

CONSIDERACIONES SOBRE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA I.O.E.

DR. MARIANO BEDOYA HEVIA

Nuestra experiencia en el Tratamiento Quirúrgico de la I.O.E. nos permite aconsejar el procedimiento más adecuado a seguir en cada caso en particular.

Con la finalidad de facilitar la conducta hemos clasificado nuestros casos en seis grupos, lo que nos autoriza a planificar una intervención con seguridad, con la mayor posibilidad de éxito.

CLASIFICACION.

- 1.—I.O.E. acompañada de uretrocele o cisto-uretrocele, casos los más frecuentes.
- 2.—I.O.E. como resultado de un trauma quirúrgico u obstétrico, sin uretrocele ni cisto-uretrocele.
- 3.—I.O.E. acompañada de prolapso genital.
- 4.—I.O.E. acompañada de patología tumoral uterina o de anexos.
- 5.—I.O.E. en pacientes a quienes anteriormente se les practicó histerectomía total o sub-total.
- 6.—I.O.E. en pacientes nulíparas.

Antes de iniciar cualquier tratamiento, aconsejamos evaluar correctamente las alteraciones tanto del ángulo uretro vesical, como el desplazamiento uretral en sentido axial y descenso del cuello.

Otros autores recomiendan medir la extensión de la uretra; si ésta alcanza menos de 3 cm., significa que el embudo uretral integrado por la vejiga es muy grande; por lo tanto, la uretra es corta, sólo alargándola, se conseguirá la curación. Si la uretra tiene una longitud normal, la vía vaginal no basta, por lo que sería necesario practicar técnicas de suspensión.

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN CADA CASO DE NUESTRA CLASIFICACION

1.—Si la I.O.E. que se acompaña de uretrocele o cisto-uretrocele es leve, el tratamiento quirúrgico de elección es la vía vaginal. El procedimiento a seguir es corregir el descenso de la uretra y/o vejiga, asociándola a plegamiento de la fascia pubo-vésico-cervical que debe ser iniciado en la región del esfínter, abarcando toda la extensión de la uretra. Los resultados son 90% buenos.

Si la incontinencia es grave, preferimos los procedimientos combinados de suspensión retropúbica (Técnica de Goebell-Stoeckel) que, consiste en formar una cincha con aponeurosis del recto por debajo de la uretra; seguida de plegamiento de la fascia pubo-vésico-cervical por vía vaginal; en esta forma quedará sepultada la cincha aponeurótica y corregido al cistocele. Otras veces usamos la técnica de Marshall-Marchetti, seguida de reparación quirúrgica del uretrocele y uretrocistocele con plicatura de la fascia, con buenos resultados.

2.—Si la paciente que consulta por incontinencia de orina, no presenta ni uretrocele ni cisto-uretrocele y tiene antecedentes de trauma gineco-obstétrico, procedemos de la siguiente manera: Si la paciente ha sido operada por vía vaginal, lo más frecuente es que se trate de una mala cicatrización de los tejidos a nivel de la región esfinteriana, que impide el cierre normal del esfínter; en estos casos, lo primero será liberar la uretra de las cicatrices, movilizándola ampliamente; consiguiendo esto debe corregirse la I.O. usán-

do las técnicas preconizadas por Goebell o Marshall-Marchetti; se termina la intervención practicando la plicatura de la fascia con resultados buenos.

3.—Si la I.O.E. se acompaña de prolapso uterino, optamos por seguir cualquiera de las dos conductas siguientes:

- a) Tratar el prolapso conservando el aparato genital con cualquiera de los procedimientos conocidos, incluyendo la plicación de la fascia, o
- b) Tratar el prolapso practicando histerectomía vaginal seguido de plicatura de la fascia, conforme a la técnica de Campbell modificada por nosotros, seguida de plicatura de la fascia.

4.—Si la I.O.E. se acompaña de patología tumoral del útero y/o anexos procedemos a practicar la histerectomía total abdominal, corrigiendo la I.O.E. por vía alta. Después de terminada la histerectomía, previa peritonización de la cavidad abdominal, procedemos a despegar por disección obtusa los planos que quedan por detrás del pubis a fin de presentar la cara anterior de la vejiga, cuello vesical y uretra; un ayudante por vía vaginal traccionará la sonda vesical manteniéndola a nivel del cuello vesical, a la vez que otro ayudante mantiene con una pinza canastilla el extremo distal intra-vesical (globo) de la sonda de Foley, traccionándolo suavemente hacia el ombligo. Mantenido así la sonda y por supuesto la uretra se procede a la disección y el pasaje de una aguja de Deschamps de derecha a izquierda y viceversa; luego se procede a pasar las tiras aponeuróticas talladas según el procedimiento de Goebell, anudándolas su-

vemente por delante del cuello vesical, nudo que se fija con dos puntos de seda para evitar que se corran las ligaduras. Esta técnica obvia una serie de inconvenientes, permitiendo tratar la patología tumoral y la I.O.E. por una sola vía. A no dudarlo este procedimiento representa un progreso, tal como lo expresan nuestros resultados, que aunque pocos en número, nos alientan a seguir con ella en casos futuros.

