

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Dr JOSE PACHECO
ROMERO

RESUMEN

Se presenta la experiencia del autor con el reparo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) usando la técnica de la suspensión subperióstica en dos grupos sucesivos de 40 y 33 pacientes y con seguimiento mínimo de 2 años, respectivamente. La edad fue similar en ambos grupos y hubo menos grandes multiparas en el segundo grupo. La IUE fue moderada más que severa y el grado de prolapso genital fue también moderado o moderado a severo.

En el reparo quirúrgico se empleó preferentemente una sola sutura de seda grosor 0, realizándose la aproximación de los elevadores del ano. Se retiró la sonda Foley al tercer día.

Mientras en la primera serie, el resultado fue favorable en el 90

por ciento, en el segundo grupo, hasta el momento ninguna paciente ha reportado recurrencia de la IUE, lo que da un resultado favorable de 95 por ciento en las 73 pacientes. El cistocele recurrió en 25 por ciento en el primer grupo y en 12 por ciento en el segundo grupo, siempre en forma leve. Estos resultados son comparables a los mejores reportados recientemente, lo que revaloriza la utilidad de la vía vaginal en el reparo de la IUE en casos bien seleccionados, con técnica apropiada y en manos expertas.

SUMMARY

Experience with the vaginal surgical repair of stress urinary incontinence (SUI) by subperiostic suspension is presented in two correlative groups of 40 and 33 patients with at least two-year follow-up. Age was similar in both groups and there

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

were less grand multiparae in the second group. SUI was moderate to severe. Silk-0 was preferred for the repair. The author performed systematic approximation of levator ani. Foley catheter was removed the third post operative day.

Result was satisfactory in 90 per cent in the first group and no recurrence of SUI occurred in the second group, with favorable result in 95 per cent of the 73 patients. Cystocele recurred in 25 per cent of patients,

though in mild degree. Excellent results with this technique compare favorably with literature reports, revealing the importance of vaginal repair of SUI in selected cases, performed by expert hands with the appropriate technique.

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina que ocurre como resultado de una presión diferencial entre la vejiga y la

uretra por aumento de la presión intraabdominal, asociada a la ausencia de la contracción involuntaria del músculo detrusor o a la relajación uretral (1, 3, 7, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 30, 36, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49). La pérdida involuntaria de orina leve ocurre en una gran parte de mujeres, considerada en alrededor de 50 % de mujeres estudiantes universitarias (47). Se estima que 5 a 15 por ciento de mujeres sufre de IUE. Sin embargo, la incontinencia que

**Tabla 1. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Reparación Quirúrgica vía vaginal
Edad y gravidez**

Edad	Serie A		Serie B		Gravidez	Serie A		Serie B	
	Casos	%	Casos	%		Casos	%	Casos	%
30-34	4	10	2	6					
35-39	6	15	5	15	2 - 4	16	40	14	42
40-44	13	32	7	21	5 - 7	10	25	16	48
45-49	8	20	10	30	8 ó más	14	35	3	9
50-54	2	5	1	3		—		—	
55-59	2	5	3	9		40		33	
60 ó más	5	12	5	15					

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

mortifica a la persona y que puede causarle "invalidez" social es menos frecuente y está usualmente asociada a alteraciones anatómicas de la uretra y vejiga por lesiones en el diafragma pélvico y los epitelios vaginales (1, 3, 4, 12, 45).

El tema de la mejor solución quirúrgica de la IUE es motivo de continuas controversias, como otros tantos temas de nuestra especialidad. Aparte de medidas conservadoras (1, 3, 10, 12, 44, 53), se plantea el reparo quirúrgico por vía vaginal o por vía abdominal o el uso combinado de ambas vías.

El motivo del presente trabajo es el revalorar el reparo quirúrgico de la IUE por vía vaginal, técnica que es dejada de lado por los seguidores de las técnicas abdominales y combinadas. La experiencia del autor con la suspensión púbica subperióstica del ángulo uretrovesical y los reportes que se obtiene de centros modernos, indican que el abordaje por vía vaginal es tan efectivo como las otras técnicas, menos complicada y menos traumatizante.

