

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER

**“ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS,
GINECOOBSTÉTRICOS Y COMPLICACIONES DE
PACIENTES SOMETIDAS A COLPOSUSPENSIÓN TIPO
BURCH EN EL HOSPITAL DE LA MUJER”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. SERGIO GARCÍA PICHARDO

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARIA DEL CARMEN CORDOVA MENDOZA

MÉXICO D.F. AGOSTO 2008



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.

**DR. ESTEBAN GARCÍA RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

**DR. CESAR CEBALLOS ZAMORA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**DRA. MARIA DEL CARMEN CÓRDOVA MENDOZA
ASESOR DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A DIOS: Por llevarme de la mano en todo momento de éste camino recorrido, por darme el privilegio de contar con mis padres y por ponerme en el lugar y con las personas indicadas.

A MIS PADRES: Por ser los mejores, por su AMOR incondicional y por su gran sacrificio, por estar siempre conmigo. Porque con su ejemplo me dejan una enorme responsabilidad.

A MIS HERMANOS: Por creer en mi y porque han estado siempre que los he necesitado, gracias por su esfuerzo y apoyo que me han brindado todo el tiempo para poder lograr un paso más en mi vida profesional.

A MI FAMILIA: Les doy las gracias, por todo su cariño y consejos para salir adelante en mi vida personal y académica, así como todo el apoyo que me otorgan diariamente en todos y cada una de las actividades que realizo.

A GRISELDA: La mujer que AMO, por ser mi compañera en éste difícil camino, por darme todo el amor que me da, por enseñarme a ser una mejor persona y por todo lo que nos falta por caminar juntos.

A MIS HIJOS: Por su tolerancia, por su amor incondicional, por su paciencia y por enseñarme que nunca es tarde para jugar.

A MI ASESOR: Quien siempre estuvo dispuesto a brindarme parte de su tiempo para la realización del presente trabajo, un millón de gracias por su paciencia, dedicación, esfuerzo, colaboración y comprensión para lograr terminar esta tesis

A MIS AMIGOS: y aquellos que directa e indirectamente influyeron en mi persona para mi realización como profesionista

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. ANTECEDENTES**
- III. MARCO TEÓRICO**
- IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- V. JUSTIFICACIÓN**
- VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
- VII. DISEÑO DE ESTUDIO**
- VIII. LÍMITES**
- IX. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**
- X. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**
- XI. VARIABLES**
- XII. MATERIAL Y MÉTODOS**
- XIII. RESULTADOS**
- XIV. ANÁLISIS**
- XV. CONCLUSIONES**
- XVI. BIBLIOGRAFÍA**

I. INTRODUCCIÓN

El término incontinencia urinaria de esfuerzo hace referencia a la pérdida involuntaria de orina al realizar esfuerzo y que conlleva a un problema de tipo social.

Desde 1949 Marshall y colaboradores describieron por primera vez la suspensión uretrovesical retropúbica para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo y a partir de 1961 con el artículo original de Burch las operaciones retropúbicas han sido curativas. En donde el propósito sigue siendo el mismo, suspender y estabilizar la pared vaginal anterior y así el cuello vesical y la uretra proximal, en una posición retropúbica, o que evita su descenso y permite la compresión uretral contra una capa suburetral estable.

Pocos datos diferencian una operación retropúbica de otra, las 3 más estudiadas y conocidas son la colposuspensión de Burch, la operación de Marshall-Marchetti-Krantz y la reparación del defecto paravaginal.

Casi todos los uroginecólogos prefieren la operación de colposuspensión tipo Burch en presencia de hipermovilidad del cuello vesical y un funcionamiento adecuado en reposo del esfínter uretral.

La técnica quirúrgica en casi todos los estudios de la colposuspensión tipo Burch constituye una modificación contemporánea descrita por Tanagho en 1976

La colposuspensión retropúbica está indicada en mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo e hipermovilidad de la uretra proximal y el cuello vesical.

Casi todos los estudios se hacen con una técnica de colposuspensión utilizando dos o tres puntos de sutura con material permanente o de absorción tardía a cada lado de la porción media de la uretra y el cuello vesical.

Casi todos los estudios se hacen con una técnica de colposuspensión utilizando dos o tres puntos de sutura con material permanente o de absorción tardía a cada lado de la porción media de la uretra y el cuello vesical. Las suturas se pasan a través del ligamento de Cooper homolateral y se anudan con tensión suave, dejando un puente de sutura para no sobreelevar o distorsionar el cuello vesical. Burch demostró que con solo dos puntos de sutura a cada lado de la uretra daban una tasa de curación mucho mayor que uno solo.

Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de fracaso quirúrgico de la colposuspensión retropúbica incluyen obesidad, menopausia, antecedente de histerectomía y de operaciones contra incontinencia.

II. ANTECEDENTES

Hacia 1914 Howard Kelly describió la plicatura suburetral como mecanismo quirúrgico corrector de la incontinencia urinaria, con resultados efectivos para la época. Los cirujanos Víctor Marshall, Andrew Marchetti y Kermit Krantz obtuvieron un logro importante cuando describieron la fijación de la fascia vaginal en la sínfisis del pubis como mecanismo de continencia, lo que constituyó una nueva era en los procedimientos quirúrgicos antiincontinencia. Sin embargo, dos problemas limitaron la difusión de la técnica: la osteítis púbica postoperatoria y la imposibilidad de corrección del cistocele.¹

John Christopher Burch, profesor de ginecología de la Universidad de Vanderbilt, al observar estas complicaciones, lleva a cabo en 1958 la primera uretropexia retropúbica con fijación de la fascia vaginal hacia el ligamento de Cooper (ileopectíneo). Esta técnica, descrita por primera vez en 1961, evitaba la osteítis púbica, corregía el cistocele y proveía un medio más firme y seguro para fijar las suturas.²

En 1976, Emil Tanagho propuso una variante de la técnica de Burch. Como observó que la colocación de suturas muy cerca de la uretra ocasionaba erosión de la musculatura esfinteriana, propuso que se ubicaran a 2 cm por fuera de la uretra media (el primer par) y a 2cm por fuera del cuello vesical (el segundo par), con el fin de prevenir daño por este mecanismo de continencia. Esta modificación fue ampliamente adoptada por ginecólogos, urólogos y uroginecólogos.³

Hasta hoy la operación de Burch, con la modificación de Tanagho, se considera el patrón de referencia en la operación antiincontinencia, y es el parámetro contra el que se compara la eficacia de cualquier procedimiento de este tipo.

