

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL HOSPITAL GENERAL DE AREQUIPA

DR. B. LOZADA STANBURY (°)

DR. HECTOR CORRALEZ (°°)

DR. JUAN PHANG (°°°)

El presente trabajo representa un estudio clínico-estadístico de la I.U. de E. en el Servicio de Ginecología del Hospital General de Arequipa y comprende la totalidad de casos operados desde el año 1965 hasta el año 1970 incluidos, y que suman 151 casos sobre un total de 2,414 pacientes hospitalizadas en dicho Servicio, lo que representa una incidencia de 6.2%.

ASPECTO DOCTRINARIO.

Reconocemos que en la anatomía, fisiología y fisiopatología de la vejiga, la uretra y órganos accesorios, existen aún lagunas en proceso de investigación y a veces de resultados contradictorios, que hacen del estudio de la I. U. de E. un problema mayor.

Sin embargo, abordar el problema, con las experiencias acumuladas, es un camino obligado para el especialista.

Nosotros partimos en el estudio y tratamiento de la I. U. de E., sobre la base de que en su patogenia intervienen diversos factores en mayor o menor grado y que agrupamos sintéticamente en:

- Traumatismos Obstétricos
- Iatrogenias Ginecológicas
- Climaterio
- Obesidad-Vida Sedentaria

Estos factores son susceptibles de ser corregidos por la vía médico-quirúrgica.

En nuestro estudio descartamos los casos atribuibles a otra etiología (fístulas, malformaciones congénitas, formas psíquicas, neurológicas, infecciones, etc).

Cuando investigamos la I. U. de E., encontramos varias estructuras modificadas y raramente una sola, que explican y son responsables de la Insuficiencia Urinaria de Esfuerzo.

Ellas son:

- Relajación de la fijación uretrovesical y en consecuencia anormalidad de los ángulos uretrovesicales.
- Reacción cicatrizal periuretral y lesiones de su pared muscular.
- Acortamiento de la uretra.
- Relajación de las diversas estructuras fascio-musculares perineales: elevador del ano, transverso del periné, isquio-cavernosos, fascia pubo-vésico-cervical, etc.

SELECCION DE CASOS.

Una anamnesis inteligente, un prolijo examen físico y ginecológico y el uso auxiliar de valiosos procedimientos diagnósticos, nos permite hacer la selección y el diagnóstico correcto de la I.U. de E. susceptible de ser corregida quirúrgicamente.

Nuestra sistemática comprende:

(°) Médico Asistente del Dpto. de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Arequipa y Profesor Auxiliar del Dpto. de Gyn. y Obs. de la Universidad Nacional de S. Agustín.

(°°) Médico ex-Residente del Hospital General de Arequipa.

(°°°) Médico Residente del Hospital General de Arequipa.

— HISTORIA CLINICA:

- Anamnesis
- Examen Físico
- Examen Ginecológico

— METODOS AUXILIARES:

- Prueba de Bonney
- Uretrocistoscopia
- Prueba volumétrica
- Medición uretral
- Uretrocistografía
- Exámenes de laboratorio.

Queremos hacer la salvedad que no todas las pruebas auxiliares enumeradas han sido realizadas en todos los casos. Nuestras limitaciones en recursos nos privan de hacerlas rutinarias.

TRATAMIENTO

Nosotros consideramos que a la I. U. de E., susceptible de ser tratada quirúrgicamente, también debe dársele un importante enfoque médico que comprende:

- Adecuada dietética nutricional, que proporcione proteínas, vitaminas y anabólicos como sustento en la recuperación de los tejidos lesionados.
- Hormonas, en especial estrógenos en pacientes post-menopáusicas.
- Ejercicios perineales para robustecer el tejido muscular perineal, tanto en el pre-operatorio como en el post-operatorio.

El tratamiento quirúrgico debe recuperar las diversas estructuras anatómicas a sus niveles funcionales adecuados.

Por tanto deberá corregir el cistoureterocele y la reposición de los tejidos fijadores diversos, creando un punto de fijación en el cuello vesical, restableciendo la angulación posterior uretrovesical normal. La colpoperineoplastia con rafia de los elevadores, la consideramos fundamental en el tratamiento.

MATERIAL DE ESTUDIO

Realizada la selección de nuestros casos, en nuestro Servicio de Ginecología, como queda dicho, hemos atendido 151 casos en 6 años, que van de 1966 a 1970 incluidos.

Edad.— Como en otros estudios, nuestros resultados son similares, siendo la cuarta y quinta década de la vida, la que mostró una incidencia mayor para la I.U. de E.

E d a d

20 — 29 años	=	7 casos	=	4.63 %
30 — 39 años	=	50 casos	=	33.00 %
40 — 49 años	=	53 casos	=	34.98 %
50 — 59 años	=	31 casos	=	20.46 %
60 — 69 años	=	9 casos	=	5.94 %
70 y más años	=	1 caso	=	0.66 %
		<hr/>		<hr/>
		151 casos	=	99.67 %

Paridad.