MATERIAL Y METODOS

Se reporta dos grupos de pacientes atendidas en la práctica privada por incontinencia urinaria de esfuerzo moderada (pérdida involuntaria de orina a los medianos esfuerzos) o severa (pérdida a los esfuerzos leves). El primer grupo (*Serie A*), reportado en 1985 (33), consiste en 40 casos. El segundo grupo (*Serie B*) consta de 33 pacientes intervenidas

**Tabla 2. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
Reparo quirúrgico vía vaginal
Grado de incontinencia y prolapso genital (porcentajes)**

	Grado 1		Grado 2		Grado 3	
	A	B	A	B	A	B
IUE	77	88	22	12	-	-
Prolapso genital	-	9	72	66	27	23

luego de la primera serie y con un seguimiento mínimo de dos años.

La técnica se puede resumir de la siguiente manera: Realizada rutinariamente la histerectomía vaginal -o la disección vaginal en la post histerectomizada-, se inicia el reparo del cistocele separando la fascia pubo-vesico-cervical a ambos lados desde la línea media, hasta que las ramas inferiores del pubis aparezcan libres de tejido areolar. Se coloca una sutura con seda-0 ó crómico-#1 anclada en el subperiosteo de las ramas inferiores del pubis, a 1-1.5 cm por fuera de la uretra, pasando de un lado al otro de manera de elevar el ángulo uretrovesical, ayudándose con la punta de una pinza hasta amarrar el nudo, de manera de no ocluir la uretra (18, 43). Luego, se corrige el cistocele con aproximación central de la fascia lateral, eliminando mucosa vaginal redundante y aproxi-

mando los bordes de vagina. Se repara el rectocele, colocando 2 a 3 suturas de aproximación de los músculos elevadores del ano, reforzando así el diafragma pélvico, lo que no sólo ayuda a corregir el rectocele, sino apoya la corrección de la IUE.

En el postoperatorio se usó una cefalosporina de segunda generación y se retiró la sonda Foley a los 2-3 días en la serie B, ejercitándose la vejiga previamente en algunos casos.

RESULTADOS

En la *Tabla 1*, vemos que las edades de las mujeres intervenidas fueron similares en ambos grupos y hubo menos grandes multiparas en la Serie B.

En la *Tabla 2* observamos que la incontinencia urinaria de esfuerzo fue moderada más que

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

severa; las segundas tenían gran mortificación por perder orina "socialmente", ante cualquier esfuerzo.

Con respecto al grado de prolapso genital, éste fue también moderado o moderado a severo, recordando que el prolapso severo generalmente no se acompaña de IUE por ocluir indirectamente el esfínter uretral.

Para el reparo quirúrgico se empleó generalmente una sola sutura de seda grosor 0. El crómico No.1 fue empleado en incontinencias menos severas.

En la primera serie, se retiró la sonda Foley al quinto día post operatorio, ejercitando la vejiga el día anterior, dando tiempo a que el edema secundario a la sutura en el ángulo uretrovesical disminuyera. La experiencia ha permitido al autor descartar la sonda Foley al tercer más que al segundo día, sin retención urinaria, con la ventaja de menos infección urinaria y con resultados excelentes de la IUE (*Tabla 3*).

Es interesante comparar los resultados favorables de la corrección de la IUE en las dos series. Mientras en la primera serie, el resultado fue favorable en el 90 por ciento, en la segunda serie, hasta el momento ninguna paciente ha reportado recurrencia de la IUE. Con respecto a la recurrencia del cistocele, esto ha ocurrido en un 25 por ciento en la Serie A y el 12 por ciento en la Serie B. El cistocele post operatorio siempre ha sido leve y en ningún caso moderado o severo.