En general, la incontinencia urinaria es bastante común en algunos grupos etáricos, y puede afectar hasta 40% de las mujeres. Se convierte en problema significativo cuando trastorna las actividades diarias de la paciente, caso en que el abordaje diagnóstico debe llevarse a cabo con precisión.

III. MARCO TEORICO

Han pasado 45 años desde que John C. Burch describió por primera vez su técnica de colposuspensión al ligamento de Cooper para el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Así medio siglo después el legado aún vive. Su técnica, con las modificaciones posteriores, ocupa un lugar privilegiado entre las operaciones quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, tanto que en la actualidad se considera el patrón de referencia con el que todas las nuevas técnicas quirúrgicas deben compararse para medir su efectividad. Los recientes progresos en el conocimiento y la estandarización de la urodinámica femenina han permitido evaluar de manera más precisa los casos susceptibles de ser operados. Es así como se han optimizado los resultados, pues las complicaciones, relativamente raras, no son graves. Con tasas de éxito de casi 90% en seguimientos de 5 a 10 años, y del 69% en seguimientos de 10 a 20 años, la uretropexia de Burch aún aportará mucho al tratamiento de la incontinencia urinaria femenina.³⁶

Aún cuando a menudo las pacientes tienden a ocultar el padecimiento por vergüenza, la incontinencia urinaria ha sido un problema de salud en la mujer que desde principios del siglo pasado llamó la atención de muchos cirujanos.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La incontinencia urinaria debe abordarse bajo la premisa de que es tanto síntoma, como signo y enfermedad. En tanto síntoma, las pacientes se quejan de pérdida de orina cuando tosen, se ríen o realizan esfuerzos. El síntoma se convierte en signo cuando se puede probar la pérdida urinaria, mediante aumento de la presión abdominal. La incontinencia urinaria de esfuerzo se debe a que la presión intravesical iguala o supera la presión uretral durante los incrementos de presión intraabdominal. Por tanto, la enfermedad se diagnostica al probar el cambio de presión descrito en ausencia de actividad del músculo detrusor.

En general, la incontinencia urinaria es bastante común en algunos grupos etáricos, y puede afectar hasta 40% de las mujeres. Se convierte en problema significativo cuando trastorna las actividades diarias de la paciente, caso en que el abordaje diagnóstico debe llevarse a cabo con precisión.

La evaluación puede consistir en simple observación, cistometría de consultorio, urodinámica multicanal, ultrasonido o incluso videourodinamia. Una vez llevada a cabo, el clínico debe ser capaz de diagnosticar a la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta.

La prueba de hisopo, o Q-tip test, tiene valor porque determina que pacientes tienen hipermovilidad uretral, que refleja soporte deficiente de la uretra proximal y se define como el desplazamiento del hisopo más de 30 grados en reposo y durante la maniobra de Valsalva. Si la prueba es negativa (ausencia de hipermovilidad uretral o desplazamiento del hisopo menor a 30 grados) el éxito de la operación de Burch es menor. Bergman y colaboradores, en 1989, probaron que la tasa de fracasos luego de uretropexia de Burch en paciente con Q-tip test negativo e incontinencia urinaria de esfuerzo fue del 53%, dato relevante en pacientes a quienes se practicará uretropexias retropúbicas o colocación de cintas vaginales, pues la prueba negativa indica ausencia de defecto anatómico en el soporte uretral. Sin embargo, la hipermovilidad uretral no tiene valor predictivo en la aparición de incontinencia urinaria. La prueba del hisopo negativa (por efecto de la colposuspensión) en el postoperatorio de uretropexia de Burch se relaciona con curación en 90% de pacientes con incontinencia.^{4,5}

Los estudios de urodinámica suelen realizarse tanto antes como después de la operación, y proveen información detallada y medidas cuantitativas sobre la presión uretral y la aparición o ausencia de contracciones del detrusor. Aunque la videourodinamia provee datos visuales de los defectos anatómicos que pueden ser responsables de la incontinencia urinaria de esfuerzo, no se ha demostrado que su práctica mejore los resultados postoperatorios. De hecho, salvo raras excepciones, algunos parámetros urodinámicos, como la longitud funcional de la uretra y la presión de cierre uretral, tienen poca mejoría cuando se evalúan en el postoperatorio.^{6,7}

En pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo también es común encontrar detrusor hiperactivo, en rangos de 18 a 79.3%.⁸ Karram y Bathia estudiaron a 52 pacientes con incontinencia urinaria mixta, con urodinámica probada, y no se logró predecir para cuáles pacientes el abordaje quirúrgico o el farmacológico por sí solos eran más satisfactorios. Finalmente, recomiendan que en todos los casos de incontinencia urinaria mixta se proceda primero al tratamiento médico, para evitar la operación en pacientes en quienes se logre manejo exitoso con dichas medidas.⁹

PARAMETROS URODINÁMICOS PREDICTIVOS DE ÉXITO

Ciertas ocasiones preoperatorias pueden afectar a la tasa de éxito quirúrgico. Por ejemplo, las pacientes a las que se les practica la operación, con detrusor hiperactivo no probado, pueden clasificarse como fracaso quirúrgico si se encuentra fuga de orina en el postoperatorio. Stanton y colaboradores¹⁰ encontraron que si había detrusor hiperactivo, éste podía ser factor de riesgo para considerar como fallido el procedimiento antiincontinencia. El hallazgo de uretra con baja presión es decisivo, pues la tasa de éxito mediante los procedimientos convencionales suele ser baja. En síntesis, los diagnósticos correctos permiten tratamientos adecuados y efectivos.

Aunque algunos autores encontraron que la urodinámica preoperatoria de rutina no es indispensable, puede ser de ayuda en muchos sentidos.⁸

Identifica a las pacientes con detrusor hiperactivo, en las que debe evitarse la operación (si es hallazgo único).

Prueba aparición de incontinencia urinaria mixta, de manera que primero pueda hacerse el abordaje médico antes del procedimiento quirúrgico.

Ayuda a distinguir entre las pacientes con fracasos quirúrgicos verdaderos y las que tenían y continúan con el detrusor hiperactivo, y también de las que tienen el trastorno de novo.