Si la patología uterina y la I.O.E. se asocia a un prolapso genital, y es posible practicar la histerectomía por vía vaginal, corregimos la incontinencia de acuerdo a lo enunciado en el N° 3.

Si la I.O.E. se acompaña de un cistocele o uretrocele, más patología tumoral uterina, y el tratamiento de esta última no se puede realizar por vía baja, procedemos a la histerectomía abdominal, corregimos la incontinencia con la técnica de Goebell o de Marshall y plastía de la fascia por vía vaginal con corrección del cistocele.

5.—**Si la I.O.E.**, se presenta en pacientes en las cuales se ha practicado histerectomía total o sub-total con anterioridad, las técnicas de Goebell o de Marshall aseguran la cura de la I.O.E.

6.—**Si la I.O.E.** se presenta en pacientes nulíparas y en las que no se puede demostrar ningún trastorno de inervación defectuosa de la uretra o vejiga, la plicatura del esfínter es la operación indicada, con resultados excelentes; pero si la incontinencia es grave, preferimos utilizar las técnicas de Marshall-Marchetti o de Goebell-Stoekel, modificada por vía abdominal.

Existen más de 50 procedimientos para la corrección de la I.O.E., que se

diferencian entre sí por mínimos detalles técnicos, pero, en resumen se puede considerar tres grandes grupos:

- a) Los procedimientos que recuperan calibre del cuello, reforzando su musculatura.
- b) Los que persiguen la elevación del cuello y la reconstitución de un buen ángulo uretro vesical.
- c) Los que combinan ambas técnicas.

RESUMEN

La experiencia nos permite aconsejar el procedimiento quirúrgico más adecuado en caso de I.O.E.; con este fin proponemos la siguiente clasificación:

- 1.—I.O.E. acompañada de uretrocele o cisto-uretrocele, casos los más frecuentes.
- 2.—I.O.E. como resultado de un trauma quirúrgico u obstétrico, sin uretrocele ni cisto-uretrocele.
- 3.—I.O.E. acompañada de prolapso genital.
- 4.—I.O.E. acompañada de patología tumoral uterina o de anexos.
- 5.—I.O.E. en pacientes a quienes anteriormente se le practicó histerectomía total o sub-total.
- 6.—I.O.E. en pacientes nulíparas.

En el Grupo N° 1, con I.O.E. leve, la conducta consiste en el simple plegamiento de la fascia pubo-vésico-cervical de resultados excelentes. Si la I.O.E. es grave, preferimos los procedimientos combinados (Técnicas de Goebell-Stoeckel o de Marshall-Marchetti).

En el Grupo N° 2, movilizamos la uretra por vía vaginal y se termina la cura con intervención combinada.

En el Grupo N° 3 tratamos el prolapso con plicatura de fascia o bien procede-

mos a la histerectomía vaginal con la técnica de Campbell modificada con plicatura de fascia.

En el Grupo N° 4 corregimos la I.O.E. por vía alta con la técnica de Goebell-Stoeckel modificada con buenos resultados. Si la paciente tiene además cisto-uretrocele, corregimos éste.

En el Grupo N° 5 las técnicas combinadas dan buenos resultados.

En el Grupo N° 6: En los casos leves con plicatura se obtiene buenos resultados. En los casos graves preferimos la técnica de Goebell-Stoeckel modificada o la de Marshall-Marchetti.

SUMMARY

Experience allows us to suggest the most adequate surgical procedure in case of U.S.I. with this purpose we suggest the following classification:

- 1.—U.S.I. with urethrocele or cistourethrocele the most frequent cases.
- 2.—U.S.I. as a result of obstetric trauma, with urethrocele or cisto-urethrocele.
- 3.—U.S.I. with genital prolapse.
- 4.—U.S.I. in patients with previous total or subtotal hysterectomy.
- 5.—U.S.I. with tumoral uterine or adnexal pathology.
- 6.—U.S.I. in nuliparous patients.

In the group 1: with minimal U.S.I. the technic consists in a simple plication of the pubovesicocervical fascia with excellent results. If the U.S.I. is severe, we prefer the combined procedures (Goebell-Stoeckel or Marshall-Marchetti technics). In the group number 2: We move the urethra vaginally and finish the treatment with combined intervention.

In the group number 3: We treat the prolapse with plication or we practice vaginal hysterectomy with Campbell technic, modified with fascia plication.

In the group number 4: We treat the

U.S.I. by abdominal way with Goebell-Stoeckel technic modified with good results. If the patient also presents cistourethrocele, we treat it.

In the group number 5: The combined technics furnish good results.