Tabla 3. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Reparó quirúrgico vía vaginal				
Sutura ángulo uretrovesical				
	Serie A		Serie B	
Seda	24	(10 doble)	21	(1 doble)
Crómico	16	(6 doble)	12	
Remoción sonda Foley				
Días				
2	0		7	21 %
3 - 5	10	25 %	22	67 %
6 - 7	17	42 %	0	
8 - 20	19	47%	2	6 %
ITU	15	37 %	7	21 %
	11 pre op		5 pre op	

Al reunir las dos Series con la experiencia total (*Tabla 5*), el resultado con la técnica vaginal de suspensión subperióstica del ángulo uretrovesical es excelente, con un 95 por ciento

de éxito en corregir la IUE, resultado que se compara a los mejores reportados recientemente (*Tabla 6*) y que revaloriza la utilidad de la vía vaginal en el reparo de la IUE en casos

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

bien seleccionados, con técnica apropiada y en manos expertas.

DISCUSION

Entre las múltiples técnicas para resolver la IUE por vía vaginal, son históricas las de Kelly, Kennedy, Ingelman-Sundberg (9, 13, 14, 16, 18, 19, 26, 32, 38, 50, 51). Las abdominales clásicas son las de Marshall-Marchetti-Krantz, de Burch, de Pereyra (2, 5, 6, 8, 11, 22, 28, 29, 31, 34, 35, 40, 41, 50, 52). Y las combinadas usan las mencionadas de manera indiscriminada, una por vía abdominal y otra por vía vaginal (35, 37, 50). A la controversia de cuál técnica usar se agrega la discusión sobre la importancia de practicar conjuntamente la histerectomía para mejorar los resultados.

La razón de la existencia de diversas intervenciones reportadas en la literatura, es porque ninguna técnica ha demostrado ser 100 por ciento efectiva a largo plazo. Es así que, los reportes sobre resultados mejores al 95 por ciento, generalmente son de corto seguimiento, menor de 2 años, que si fueran evaluadas años más tarde, podrían mostrar mayor recurrencia de la incontinencia.

Por eso, es convencimiento de los que tenemos experiencia en este tipo de cirugía, que los reportes deben incidir sobre el tiempo de seguimiento, de manera de dar validez al éxito reclamado. No debe aceptarse reportes que tengan segui-

Tabla 4. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Reparó quirúrgico vía vaginal Seguimiento en años y resultado

Años	2 - 5		6 - 10	
	A	B	A	B
No incontinencia	27	25	9	8
Incontinencia	1	0	3	0
Cistocele	9	3	1	1
IUE: resultado favorable			Serie A	90 %
			Serie B	100 %

miento de sólo un año, sino preferentemente aquéllos con cinco y diez años de evolución, en forma parecida a como se hace el seguimiento del cáncer.

El presente estudio fue realizado por el autor en pacientes de la práctica privada que sufrían de incontinencia urinaria de esfuerzo y que fueron tratadas quirúrgicamente con la técnica de la suspensión subperióstica. El primer grupo, reportado en 1985, y el segundo grupo tuvieron un tiempo de seguimiento mínimo de dos años. La edad y gravidez de las mujeres de ambas series fueron simila-

res, pero hubo menos grandes multiparas en la Serie B. Sin embargo, los grados de incontinencia urinaria de esfuerzo y de prolapso genital no tuvieron diferencia en los dos grupos. Las pacientes con prolapso genital severo, no tenían incontinencia urinaria, pues en estas mujeres el prolapso ocluye indirectamente el esfínter uretral.

Al estudiar anatómicamente las relaciones entre útero, vagina, vejiga, ángulo uretrovesical y recto, se puede observar que el útero puede ser un elemento ponderal que, entre otros, eventualmente influya en la recidiva de la incon-

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

tinencia de orina y del prolapso genital. Por otro lado, es de conocimiento general que el éxito del reparo de la incontinencia urinaria debe ser en el primer intento, es decir, en la primera intervención quirúrgica. Una segunda intervención tendrá menos probabilidades de ser satisfactoria por la disminución de la irrigación y por la fibrosis que ocurren como secuelas de la primera operación. Por lo anterior, el autor prefiere conversar estos detalles con la paciente y diferir la corrección quirúrgica hasta que la pareja haya completado su familia, para entonces extirpar el útero y corregir el defecto uretrovesical.

