARLA V

PATOLOGIA GINECOLOGICA AGREGADA		
	Nc. de casos	%
Miomatosis uterina	4	33.3
Enfermedad inflamatoria pélvica crónica	2	16.6
Descenso uterino	1	8.3
Total	7	58.3

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA URINARIA

El total de las pacientes presentaban escape involuntario de orina a través de la uretra con el esfuerzo, y en siete de ellas (58.3%) constituyó el único síntoma.

La sensación de cuerpo extraño en vagina se presentó en tres casos (25%), siendo por lo tanto el síntoma más frecuente.

TABLA VI

SÍNTOMAS ASOCIADOS		
	No. de casos	%
Sin molestias asociadas	7	58.3
Urgencia urinaria	1	8.3
Polaquiuria y disuria	1	8.3
Sensación de cuerpo extraño en vagina	3	25.0
Total	12	100.0

INDICACIONES DE LA CIRUGIA.

Las indicaciones más frecuentes de uretropexia re-tropúbica fue la necesidad de cirugía abdominal por - patología ginecológica agregada, específicamente la - histerectomía total abdominal en siete pacientes - - (58.3%), y miomectomía en un caso (8.3%). En tres ca - sos (25%) la indicación fue incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante. A solo una de las pacientes -- con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante se le practicó histerectomía abdominal por patología gine - cológica agregada.

TABLA VII

INDICACIONES DE LA CIRUGIA		
	No. de casos	%
IUE e histerectomía abdominal programada	7	58.3
IUE y miorectomía programada	1	8.3
IUE recidivante	3	25.0
IUE recidivante e histerectomía abdominal	1	8.3
Total	12	100.0

TABLA VIII

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ASOCIADOS		
	No. de casos	%
Histerectomía total abdominal	8	66.6
Miomectomía	1	8.3
Sin cirugía asociada	3	25.0
Total	12	100.0

TECNICA QUIRURGICA REALIZADA.

En todos los casos, el abordaje al campo operatorio fue mediante incisión transversa suprapúbica con disección digital del espacio de Retzius; y una vez expuesta la pared vesical anterior, uretra y espacio parauretra, se aplicaron 2 a 3 puntos parauretrales (dependiendo del desplazamiento uretral), filiéndolos en perlostio retropúbico (5 casos), o al tendón conjunto (7 casos), dando tensión suficiente para elongar la uretra y llevarla a una localización retropúbica alta.

En todas las pacientes el material utilizado para la suspensión uretral fue la poliglactina 910 (Vicryl), variando, solo su calibre, que en 8 casos (66.6%) fue del No. 0 y en el resto del No. 1. Esto tan solo obedeció a la preferencia del cirujano.

MORBILIDAD.

No se reportaron complicaciones transoperatorias - ni transanestésicas.

La incidencia de complicaciones postoperatorias - imputables a la uretropexia fue de 16.6%, que corresponde a 2 casos de infección de vías urinarias bajas. Se presentó un caso de absceso de cúpula vaginal y otro de vaginitis infecciosa, mismo que no consideramos secundarios al procedimiento estudiado.

Lo anterior significa que aunque la morbilidad global fue del 33.3%, una vez depurándola se reduce al 16.6% que comparada con el 18% reportado en la literatura mundial no hay diferencia significativa, obteniendo una $X^2 = 0.12$, y una α mayor de 0.5

COMENTARIO.

Aunque se ha llegado a mencionar que la pérdida involuntaria de orina ocasional y relacionada con los esfuerzos es una situación que ocurre hasta en un 30% de las mujeres (especialmente con vejiga llena) como hecho "esperado como normal", que está dado por la especial anatomía de la uretra femenina: esto no quiere decir que la pérdida urinaria al esfuerzo en algunas mujeres sea un problema grave, sobre todo por la molestia en sí que constituye este síntoma con implicaciones incluso de orden social.

Esta entidad por lo menos en hospitales ginecológicos de concentración, ocupa el segundo lugar de consulta médica, pero su incidencia real es imposible determinar pues muchas mujeres por ignorancia, pudor, negligencia, etc., no acuden al médico.

La etiología es variada, destacando el trauma-

obstétrico que en mayor o menor grado lesiona la fascia endopélvica, incluyendo los medios de sostén de vejiga y uretra, asociándose lesión en grado variable del piso perineal. Otros factores que la proporcionan son el inflamatorio vesicouretral, déficit estrogénico, disfunción del detrusor problemas metabólicos (diabetes mellitus), problemas neurológicos, obesidad, etc..

En algunas mujeres se pueden asociar otros factores, pero el predominante es el anatómico, dado por el desplazamiento uretral.

A fines del siglo pasado, pero ya en forma más directa, a principios de éste, varios médicos iniciaron procedimientos quirúrgicos encaminados al tratamiento de este problema. Inicialmente Giordano (1907), utilizó la vía abdominal para reforzar la uretra, con porciones del recto interno del músculo. Siguiéron otros procedimientos hasta llegar a

los trabajos de Kelly y Kennedy sin resultados satisfactorios al 100%, tanto por abordaje abdominal como vaginal. Años después se llegó a la conclusión de utilizar al principio la plastía suburetrovesical como procedimiento de elección, y dejando la vía abdominal para casos de recidiva a la técnica vaginal, o bien cuando hay necesidad de una cirugía abdominal para tratar otras entidades ginecológicas.

