

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Dr. L. FERNANDEZ M.

Hospital Centro de Salud Docente de Trujillo.

El día de hoy en la mañana, distinguidos profesores nos han ilustrado sobre la Incontinencia de Orina en la mujer, dándonos conocimientos acerca de su Fisiología y Fisiopatología, siendo el Dr. Achard quien nos hiciera una clara exposición acerca de la forma correcta de establecer el diagnóstico, auxiliado por la radiología, según fuera demostrado por la Dra. del Pino. Finalmente el Dr. Gallo nos hizo un enfoque muy oportuno acerca del tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico, el paso siguiente corresponde a la elección del método de tratamiento a seguir. Debo advertir al distinguido auditorio, que no creo exista una técnica especial, capaz de corregir en todas las pacientes la incontinencia, pues es experiencia de todo estudio en el tópico, que las pacientes tienen variaciones considerables en lo que se refiere a etiología, grados de relajación, patología asociada etc. Sin embargo, como todas ellas tienen un común denominador, cual es el uretrocele, es conveniente poner en este momento, algunos fundamentos filosóficos, sobre las alteraciones anatómicas y fisiológicas que intervienen en su producción, para luego, valiéndose de ellas, tratar de dar una concepción más realista al tratamiento.

Es bien sabido que el éxito se debe principalmente a una evaluación inteligente del problema, más que a una brillante técnica quirúrgica.

Para que el animal deje la posición horizontal para convertirse en bípedo, debe necesariamente perder la cola, quedando el remanente óseo del coccix, como único elemento. Así mismo, la columna sufre una rotación de 90° y la pelvis sólo de 45°; esta discrepancia se halla compensada por las curvaturas que adopta la columna vertebral humana. Ahora bien, si el cuadrú-

pedo presentaba una poderosa acción muscular en la cola, ésta desaparece, tornándose los músculos subsistentes en anchos y cortos, con unos masivos bordes tendinosos, y formando con el coccix, que ha rotado hacia adelante, un diafragma de gran fuerza. Este diafragma, sin embargo, presenta un punto débil debajo del pubis, por donde tienen que pasar estructuras tales como la uretra, vagina y recto. De estos músculos, que comprenden dos capas, la superficial y profunda, el grupo indudablemente principal lo constituye el elevador del ano, que en buena cuenta viene a ser un estuche irregular que bordea el ano, vagina y uretra, con puntos de apoyo en pubis y coccix. Entre músculos tenemos las famosas y, con justeza, discutibles fascias; y para finalizar, rellenando los espacios muertos, el tejido aerolar.

Existe otro punto importante a considerar. Se trata de la situación en que encuentra el perineo humano, que pasa de estar localizado hacia atrás, a ser el punto de mayor declive del organismo femenino.

Para compensar el esfuerzo que representa la mantención constante de los órganos pélvicos, sujetos a permanente stress fisiológico de gravedad, tos, defecación, etc., el eje vaginal se vuelve casi horizontal. Se suma a ello la posición de anteversoflexión del útero, que viene a obturar en algo la excavación pélvica al sostenerse contra el pubis; por lo tanto, el cuello se dirige hacia el sacro, situación que se hace más marcada frente a la presión intra-abdominal.

Resumiendo, tenemos en el perineo femenino un fuerte diafragma músculo-aponeurótico con tres puntos débiles y cambios posicionales que forman ángulos entre órganos con la finalidad de disminuir la presión que se ejerce contra ellos.

Ahora bien, buscando entre los elementos de sostén del área femenina que nos ocupa, encontramos que el mejor elemento, tal como lo es el hueso, brilla por su ausencia. Que el muscular, que podemos considerar como segundo en importancia debido a poseer tono y elasticidad, no representa un componente tan poderoso como se observa en el animal, asociándose a ello tres zonas de menor resistencia, como son los sitios por donde salen las vísceras. Finalmente las fascias, tercer y peor elemento de sostén, debido a su falta de tono y elasticidad que le son propias por la misma naturaleza del tejido conjuntivo que lo forman, representa el último tipo de tejido de sostén a considerar. Son estos los elementos que nos servirán para fijar las herniaciones vaginales. Entre las causas que producen la pérdida de las relaciones normales del perineo, en nuestro medio, podemos considerar como el factor más importante al mal llamado parto eutócico, con su prefacio de dilataciones vaginales, protección del perineo y parto incontrolado que producen las condiciones ideales de sobredistensión y ruptura de los elementos de sostén. Con cuanto falso orgullo, muchos obstetras se vanaglorian ante sus pacientes de no "haber" necesitado realizar una episiotomía.

En el Hospital Regional Centro de Salud Docente de Trujillo, seguimos las ideas de Hodgkinson en relación a la vía de elección, en el tratamiento quirúrgico prefiriéndose la vía suprapúbica cuando el uretrocistograma demostraba un descenso del piso vesical no mayor de 4 ctms. Así mismo, de acuerdo a los estudios de Bejamin y Col., Lund y Col., Hodgkinson y Col., Jeffcoat y Robert nos inclinamos a aceptar los siguientes conceptos:

- 1.—El músculo detrusor se extiende ininterrumpidamente hasta el extremo distal de la uretra.
- 2.—No existe músculo circular.

- 3.—La función esfinteriana es realizada por toda la uretra.
- 4.—El cierre de la uretra es mantenido por el tono inherente del músculo liso.
- 5.—El ángulo uretrovesical posterior es típico de control normal esfinteriano.
- 6.—Continencia urinaria es asociada a rotación hacia abajo y atrás de la vejiga.
- 7.—Incontinencia ocurre con desplazamiento vertical de la unión uretrovesical a un punto más bajo del nivel vesical durante el momento del esfuerzo.
- 8.—La unidad base vesical y uretral superior, funciona como un todo y es mantenida en su puesto por las fibras pubococcígeas del elevador del ano.