Mientras es mayor la paridad, la I.U. de E. se hace más frecuente, lo que concuerda y establece una relación importante entre esta patología y el trauma obstétrico de las diversas estructuras anatómicas.

P a r i d a d

Nulípara	1 caso	0.66 %
1 Parto	1 caso	0.66 %
2 ó 3 Partos	28 casos	18.48 %
4 ó 5 Partos	39 casos	25.74 %
Más de 5 Partos	82 casos	54.12 %
	<hr/> 151 casos	<hr/> 99.66 %

Síntomas que motivaron la consulta.

Aparte obviamente de la I. U. de E., se

apreció notablemente los síntomas de poliaquiuria, sensación de bulto, disuria, etc. de acuerdo al cuadro presentado.

Debemos acotar que muchos pacientes en su estudio diagnóstico presentaban infección urinaria, la que fue tratada previamente a la intervención quirúrgica, ya sea por consultorio externo o en el Servicio de Medicina, y que una vez considerada asintomática por la clínica y por los estudios de sedimento urinario y urocultivo, y persistiendo la I. U. de E., eran considerados como casos susceptibles del tratamiento quirúrgico.

Síntomas motivo de Consulta

Incontinencia de esfuerzo	=	Todos los casos	=	100.00 %
Polaquiuria	=	50 casos	=	33.00 %
Sensación de bulto	=	47 casos	=	31.00 %
Disuria	=	58 casos	=	38.00 %
Dolor lumbar	=	30 casos	=	19.00 %
Dispareunia	=	2 casos	=	1.32 %
Flujo genital	=	35 casos	=	22.30 %
Metrorragias y trastornos menstruales	=	25 casos	=	11.15 %

Diagnósticos asociados a incontinencia.

Es notable la incidencia de uretrocistocele, de grado variable, encontrados en nuestra casuística, como se observa en el cuadro siguiente y que corresponde a diagnósticos clínicos obtenidos por el examen ginecológico:

Diagnósticos Asociados a Incontinencia

Cistourethrocele	=	149 casos	=	98.67 %
Prolapso Uterino	=	6 casos	=	3.97 %
Fibromatosis Uterina	=	31 casos	=	20.52 %
Rectocele	=	109 casos	=	72.18 %
Cervicitis	=	35 casos	=	23.17 %
Desgarro Perineal Anti.	=	79 casos	=	52.31 %

Grado clínico de la incontinencia.

Acostumbramos a usar la clasificación clínica de Thomas Ball. No hemos considerado en nuestra estadística a las pacientes de Grado 0 o sea incontinencia potencial, por cuanto no son candidatas para corrección quirúrgica. El grado 2, o sea la incontinencia a los medianos esfuerzos, constituyó el mayor número de nuestro estudio.

Grado Clínico de Incontinencia

Grado 0	=	Ningún caso	
Grado 1	=	10 casos	= 6.6 %
Grado 2	=	118 casos	= 77.8 %
Grado 3	=	23 casos	= 15.1 %
		<hr/> 151 casos	<hr/> 99.5 %

Operación realizada.

Básicamente la operación de Kelly, con las pequeñas modificaciones que siempre cada cirujano introduce, es la que mayormente se practica en nuestro Servicio.

En la conducta operatoria, pensamos que la incontinencia urinaria de esfuerzo, debe ser atacada por vía vaginal, cuando además de la incontinencia existe cistocele, que debe ser reparado. Así mismo inter-

venimos por vía vaginal, cuando es necesario tratar la incontinencia asociada a prolapso genital.

La vía abdominal, usando la técnica de Marshall-Marchetti, la reservamos para aquellos casos de incontinencia, en que el cistocele no está muy desarrollado, cuando la operación vaginal previa ha fracasado y cuando habiendo patología ginecológica abdominal, ella debe ser tratada por dicha vía.

Operación Realizada

Operación de Kelly asociada a cura de cistocele y rectocele.	=	87 casos	=	57.61 %
Operación de Kelly asociada a perineorrafia. . .	=	8 casos	=	5.29 %
Operación de Kelly asociada a histerectomía vaginal.	=	8 casos	=	5.29 %
Operación de Kelly asociada a histerectomía abdominal.	=	14 casos	=	9.27 %
Operación de Marshall-Marchetti.	=	17 casos	=	11.25 %
Operación de Marshall-Marchetti e histerectomía abdominal.	=	14 casos	=	9.27 %

Complicaciones.

Acostumbramos a colocar sonda retentiva tipo Foley, en todos los casos con una duración variable de tres a cinco días y con la administración preventiva de quimioterápicos tipo sulfa, ácido mandélico o nitrofuranos, de acuerdo a la disponibilidad del Servicio y la capacidad económica de la paciente.

A pesar de esta precaución, un elevado número de pacientes nos hicieron infección urinaria, detectada después de retirar la sonda (38.66%); con estudios de sedimento urinario y urocultivo, que motivaron tratamientos de acuerdo a antibiograma y que prolongaron su estadía hospitalaria.