Mi formación en la especialidad fue en un centro donde se practicaba el abordaje vaginal para el reparo de la IUE luego de un estudio inicial minucioso. Los resultados de larga data eran excelentes, lo que influyó en mi preferencia de la técnica vaginal en esta patología.

Para el reparo quirúrgico se utilizó la seda 0 y el catgut crómico 1, el segundo en casos de incontinencia no severa y menor distorsión del ángulo uretrovesical.

Cuando el autor realizaba su residentado, se le indicó que la sonda vesical no podía ser retirada antes del quinto día postoperatorio por el edema que se producía alrededor del ángulo uretrovesical reparado. Si retiraba la sonda Foley antes de este tiempo y la mujer podía orinar espontáneamente, el reparo no había sido suficiente y habría mayor posibilidad de re-

Tabla 5. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Reparro quirúrgico vía vaginal Seguimiento en años y resultado (73 casos)

Años	2 - 5	6 - 10	Total	
No incontinencia	25	44	69	95 %
Incontinencia	0	4	4	5 %
Cistocele	3	11	14	19 %

currencia de la incontinencia. Este concepto ha variado con el devenir de los años. Actualmente, se retira la sonda Foley al tercer o segundo día postoperatorio, generalmente sin ejercicios vesicales previos. Las ventajas son la disminución de la retención urinaria y, sobre todo, la menor incidencia de infección urinaria.

El resultado con la técnica vaginal de suspensión subperióstica del ángulo uretrovesical para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo ha sido exitoso en el 95 por ciento del total de pacientes intervenidas, resultado que se compara con los mejores reportados recientemente y que revaloriza la utilidad de la vía vaginal en el reparo de la IUE en casos bien seleccionados, con técnica apropiada y en manos expertas. Algo similar podemos decir con respecto a la recurrencia del prolapso genital, pues el

cistocele post operatorio siempre fue leve y en ningún caso de la severidad inicial. El coito fue siempre más satisfactorio.

La experiencia presentada es una contribución al abordaje vaginal en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo con pérdida del ángulo uretrovesical posterior, en una etapa de la cirugía ginecológica en que el abordaje abdominal o combinado tiene muchos seguidores, quienes creen que la técnica vaginal no tiene resultados comparativamente tan buenos. Los reportes de la literatura y del presente trabajo permiten considerar a la técnica vaginal como una alternativa excelente, siempre que sea realizada con un conocimiento amplio de la anatomía y fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo, de la cantidad y calidad de la cirugía a realizar, así como del manejo perioperatorio.

EXPERIENCIA CON LA TECNICA DE SUSPENSION SUBPERIOSTICA DEL ANGULO URETROVESICAL PARA EL REPARO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Tabla 6. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Técnicas de reparo quirúrgico

Autor	Año	Técnica	Casos curados (total y %)		Seguimiento mínimo
Intervenciones abdominales					
Stanton	1979	Burch modificada	43	86	2 años
Lee	1979	Arshall-Marchetti-Krantz	227	91	2 años
Stamey	1980	Stamey	203	91	6 meses
Quigley	1981	Pereyra	40	82	1 año
Parnell	1982	Marshall-Marchetti-Krantz	140	90	1 año
Richardson	1981	Suspensión ileopectinea	213	91	2 años
Muzsnai	1981	Vaginopexia suprapúbica	98	95	6 meses
Mc Duffie	1985	Marshall-Marchetti-Krantz	175	90	1 año
Mc Duffie	1985	Marshall-Marchetti-Krantz	70	86	5 años
Pereyra	1982	Pereyra modificada	57	84	4 años
Kaufman	1981	Marshall-Marchetti-Krantz	73	97	1 año
Intervenciones vaginales					
Kaufman	1981	Colporrafia anterior	11	100	1 año
Beck	1982	Colporrafia anterior	105	80	2 años
Von Rooyen	1979	Colporrafia anterior	102	92	3 años
Peters	1980	Colporrafia anterior	100	90	5 años
Pacheco	1992	Suspensión subperióstica	73	95	2 años