Al presente, la literatura médica ofrece al estudioso de la I.U.E., un número mayor de 60 técnicas quirúrgicas sobre la vejiga, uretra o ambas, con el propósito de corregir el escape súbito de orina. Si a ello agregamos, las técnicas donde se usan materiales plásticos y/o tejido aponeurótico de diversas procedencias, el número sobrepasa los 70 tipos. Esta cifra habla por sí sola de la inexistencia de una técnica ideal que cure el 100% de las portadoras de este mal.

Hasta hace aproximadamente 20 ó 25 años, el procedimiento usual, consistía en la fijación de la uretra y la reparación del cistorectocele por vía vaginal. Si aquel procedimiento fracasaba, se le realizaba una y otra vez, con los consiguientes fracasos sucesivos.

En 1949 Marshall, Marchetti y Krantz, abrieron un nuevo derrotero en el tratamiento de la incontinencia urinaria, con la tan conocida técnica que lleva sus nombres. En 1953 un artículo publicado por

Marshall, Marchetti y O'Leary, 14 años después del trabajo original, elevaron a 187 los casos tratados, y con esa experiencia recogida, seleccionando mejor sus casos, dieron como resultado el 86.6% de curaciones, con observaciones que variaban de 1 a 6 años post-operatorios.

La literatura nos ofrece una amplia variación estadística de curaciones, con procedimientos por vía vaginal, que van del 60 al 80%. Te Linde, usando técnicas de "cabestrillo" da resultados del 70% de curaciones, 13.6% de mejorías con material humano previamente operados una y otra vez sin éxitos.

Como vemos, un porcentaje por encima del 90% puede ser considerado, al momento presente, como altamente satisfactorio. Sin embargo, se sigue buscando nuevas rutas o variaciones de técnicas conocidas, en el afán de mejorar nuestro actual porcentaje de éxitos.

A continuación presentamos una nueva técnica quirúrgica en el tratamiento de la I.U.E. de la que es autor el que habla y que sucintamente consiste en lo siguiente: Incisión suprapúbica mediana o Pfannestiel e ingreso al espacio de Retzius, estando la paciente en una posición de litotomía modificada que permite el ingreso de una mano ginecológica en la vagina. Disección y rechazo de los bordes laterales de la vejiga hacia la línea media. Aplicación de tres suturas de algodón N° 3 en la pared de la vagina sin pasar la mucosa y fijación de ellas al periosteo de la rama ilio-púbica. Es de hacer hincapié en que la primera sutura debe ser puesta a la altura del ángulo uretrovesical. Se repite el mismo procedimiento en el lado opuesto y luego de anudar las suturas, ayudado por los dedos vaginales, la pared abdominal se cierra sin dejar dren en el espacio de Retzius, salvo sangrado en capa.

Presentamos 87 casos operados con la técnica descrita, realizados desde Enero de 1964 a Diciembre de 1970.

DISCUSION:

Creemos que la técnica descrita, por estar involucrados el hueso y conjuntivo vaginal que eleva in toto la vagina, reconstruye mejor el ángulo uretrovesical posterior, a la vez que suspende la vagina como no lo hace ninguna técnica suprapúbica hasta ahora descrita.

El M.M.K. suspende muy bien el ángulo uretrovesical posterior, pero debido a las pobres estructuras de que se sirve para suspender la vejiga, no constituye una garantía de supervivencia de la vejiga en su nueva posición.

La suspensión suprapúbica al ligamento de Cooper, crea una buena suspensión de la vejiga y vagina, pero al estar envuelto también un tejido conjuntivo como es ese ligamento, la posibilidad de volver a ceder esta estructura es alta. Hemos comprobado así mismo que estando el ligamento de Cooper en situación muy alta, la tensión que se ejerce en la línea de sutura es muy grande, creando así dolor persistente post-operatorio muy difícil de tratar.

En relación a la vía vaginal, creemos que siendo los resultados tan pobres comparados con la vía alta, que salvo en casos donde esta última vía no esté indicada, debe estar relegada a un puesto menos conspicuo que el que actualmente goza.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Entre Enero de 1964 a Diciembre de 1970, se ha realizado en el H.R.C.S.D.T. 273 operaciones por incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes femeninos. Vemos que existe una tendencia cada vez mayor al uso de la vía suprapúbica en el tratamiento de estos desórdenes. Con la casuística expuesta y luego de un máximo de 7 años y un mínimo de 9 meses de control post-operatorio, llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1.—El tratamiento primario de la I.U.E. por vía suprapúbica ha sido el preferido, habiéndose ofrecido en el 57.7% de los casos, siendo el 31.8% de ellas, realizados con la técnica descrita.
- 2.—La fijación de la vagina al periosteo de la rama iliopubiana, permite la corrección del ángulo uretrovesical posterior y del cistocele en forma satisfactoria.
- 3.—Las multíparas son más afectas a ser intervenidas, derivándose ello, de la mayor incidencia de síntomas en estas pacientes.
- 4.—La duración de los síntomas más frecuentes es de 0 a 2 años y de 2 a 4 años.
- 5.—Durante el acto operatorio, es perfectamente factible realizar cirugía complementaria muy variable.
- 6.—El éxito del procedimiento ha sido del 98.8%, tanto inmediato como tardío.
- 7.—La fijación de la vejiga y uretra con la técnica señalada, no es afectada por partos vaginales posteriores.
- 8.—Sugerimos un mayor interés por la vía suprapúbica, como tratamiento primario de la I.U.E.