La técnica abdominal inicial de Marshall-Marchetti ha sufrido variantes con la finalidad de disminuir su morbilidad (periostitis retropúbica principalmente), así como disminuir también el índice de recidivas. Sin embargo, estas modificaciones también obedecen a los conocimientos actuales de la fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo, que han concluido al criterio de que la cirugía debe llevar la finalidad de elongar la uretra (especialmente la funcional) y llevarla a una situación retropúbica.

ca, para que de esta manera la relación presión intraabdominal/presión intrauretral, esté equilibrada - como lo recomendó Enhorning en 1964.

Al principio se hizo mención que para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo se prefiere la vía vaginal, que además permite en un sólo tiempo quirúrgico la reparación de otros trastornos de la - estática pelvigénital (cistorectocèle) que frecuentemente se asocian a la incontinencia urinaria.

Como en el Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 - se utiliza en algunos casos la uretropexia retro-púbica, analizamos algunos aspectos de esta operación durante el año de 1988, y como era de esperarse su indicación es limitada, de tal manera que en relación a la vía vaginal hay una proporción de 1: 15, y por ello el universo de trabajo fue reducido. Sin embargo, es evidente que su indicación predomina en múltiples paras especialmente en la quinta década de la vida.

En los antecedentes obstétricos de las pacientes estudiadas, en una cuarta parte se reconoció el antecedente de distocia, factor determinante para involucrarlo en la etiología de incontinencia urinaria, principalmente por cambios de presión que vienen a romper la armonía entre presión intravesical/presión intrauretral. Naturalmente que con esto no se pretende señalar que en cada paciente hay un sólo factor etiológico, pues estamos de acuerdo con otras publicaciones de que en una paciente pueden existir dos o más factores etiológicos.

La elección de la vía abdominal en las pacientes estudiadas fue por indicación de cirugía uterina en el 66.6% de los casos, y en el resto por el antecedente de recidiva de la incontinencia urinaria a cirugía previa. En este sentido hay diferencias con otras publicaciones, que reportan porcentajes mayores quizá por preferencia de la vía abdominal de primera intención, o

por ser distinta a la patología manejada.

Las variantes que se ha dado a la uretropexia --
retropública son numerosas y en el Hospital de Gineco--
obstetricia No. 3 del IMSS se ha simplificado el pro-
cedimiento como se menciona en su oportunidad, lo --
que ha llevado (en los casos analizados) a una mor-
bilidad transoperatoria practicamente nula y en el -
postoperatorio una morbilidad baja (16.6%), princi-
palmente por problemas de infección urinaria.

El 50% de los casos tratados tienen al año de --
realizada la cirugía, evolución asintomática, aunque
esto no traduce necesariamente el éxito de la opera-
ción, ya que se requiere un seguimiento a mayor pla-
zo.

CONCLUSIONES .

- La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema frecuente en la población femenina y su etiología es multifactorial.
- El factor anatómico es susceptible de corrección quirúrgica y persigue elongar la uretra (principalmente la funcional) llevándola a una situación retropúbica.
- La uretropexia retropúbica es una alternativa de tratamiento especialmente cuando es necesaria -- una histerectomía, ó en caso de recidiva a otras técnicas quirúrgicas.
- En pacientes seleccionadas y siguiendo una técnica apropiada la morbilidad es baja.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Bhatia N., Bergman A.: Modified Burch versus-Pereyra retropubic urethropexy for stress urinary incontinence, *Obstetrics & Gynecology*, - 66:255-261, 1985

- 2.- Goodno A., Powers T. : Modified retropubic --cystourethropexy, *Am,J, Obstet,Ginecol* , 154: 1211-1215, 1986

- 3.- Iosif S. : Colpourethrocystopexy: a simple method for tratament of genuine primary stress-incontinence, *Act Obstet Gynecol Scand*, 64: - 525-527, 1985

- 4.- Iris De la Cruz S., Villalobos M.: Cystoure--tropexia retropública en incontinencia urinaria de esfuerzo, *Ginecología y Obstetricia de México*, 54:329-337, 1986

- 5.- Kasser O., Ikie A.: Atlas de operaciones ginecológicas, 4a. Ed. Ediciones Toray, 1986
- 6.- Lose G., Jorgensen L. : Voiding difficulties after colposuspension, *Obstetrics & Gynecology*, 69:33-38, 1987
- 7.- Mayhof H., Nully M. : The effects of vaginal-repair on anterior bladder suspension defects *Act Obstet Gynecol Scand*, 64:433-435, 1985
- 8.- Milani R., Algeri N. : Marshall-Marchetti---Krantz procedure and Burch colposuspension in de surgical tratment of female urinary incontinence, *British J Obstet Gynaecol*, 92:1050--1053, 1985
- 9.- Portuando J., Arana A. : Influence Of Follo--

wind greens criteria for urinary stress incontinence surgical procedures, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 18:133-137,1984

10.- Pow-Sangj M., Lockhart L. : Female urinary incontinence preoperative selection surgical-complications on results, J Urology, 138: 517-520,1980

11.- Riggs A. Joseph.: Retropubic Cystourethropexy : A review of two operative procedures with long-term follow-up, Obstetrics & Gynecology, 68:98-105,1986

12.- Sahagun Q. José Cherem CH. Benjamin: Incontinencia urinaria de esfuerzo: Técnica vaginal modificada por tunelización, Ginecología y Obstetricia de México, 55:149-155,1987