Los gérmenes responsables en su mayor parte correspondían como era de esperarse a gram negativos, destacando la Escherichia coli y el Grupo Klebsiella-Aerobacter. Otra complicación importante que hemos tenido, ha sido la retención de orina, después de retirar el catéter, la cual requirió reinsersión del catéter de Foley por lo general durante tres días adicionales.

La experiencia nos ha enseñado a dejar cada vez menos días la sonda retentiva, y últimamente la estamos limitando a tres días, exigiendo a la paciente ejercicios y vaciamiento posterior de la vejiga cada tres horas, usando medicación antiinflamatoria, con resultados bastante satisfactorios.

Complicaciones

Retención de orina después de retirar el catéter . . .	=	55 casos	=	36.30%
Infección urinaria	=	59 casos	=	38.66%
Incontinencia	=	4 casos	=	2.64%
Hemorragia vaginal	=	4 casos	=	2.64%
Vuerte	=	1 casos	=	0.66%

CONCLUSIONES

- 1.—Se expone una evaluación clínico-estadística sobre seis años de trabajo quirúrgico en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo realizados sobre 151 casos en el Hospital General de Arequipa.
- 2.—Se reconoce el valor patogénico de los traumas obstétricos, iatrogenias ginecológicas y el climaterio, como los más importantes factores en modificar las estructuras anátomo-fisiológicas, en relación al aparato miccional.
- 3.—Se explica la metodología diagnóstica de la I. U. de E.
- 4.—Se hace hincapié en el valor del tratamiento médico agregado al tratamiento quirúrgico.
- 5.—El estudio estadístico de la edad demostró que un 68% de las pacientes estaban comprendidas entre la cuarta y quinta década de la vida.
- 6.—En cuanto a la paridad, se notó un porcentaje del 54.12% de los casos en múltiparas de más de 5 partos; 25.74% en múltiparas de cuatro o cinco partos; 18.48% en múltiparas de dos a tres partos.
- 7.—Como diagnóstico asociado a I. U. de E., se halló el cisto-uretrocele en el 98.67%.
- 8.—El grado clínico de incontinencia, según la clasificación de Ball, que más frecuencia dio, fue la del grado 2 con el 77.8%; y luego el grado 3 con el 15.1%.
- 9.—El procedimiento vaginal, acudiendo a la técnica de Kelly asociado a reparaciones de otros procedimientos ginecológicos, se usó en el 78% de todos los casos. La técnica de Marshall Marchetti se utilizó en los casos restantes.
- 10.—Los resultados operatorios inmediatos por lo general fueron buenos en relación a la continencia. La retención de orina (36%) y la infección urinaria (38%), fueron las complicaciones más frecuentes.
- 11.—Por último debemos reconocer las limitaciones de este trabajo, especialmente en la dificultad para el seguimiento de las pacientes para una evaluación sobre los resultados alejados obtenidos con el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Armas R. George - Long Joshep. P. - "Relajación pélvica en la mujer de edad avanzada". Cli. Obst. y Gin. de N. A. Dbre. 1967.
- 2.—Ball L.T. "Cistocele Anterior y Posterior". Cli. Obst. y Gin. de N. A. Dbre. 1966.
- 3.—Ball L.T. "Stress Incontinence". Am. J. Obst. and Gyn. Vol. 94, 7, 1966.

- 4.—Barry L. Stern. "Asistencia de la vejiga después de la Cirugía Ginecológica". Clí. Obst. y Gin. de N. A. Marzo 1967.
- 5.—Durfee R. B. "Operaciones de suspensión para tratar prolapso de órganos genitales". Clí. Obst. y Gin. de N. A. Dbre. 1966.
- 6.—Gallo Delfino. "Exploración Clínica en I. de E.". III Cong. Per. de Obs. y Gin. Tomo II 1968.
- 7.—Gallo Delfino. "Esfinterometría y Cistometría". III Cong. Per. de Obs. y Gin. Tomo II 1968.
- 8.—Gallo Delfino. "Aspectos Terapéuticos de la I. U. III Cong. Per. de Obs. y Gin. Tomo I 1968.
- 9.—Giménez Martínez J. "Valor del ángulo pubouretral en la I. U. de E.". V Cong. Mex. de Gin. y Ob. Mem. de Res. 1967.
- 10.—Ludmir A. - Barrera A. "Incontinencia Urinaria al Esfuerzo en el H.M.I.S.B.". - III Cong. Per. Ob. y Gin. Tomo II 1968.
- 11.—Quiñónez Rodolfo "Incontinencia Urinaria". Foro Internacional Notas Terapéuticas Ilustradas N° 8. 1970.
- 12.—Valdés de Vallina Frco. "I. U. de E. Fisiopatología". V Cong. Mex. de Gin. y Obt. 1967. Cursos Tomo II.