In the group number 6: In the minimal cases, plication gives good results. In the severe cases, we prefer the modified Goebell-Stoeckel technic or the Marshall-Marchetti operation.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Bedoya Hevia, M.: Histerectomía Vaginal en el tratamiento del Prolapso Genital según la Técnica de Campbell modificada, Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima-Perú. 1963.
- 2.—Casanova Vidaurre, A.: Operación de Marshall-Marchetti-Krantz, Tesis Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima-Perú. 1965.
- 3.—García, J.: La Cistouretraografía con cadena en el estudio de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer, Tesis Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima-Perú. 1959.
- 4.—Kaneku Y., H.: Prolapso Genital e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Estudio Clínico y Estadística de 250 casos, Tesis Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima-Perú. 1970.
- 5.—Manco, M.: Consideraciones Clínicas y Estadísticas acerca del Tratamiento del Prolapso Genital en 20 años, Tesis Bachiller Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima-Perú. 1958.
- 6.—Manrique Mejía, M.: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Tesis Bachiller. Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima-Perú. 1958.
- 7.—Achar, A.: La Operación de Manchester Fothergill en el Tratamiento del Prolapso Genital, I Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú, Vol. 2: 131-136. 1959.
- 8.—Arenas, N.: Foix, A.: Importancia de la Cistouretraografía en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Revista de Ginec. y Obst. Lima-Perú, Vol. III: 211-219. 1957.
- 9.—Aleijde, A.: Incontinence Of Urine, Am. J. Obst. & Gynec. USA Vol. 44: 398. 1942.
- 10.—Ball, L.T.: Topographic Uretrography, Gynecologic Surgery and Urology, USA, 156-166. 1957.
- 11.—Beck, R.: Thomas E. y Manghan, G. Am. J. of Obst. & Gynec. USA Vol. 94: 483. 1966.
- 12.—Bedoya Hevia, M.: Tratamiento Quirúrgico de la I.O.E. en la mujer. Mtd. de Kennedy, III Congreso Vienés de la Federación Internacional de Ginec. y Obst. Viena, Tomo II: 323-325. 1961.
- 13.—Bedoya Hevia, M.: Operación de Marshall-Marchetti-Krantz, Tribuna Médica. Lima-Perú, Vol II: 1-7. Oct. 1965.
- 14.—Belloso, R.: Prolapso Genital e Incontinencia de Orina por Esfuerzo en la Mujer. Argentina, 241 pág. 1965.
- 15.—Blanchard, O.: Cirugía Ginecológica. Argentina, Primera Ed.: 299 pág. 1961.
- 16.—Botella Llusá, J.: Tratado de Ginecología. España, Séptima Ed. Tomo III: 607-615. 1965.
- 17.—Burch, J.C.: Cooper's Ligament Urethro-vesical suspensión stress incontinencia, Am. J. Obst. & Ginec. USA., Vol. 100: 674 774. 1968.
- 18.—Delgado, J.: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer. Rutina de estudio y tratamiento, Rev. Mex. de Urología México, Vol. XXVII: 85-94. 1965.
- 19.—Gallo, D.: III Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú, Tomo I: 169-180. 1968.
- 20.—Gil Vernet, E.: Incontinencia Urinaria en la mujer. Estudio y Tratamiento Quirúrgico. España, 222 Pág. 1955.
- 21.—Jiménez, M.J.: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia. México, 3-23. 1967.
- 22.—Ingelman, A.: Incontinence of Urine, Act. Obst. et. Ginec. Scandinav. Finalnd, Vol. 38: 487. 1959.
- 23.—Ingelman, A.: Sundberg, M.D.: Diagnóstico y Tratamiento de la Incontinencia Urinaria Funcional, V. Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, México, Tomo II: 174-183-1967.
- 24.—Jeffcoate, A.: Roberts, H.: Observations on Stress Incontinence of Urine, Am. J. Obst. & Gynec. USA. Vol. 64: 721-738 Oct. 1952.
- 25.—Kelly, A.: Operation for Stress Incontinence of Urine, Operative Gynecology, USA., Vol. 1: 294. 1958.
- 26.—Kennedy, W.T.: Am. J. Of Obst. & Gynec, USA, Vol. 69: 338. 1955.
- 27.—Krantz, E.: The Anatomy of the urethra and the anterior vaginal wall, Am. J. of Obst. & Gynec. USA., Vol. 62: 374. 1951.
- 28.—La Rosa García, C.: La Incontinencia Urinaria en la Mujer y la Uretropexia Hipogástrica, Rev. Urolog. Lima-Perú, Vol. 2: 60-69. 1968.
- 29.—Marchetti, A.: Marshall, V.: And Shultis, L.: Marshall-Marchetti Procedure for Stress Incontinence, Am. J. Of Obst. & Ginec. USA. Vol. 74: 57. 1967.
- 30.—Martius, H.: Tratado de Ginecología. España, Tercera Ed.: 383-386. 1955.