Identifica a las pacientes con uretras de baja presión, definida como cierre uretral menor a 20 cmH₂O, o puntos de pérdida abdominal con presiones vesicales menores a 60 cmH₂O (disfunción intrínseca del esfínter uretral). Estas pacientes se beneficiarían más de procedimientos oclusivos tipo cabestrillo que de operaciones convencionales.

Los parámetros urodinámicos específicos se listan y explican en el cuadro 1.

Cuadro 1. Parámetros urodinámicos predictivos de resultado quirúrgico en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Parámetro urodinámico	Interpretación – relación
UPP*	Presión máxima de cierre uretral (PMCU) < 20 cmH ₂ O, hallazgo en 76% de mujeres con fracaso posterior a la operación de Burch. El 81% con éxito quirúrgico posterior a operación de Burch, tiene PMCU > 20 cmH ₂ O. ¹¹
Presiones del detrusor al vaciamiento	Presiones del detrusor al vaciamiento < 15 cmH ₂ O predisponen a trastornos de vaciamiento postoperatorios (42 vs 18%). ¹² El 90% de mujeres con Q-tip test negativo en el postoperatorio tuvo cura. ¹³ La incontinencia urinaria de esfuerzo con Q-tip test negativo se relaciona en 53% con fracaso posterior a operación Burch. ⁵
PTR**	La PTR mejoró significativamente en pacientes con continencia en el postoperatorio. Mientras más alta sea la PTR, más probable es la cura, pero no hay valor predictivo para la incontinencia. ^{9,14}

*UPP, urethral pressure profile (perfil de presión uretral).

**PTR, pressure transmission ratio (tasa de transmisión de presión).

Factores de riesgo no urodinámicos para fracaso quirúrgico

Muchos estudios se han llevado a cabo con la intención de identificar a pacientes en riesgo de fracaso quirúrgico. Alcalay y colaboradores¹⁵ estudiaron a 109 pacientes sometidas a operación de Burch a quienes se les dio seguimiento durante 10 a 20 años luego del procedimiento. Los únicos factores de riesgo identificados para fracaso quirúrgico fueron: operación antiincontinencia previa, peso mayor a 80 kg y pérdida excesiva de sangre (mayor a 1,000 mL).

OPERACIÓN DE BURCH: TÉCNICA ORIGINAL

Burch modificó la uretropexia de Marshall-Marchetti-Krantz cuando encontró que las suturas de una de sus pacientes se desprendía de la sínfisis del pubis. En un primer momento propuso fijar la sutura paravaginal a la línea blanca (arco tendinoso de la fascia endopélvica), pero encontró el mismo problema, para descubrir que el ligamento pectíneo (de Cooper) es un buen medio de fijación.²

La técnica original fue escrita en 1961: “Mediante incisión vertical se abre el espacio de Retzius, y el hueso púbico, el ligamento de Cooper y las paredes laterales de la pelvis se exponen mediante disección roma y con filo en el plano avascular. Se inyecta leche estéril dentro de la vejiga y ésta literalmente se absorbe del tejido paravaginal mediante el uso de esponja con soporte contra el dedo índice izquierdo que empuja hacia arriba y lateralmente la vagina”.

Se emplearon tres partes de sutura tipo catgut crómico núm.2, que atravesaban la fascia paravaginal y la pared vaginal, excepto la mucosa, y se anclaron luego al ligamento de Cooper.

Burch notó que la aproximación del tejido “solía ser perfecta”, pero no simple posible o deseable. La tensión en las suturas debía evitarse e indicó que el uso de catgut crómico era bueno por ser absorbible: la morbilidad en el postoperatorio se reducía si de manera inadvertida se atravesaba dicha sutura en la vagina o en la vejiga. Recomendó el drenaje en el espacio de Retzius en caso de que hubiera sangrado o lesión vesical.²

Si el procedimiento era exitoso, la vagina formaba una cinta ancha que daba soporte al cuello vesical. Burch observó cambios demostrables en la posición uretral, elevación del cuello vesical y cambios en el ángulo uretrovesical.²

Modificaciones a la técnica original

Tanagho describió su modificación al procedimiento de Burch en 1976 y su técnica operatoria se ha convertido en la referencia más citada para esta operación. Recomendó la incisión suprapúbica transversa o de línea media para acceder al espacio de Retzius. El cuello vesical se identifica mediante catéter Foley, 22 o 24 French, con balón de 5 ml. Se identifica la cara anterolateral de la vagina y se procede a disecar la grasa superpuesta para permitir el anclaje adecuado de la sutura. Entonces se colocan dos pares de suturas Dexon (ácido poliglicólico) núm. 1: el primer par en la uretra media y el segundo en la unión uretrovesical (la sutura más crítica), 2 cm por fuera de la uretra y a 2 cm del cuello vesical. Con pinzas finas se puede tomar el tejido perivaginal donde se atravesarán las suturas, con el fin de mejorar la exposición. Estas suturas atraviesan luego el ligamento de Cooper y se atan de manera secuencial, primero las más distales. El grado de elevación de la sutura debe determinarse mediante los dedos introducidos en la vagina, sin intentar juntar la fascia vaginal al ligamento de Cooper. De hecho, se sugiere que la distancia debe permitir la introducción de dos dedos entre el pubis y

la uretra. Esto “elimina la posibilidad de obstrucción postoperatoria o la falsa continencia creada por compresión y obstrucción”. Al concluir el procedimiento se cambia la sonda Foley ancha por una de calibre 16, en caso de sangrado se colocan drenajes de Penrose en el espacio retropúbico. En cuanto a la actividad luego de la operación, Tanagho recomienda restringirla durante tres o cuatro meses.¹⁶

Otras modificaciones y procedimientos acompañantes

Stanton publicó en 1984 su versión de la colposuspensión de Burch. La exposición al espacio de Retzius fue similar a la técnica original, como sutura utilizó ácido poliglicólico núm. 1 que se pasaba por la fascia paravaginal y luego se dirigía al ligamento de Cooper. Se deja un catéter suprapúbico y drenaje del espacio retropúbico.¹⁷

Diversos estudios comprobaron que en la actualidad los cirujanos utilizan partes de cada técnica para realizar el procedimiento. El uso del catgut crómico se sustituyó con suturas de reabsorción lenta, como el ácido poliglicólico o poliglactínico, o bien suturas permanentes.¹⁸

Colocar las suturas en el sitio correcto es decisivo para el óptimo resultado quirúrgico. La práctica de la cistoscopia en el transoperatorio es un procedimiento ampliamente adoptado en la actualidad, que permite detectar la aparición de suturas en la vejiga, lesiones vesicales y garantiza el flujo uretral.

Se consideraba que llevar a cabo la histerectomía concomitante era importante para el éxito de la operación antiincontinencia, pero Stanton y Cardozo¹⁹ no encontraron pruebas de su necesidad. La histerectomía debe limitarse a los casos en los que haya indicación ginecológica para extirpar el útero.

Se informa de otros procedimientos concomitantes a la uretropexia de Burch, en los que se incluyen las culdoplastías de Moschowitz, Halban o McCall. En algunos casos son rutinarias y en otros sólo cuando se prueba fondo de saco rectouterino profundo, para prevenir el enterocele postoperatorio yatrógeno.²⁰

En cuanto al número y la localización de las suturas y los procedimientos concomitantes, aún no hay diferencias en las tasas de éxito de las técnicas descritas por Burch (1961), Tanagho (1976) y Stanton (1976, 1984).²¹

Mecanismo de continencia

Tradicional y ampliamente se ha informado que la operación de Burch restaura el soporte de la uretra media y el cuello vesical mediante la fijación de la fascia vaginal en el ligamento de Cooper, lo que recupera el mecanismo de continencia ante incrementos de la presión abdominal. Digesu y colaboradores, en 2004, plantearon la posibilidad de que esta técnica también ocasionara cambio de posición del músculo elevador del ano (haz pubovisceral/pubovaginal), de manera que la distancia entre éste y el cuello vesical fuera menor a consecuencia de la uretropexia. En dicho estudio, realizado con base en imágenes de resonancia magnética nuclear, se encontró que el hallazgo es más frecuente en pacientes curadas que en las no curadas, con diferencia estadística significativa. Por lo que se planteó el hecho de que el reposicionamiento del músculo elevador del ano, a consecuencia de la uretropexia, también contribuya al mecanismo de cierre uretral, y se aconseja que las suturas en la fascia vaginal se coloquen en sentido transversal para lograr dicho acercamiento entre el cuello vesical y el músculo elevador del ano.²²

Tasas de éxito y fracaso

Entre los procedimientos quirúrgicos antiincontinencia, la colposuspensión de Burch es la técnica que más se realiza y contra la que todos deben compararse en términos de efectividad, dificultad técnica e inocuidad.

Sin embargo, es difícil comparar el éxito entre autores si se toma en cuenta que sus técnicas operatorias son distintas, las pacientes seleccionadas para el procedimiento pudieron tener características diversas, la duración del seguimiento varía y los criterios de éxito y fracaso a menudo son diferentes.

En la mayor parte de los estudios las estadísticas probaron que sí había malos resultados con la técnica, que aparecían desde el comienzo y que las recurrencias luego de 20 meses eran raras. Alcalay y colaboradores probaron tasas de éxito continuo de 69% luego de 10 a 20 años del procedimiento, lo que sugiere que el seguimiento de al menos 5 a 10 años es necesario para evaluar el éxito de los procedimientos antiincontinencia.¹⁵

Otro aspecto importante es la variación entre las tasas de éxito subjetivas y objetivas, que destacan el hecho de que los parámetros objetivos son indispensables para la evaluación de los resultados. Herbertsson y colaboradores, en un estudio a 72 pacientes, encontraron que cinco de siete pacientes no curadas respecto de parámetros objetivos, se consideraban a sí mismas como curadas.²³

En general, los estudios con seguimiento a largo plazo (10 a 20 años) informan tasas de éxito para la operación de Burch entre 69 y 90% cuando el procedimiento se practicó en forma primaria, y tasas entre 60 y 82.5% cuando fue repetitivo por persistencia o recurrencia de la incontinencia (cuadro 2).¹⁵

Cuadro 2: Tasas de éxito para la operación de Burch según la duración del seguimiento^{15,23}

Seguimiento (años)	Número estudios/Pacientes incluidas	de Procedimiento (%)	primario	Procedimiento repetitivo (%)
≤ 1	17/1419	85.9		60.6
1-2	5/572	85.2		62
2-5	11/1006	82.7		66
5-12	7/496	89.8		82.4
10-20	1/109	69		-

Operación de Burch vs. Otros procedimientos antiincontinencia

Stanton y Cardozo compararon 25 mujeres a quienes se les había efectuado una reparación anterior con otras 25 a quienes se les practicó operación de Burch, y encontraron tasas de cura objetiva, a los seis meses, de 36 y 84%, respectivamente.²⁴

Bergman y colaboradores hicieron un estudio prospectivo en 289 mujeres que, al azar, se les hicieron plicatura de Kelly, suspensión de Pereyra o colposuspensión de Burch; la evaluación de los parámetros objetivos a los 12 meses arrojó tasas de éxito de 69, 70 y 87% respectivamente. El seguimiento a cinco años de 127 de las pacientes mostró tasas de 37, 43 y 82%, respectivamente.²⁵

Ward, en 2004, realizó un estudio aleatorizado multicéntrico en 14 países, en el que 344 mujeres se sometieron a colposuspensión de Burch o colocación de cinta vaginal libre de tensión (TVT). Los resultados se evaluaron dos años después de la operación y se encontraron tasas de curación del 85% en el caso de la TVT, respecto del procedimiento de Burch que tuvo 87%, diferencia estadística no significativa.²⁶

Operación de Burch: abordaje laparoscópico

Es la variante de abordaje quirúrgico más recientemente introducida. En 1997, Su y colaboradores publicaron un estudio en el que compararon los resultados de la operación de Burch vía laparoscópica con los de vía abierta, en el que se obtuvieron tasas de éxito de 80.4 y 95.6%, respectivamente. Un dato importante

es que en las pacientes con abordaje laparoscópico sólo se hicieron dos suturas, mientras que en los procedimientos abiertos se hicieron cuatro o seis.²⁷

Hacer cuatro puntos en la vía laparoscópica ofrece tasas de éxito similares a las de abordaje abierto, lo que se probó en el estudio de Summit y colaboradores.

Se informa tasa de curación de 100% a los tres meses por vía laparoscópica, en comparación con el abordaje convencional, en el que fue de 97.06%; al año las tasas fueron de 92.8 y 88.24% respectivamente.²⁸

COMPLICACIONES

La incidencia global de complicaciones relacionadas con la operación de Burch puede ser tan alta como 41.2%. entre ellas se incluyen trastornos de vaciamiento, hiperactividad del músculo detrusor, lesión vesical o uretral, infección del conducto urinario y hemorragia; pueden haber otras más serias como tromboembolismo venoso o fístula vesicovaginal; sin embargo, son raras. La secuela tardía más frecuente es el enterocele (cuadro 3).²⁹

Cuadro 3. Operación de Burch: análisis descriptivo de las complicaciones.

Complicación	Descripción
Retención urinaria	Hallazgos en el postoperatorio inmediato o mediato. Estas pacientes se manejan con cateterización uretral prolongada, autocateterización intermitente o dilatación uretral. ³⁰
Detrusor hiperactivo de novo	Frecuencia: 5 a 27%. Se proponen varias hipótesis que explican la aparición del fenómeno: obstrucción uretral, daño nervioso por disección excesiva y cambios del soporte uretral que acodan el cuello vesical. ^{31,32}
Apertura inadvertida de la vejiga	Muy rara, concomitante a exposición difícil y disección laboriosa. ¹⁷
Fístula vesicovaginal	Burch informó un solo caso. En dicha paciente se realizó de manera concomitante histerectomía abdominal. ²
Obstrucción uretral	Hallazgo en casos raros, cuando hay antecedente de operación pélvica o vesical. El tratamiento fue quirúrgico, se reintervino a la paciente para liberar la sutura y reparar la lesión uretral. ³³
Morbilidad infecciosa	La cistitis es la complicación infecciosa más frecuente, con 8% de incidencia. También puede haber bacteriuria asintomática o infección de la herida. ³⁰
Hemorragia	En muy pocos casos se han informado hemorragias que requieran transfusión sanguínea. ³⁰
Dolor	Se informan varios cuadros que tienen en común dolor: síndrome de dolor postcolposuspensión y dispareunia. Estos casos remiten con la remoción de la sutura del lado afectado, sin que se altere la continencia. ⁶
Enterocele	Su incidencia es de 2 a 13% en seguimientos de hasta cinco años. Sus causas son cambios en el eje vaginal inducidos por la operación. Flores Carrera y colaboradores reportan incidencia de enterocele posterior a operación de Burch de 41.9%. ^{30,34}

En el Instituto Nacional de Perinatología se hizo un estudio al que incluyeron 93 pacientes operadas con la técnica de Burch, y en el que se identificaron complicaciones inmediatas, como lesión vesical (2.15%), hemorragia (1.07%) y ligadura de uréter (1.07%); mediatas, como infección de la herida quirúrgica (5.37%), IVU (3.22%) y absceso en la cúpula vaginal (1.07%), no hubieron complicaciones tardías.³⁵

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Es la colposuspensión tipo Burch el Stand de oro para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo?

V. JUSTIFICACIÓN:

Han pasado 45 años desde que John C. Burch describió por primera vez su técnica de colposuspensión al ligamento de Cooper para el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Así medio siglo después el legado aún vive. Su técnica, con las modificaciones posteriores, ocupa un lugar privilegiado entre las operaciones quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, tanto que en la actualidad se considera el patrón de referencia con el que todas las nuevas técnicas quirúrgicas deben compararse para medir su efectividad. Los recientes progresos en el conocimiento y la estandarización de la urodinámica femenina han permitido evaluar de manera más precisa los casos susceptibles de ser operados. Es así como se han optimizado los resultados, pues las complicaciones, relativamente raras, no son graves. Con tasas de éxito de casi 90% en seguimientos de 5 a 10 años, y del 69% en seguimientos de 10 a 20 años, la uretropexia de Burch aún aportará mucho al tratamiento de la incontinencia urinaria femenina.³⁶

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de tipo social que afecta a las mujeres sobre todo en etapa reproductiva.

El presente trabajo pretende evaluar el resultado de la cirugía antiincontinencia llevada a cabo en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo en las pacientes del Hospital de la Mujer de Marzo del 2007 a Junio del 2008, con el objeto de mejorar el manejo y disminuir la morbimortalidad en este grupo.

VI. OBJETIVOS GENERALES:

1. Conocer el porcentaje de pacientes sometidas a colposuspensión tipo Burch por incontinencia urinaria de esfuerzo de acuerdo a: edad, estado civil, grupo sanguíneo, embarazos, partos, cesáreas.
2. Conocer las complicaciones presentadas en pacientes sometidas a colposuspensión tipo Burch.

VII. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Longitudinal, retrospectivo, descriptivo y observacional.

VIII. LIMITES:

Pacientes de consulta externa de uroginecología operadas de Marzo del 2007 a Junio del 2008.

IX. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo pura.

X. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con incontinencia urinaria mixta o con hiperreflexia del detrusor (enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple, entre otras).

XI. VARIABLES:

Edad, sexo, religión, escolaridad, ocupación, estado civil, grupo sanguíneo, gestas, paras, abortos, cesáreas.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS:

Fueron 25 pacientes operadas en el Hospital de la Mujer en el quirófano del primer piso que presentaban Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con protocolo completo, así como el expediente de la consulta externa con valoración cardiovascular y preanestésica en el periodo del 1º de Marzo del 2007 al 30 de Junio del 2008.

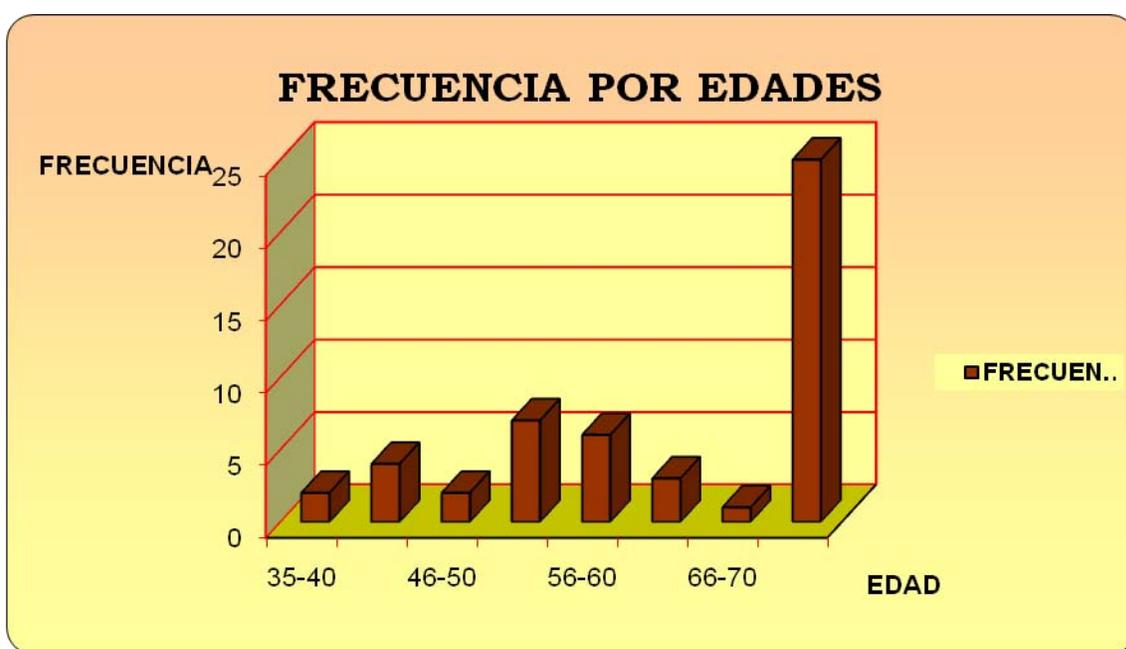
XIII. RESULTADOS:

Se revisaron 25 expedientes de pacientes sometidas a cirugía Colposuspensión tipo Burch que presentaban Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el periodo comprendido de Marzo del 2007 a Junio del 2008.

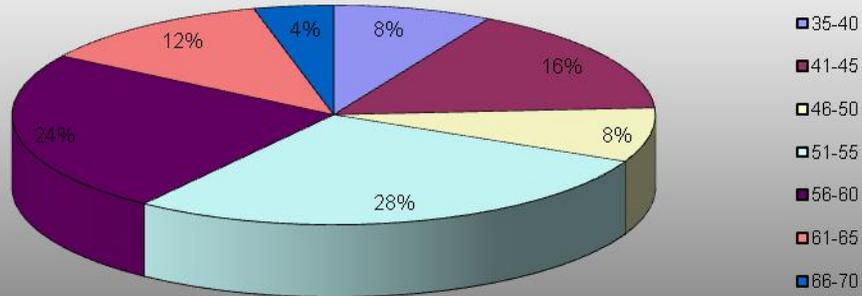
Las variables analizadas en el estudio se agruparon en:

1. Edad
2. Religión
3. Escolaridad
4. Ocupación
5. Estado civil
6. Grupo sanguíneo
7. Gestas
8. Paras
9. Abortos
10. Cesáreas

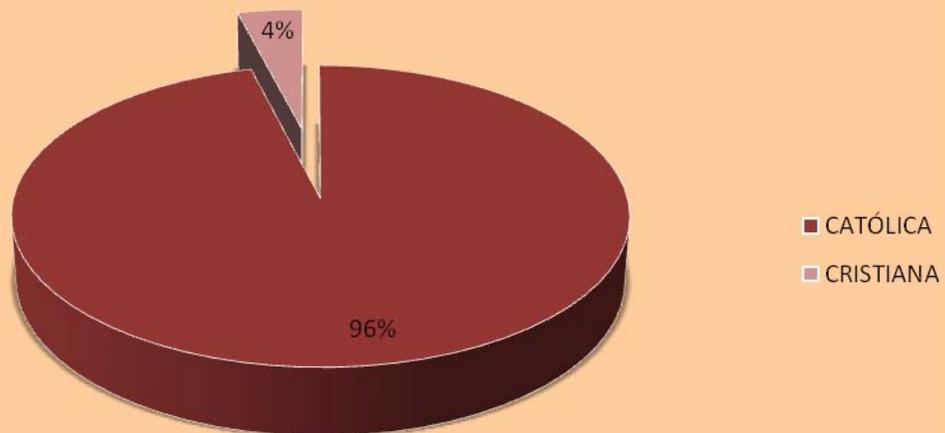
La edad promedio de nuestra población fue de 53 años, el grupo de mayor frecuencia se ubica entre 55 a 60 años.



FRECUENCIA POR EDADES

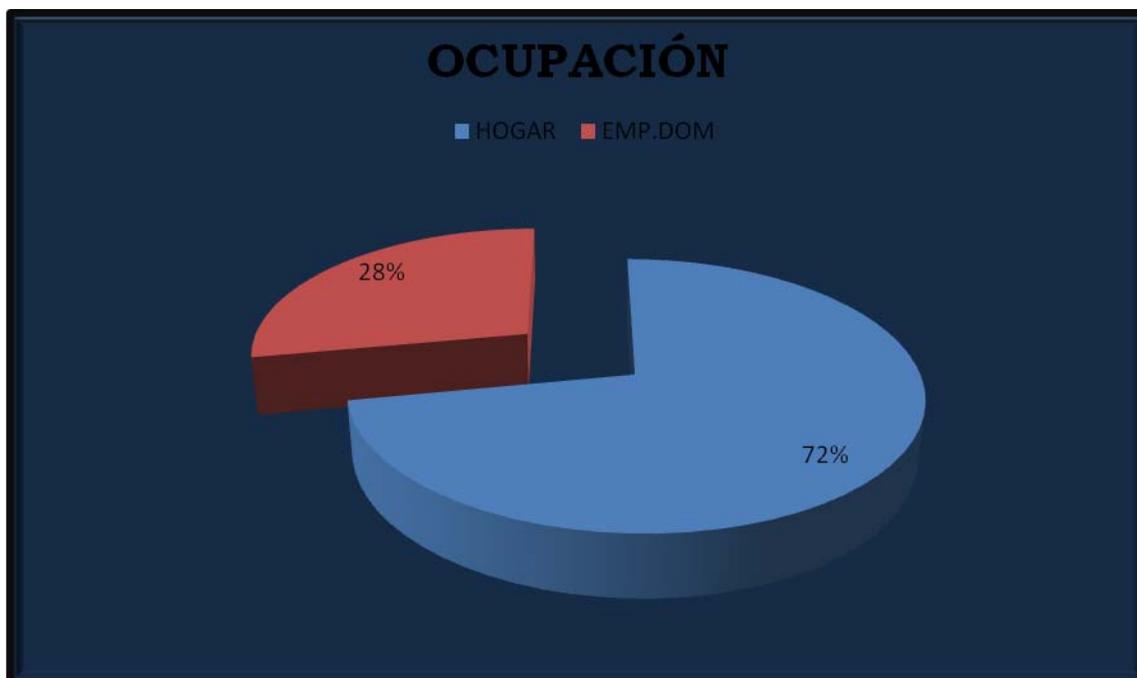


RELIGIÓN



La religión que más predominó en nuestras pacientes fue la católica en 24 pacientes (96%), solo 1 paciente (4%) practicaba la religión cristiana.

En cuanto a escolaridad el 56% de nuestras pacientes solo contaban con la primaria completa, siendo esta de gran predominio.



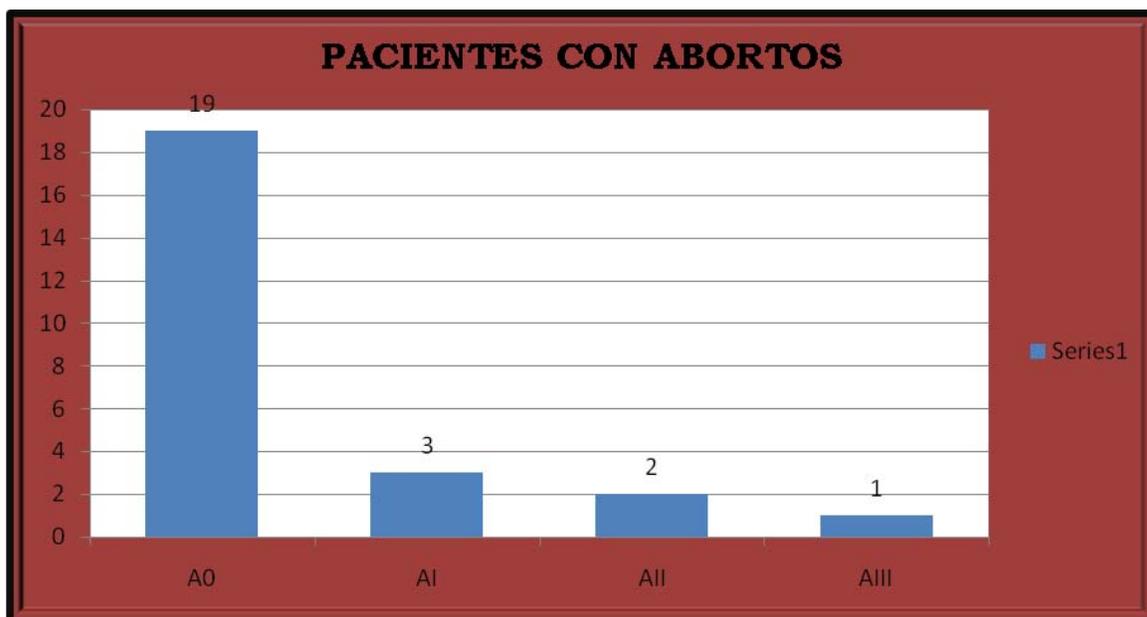
Sólo 18 de nuestras pacientes se dedican al hogar representando el 72% y 7 de ellas (28%) trabajan fuera del mismo siendo empleadas domésticas.

En cuanto al estado civil 15 de nuestras pacientes se encontraban casadas representando el 60% del total de la población.



El número de embarazos promedio en nuestras pacientes fueron GIII y GIV, con 9 pacientes cada una respectivamente.

Se observa que las pacientes que presentaban 3 y 4 embarazos fueron las que desarrollaron Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.



En esta gráfica de abortos tampoco hay significancia respecto al número de abortos y el desarrollo o presentación de Incontinencia Urinaria.

En cuanto a las que presentaron 1 cesárea no representó un factor de riesgo para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.



XIV. ANÁLISIS:

1. La edad promedio de nuestra población fue de 53 años, el grupo de mayor frecuencia se ubica entre 55 a 60 años.
2. La religión que más predominó en nuestras pacientes fue la católica en 24 pacientes (96%), solo 1 paciente (4%) practicaba la religión cristiana.
3. En cuanto a escolaridad el 56% de nuestras pacientes solo contaban con la primaria completa, siendo esta de gran predominio, sin representar un factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo
4. Solo 18 de nuestras pacientes se dedican al hogar representando el 72% y 7 de ellas (28%) trabajan fuera del mismo siendo empleadas domésticas, no presentando significancia para la incontinencia urinaria de esfuerzo.
5. En cuanto al estado civil 15 de nuestras pacientes se encontraban casadas representando el 60% del total de la población.
6. El número de embarazos promedio en nuestras pacientes fueron GIII y GIV, con 9 pacientes cada una respectivamente
7. Se observa que las pacientes que presentaban 3 y 4 embarazos fueron las que desarrollaron Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
8. En cuanto a las que presentaron 1 cesárea no representó un factor de riesgo para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
9. En esta gráfica de abortos tampoco hay significancia respecto al número de abortos y el desarrollo o presentación de Incontinencia Urinaria

XV. CONCLUSIONES:

Aunque el proceso de comparar distintas técnicas quirúrgicas antiincontinencia es complejo y no siempre posible, la uretropexia de Burch ha demostrado clara superioridad, en cuanto a éxito quirúrgico, si se le compara con otras técnicas (colporrafia anterior, procedimientos de aguja y reparación paravaginal), sin embargo las operaciones antiincontinencia con invasión mínima cada vez más importantes, pues tienen tasas de éxito similares a la colposuspensión de Burch con mínima disección tisular, lo que reduce significativamente la morbilidad postoperatoria y la estancia intrahospitalaria.

Como requisitos mínimos, todas las pacientes programadas para procedimiento quirúrgico antiincontinencia deben:

1. Contar con adecuada historia clínica y exploración física.
2. Ser evaluadas con prueba de la tos y prueba del hisopo (Q-tip test).
3. Idealmente, contar siempre con un estudio urodinámico multicanal. Sin embargo, en casos de diagnósticos inciertos, edad avanzada o incontinencia recurrente o persistente, dicho estudio es obligatorio.
4. Las pacientes deben evaluarse antes de la operación y en el seguimiento postoperatorio con cuestionarios de calidad de vida y pruebas objetivas, como la prueba de peso de la toalla y urodinámica multicanal.

Debe informarse a la paciente sobre los resultados postoperatorios y las posibles complicaciones que puedan surgir. Por lo regular el seguimiento a cinco años se considera ideal para evaluar la tasa de éxito o fracaso del procedimiento quirúrgico.

Técnicas menos invasoras y de introducción reciente, como la cinta vaginal libre de tensión, lograron tasas de éxito tan altas como las de operación de Burch con bajas tasas de complicaciones. No obstante, 45 años después de su publicación inicial la operación de Burch, conserva un papel preponderante entre los procedimientos quirúrgicos antiincontinencia, y sigue siendo el patrón de referencia.

XVI. BIBLIOGRAFIA

1. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral stress incontinence, cystocele, and prolapsed. *AM J Obstet Gynecol* 1961;281-90.
2. Tanagho, EA. Colpocystourethropexy: the way to do it. *J Urol* 1976;116(6):751-3.
3. Karram MM, Bhatia NN. The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1988;71(6Pt1):807-11.
4. Bergman A, Koonings PP, Ballard CA. Negative Q-tip test as risk factor for failed incontinence surgery in women. *J Reprod Med* 1989;34(3):193-7.
5. Bathia NN, Ostergard DR. Urodynamic effects of retropubic urethropexy in suspension. *Surg Gynecol Obstet* 1949;88:509.
6. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapsed. *AM J Obstet Gynecol* 1961;281-90.
7. Tanagho, EA. Colpocystourethropexy: the way to do it. *J Urol* 1976;116(6):751-3.
8. Karram MM, Bhatia NN. The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1988;71(6Pt1):807-11.
9. Bergman A, Koonings PP, Ballard CA. Negative Q-tip test as risk factor for failed incontinence surgery in women. *J Reprod Med* 1989;34(3):193-7.
10. Bathia NN, Ostergard DR. Urodynamic effects of retropubic urethropexy in genuine stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140(8):936-41.
11. Bergman A, McCarthy TA. Urodynamic changes after successful operation for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1983;147(3):325-7.
12. Lose G, Jorgensen L, Mortensen SO, Molsted-Pedersen L, et al. Voiding difficulties after colposuspension. *Obstet Gynecol* 1987;69(1):33-8.
13. Elia G, Bergman A. Genuine stress incontinence with low urethral pressure. *J Reprod Med* 1995;40(7):503-6.
14. Ferriani RA, Silva de Sa MF, Dias de Moura M, Charaffedine MN, et al. Ureteral blockage as a complication of Burch colposuspension: report of 6 cases. *Gynecol Obstet Invest* 1990;29(3):239-40.
15. Alcalay M, Monga A, Stanton S. Burch colposuspension: a 10-20 year follow up. *Br J Obstet Gynecol* 1995; 102(9):740-5.
16. Tanagho EA. Colpocystourethropexy: the way to do it. *J Urol* 1976;116(6):751-3.
17. Stanton SL. The Burch colposuspension procedure. *Acta Urol Belg* 1984;52(2):280-2.

18. Smits-Braat M, Vierhout ME. Permanent or absorbable sutures for Burch colposuspension? *Int Urogynecol J* 1995;6:350-2.
19. Stanton SL, Cardozo LD. Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br J Obstet Gynecol* 1979;86(9):693-7.
20. Kiilholma P, Makinen J, Chancellor MB, Pitkanen Y, et al. Modified Burch colposuspension for stress urinary incontinence in females. *Surg Gynecol Obstet* 1993;176(2):111-5.
21. Dainer M, Hall CD, Choe J, Bhatia NN. The Burch procedure: a comprehensive review. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54(1):49-60.
22. Digesu GA, Bomberli L, Hutchings A, Khullar V, et al. effects of Burch colposuspension on the relative positions of the bladder neck to the levator ani muscle: an observational study that used magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(3):614-9.
23. Herbertsson G, Losif CS. Surgical results and urodynamic studies 10 years after retropubic colpourethrocystopexy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(4):298-301.
24. Stanton SL, Cardozo LD. A comparison of vaginal and suprapubic surgery in the correction of incontinence due to urethral sphincter incompetence. *Br J Urol* 1979;51(6):497-9.
25. Bergman A, Elia G. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five-year follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(1):66-71.
26. Ward KL, Hilton P, UK and Ireland TVT Trial Group. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(2):324-31.
27. Su TH, Wang KG, Hsu CY, Wei HJ, et al. Prospective comparison of laparoscopic and traditional colposuspension in the treatment of genuine stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76(6):576-82.
28. Summit RL Jr, Lucente V, Karram MM, et al. randomized comparison of laparoscopic and transabdominal Burch urethropexy for treatment of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(4S):2s(abst).
29. Wang AC. Burch colposuspension vs Stamey bladder neck suspension. A comparison of complications with special emphasis on detrusor instability and voiding dysfunction. *J Reprod Med* 1996;41(7):529-33.
30. Korda A, Feery J, Hunter P. colposuspension for the treatment of female urinary incontinence. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1989;29(2):146-9.
31. McGuire EJ, Savastano JA. Stress incontinence and detrusor instability/urge incontinence. *Neurol Urodyn* 1985;4:313-6.
32. Vierhout ME, Mulder AF. DE novo detrusor instability after Burch colposuspension. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(6):414-6.

33. Pow-Sang JM, Lockhart JL, Suarez A, Lansman H, et al. female urinary incontinence:preoperative, selection, surgical complications, and results. J Urol 1986;136(4):831-3.
34. Flores RS, Flores CO, Cabrera JR. Posterior genital prolapse following the Burch method of colposuspension. Genecol Obstet Mex 1999;67:497-502.
35. Simonin DG, Rodriguez CS, Kunhardt RJ, Delgado UJ, y col. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Análisis de dos técnicas quirúrgicas: Pereyra y Burch. Ginec Obstet Mex 1994;62:319-21.
36. Avilez CJC, Rodriguez CES, Escobar DBL, y col. Operación Burch: experiencia a 45 años de historia. Ginec Obstet Mex 2007;75:155-63.