



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1995; 41 (1): 48-51

### ARTICULOS ORIGINALES

#### Técnica de Burch en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

[SALOMON NOVOA\\*](#)

##### Resumen

Se retira la técnica de Burch para el manejo de la incontinencia de esfuerzo en 300 pacientes operadas en la ciudad de Chiclayo, con seguimiento de 20 años en 240 de ellas. La gran mayoría de las pacientes estuvo por encima de los 40 años y tenía más de 4 partos. Hubo 87% de curación de la incontinencia y 13% de fracasos. En conclusión, creemos que el procedimiento quirúrgico de Burch es fácil de realizar y es una excelente alternativa en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo, operación de Burch.

##### Summary

The author reviews 20-year experience with Burch procedure for treatment of stress urinary incontinence performed in 300 Chiclayo women with follow-up in 240. Most patients were over 40 years old and had had more than four deliveries. He obtained 87% cure rate and 13% failure rate. The author concludes that Burch procedure is easy to perform and is an excellent alternative in the treatment of stress urinary incontinence.

Key words: Stress Urinary incontinence, 13Urch procedure.



## Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), antiguo problema, atrayente y desconcertante, refleja bien los atributos del sexo al cual aflige con predilección. Es necesario recordar que el 40% de las mujeres jóvenes se quejan de cierto grado de incontinencia; por lo tanto, su corrección quirúrgica sólo debe abarcar a las pacientes incapacitadas socialmente por esta afección.

Lejos han quedado los estudios de Surano en el siglo II de la Era Cristiana, o de Gustavo Simon, que situó al nivel del ostium uretral externo el mecanismo regulador de la micción. Se recuerda los tratamientos iniciales de la WE como algo folclórico en los anales de la Medicina: duchas frías en el hipogastrio seguidas de irrigaciones vaginales. Scatz, según referencia de Douglas Marchant, propuso inyectar agua estéril en la teca y en el espacio epidural de la raquis. Neveu en 1880, propuso ligar el prepucio del clítoris y plicar el meato urinario de la uretra con colodión. Sin embargo, es a partir de 1901 en que se logra ciertos resultados prouretadores, en cuanto al tratamiento quirúrgico de la IUE; es cuando Kelly describe su operación de plicatura del cuello vesical.

En los años siguientes, han surgido más de 100 técnicas quirúrgicas diferentes, lo que W una idea de lo inestable de los resultados. Las fascioplastias de Kelly y de Kennedy, seguidas del uso de cinchas músculo- fasciales han ido perdiendo terreno ante las nuevas técnicas, por la inconstancia de buenos resultados. Los principios de colpoxias y cistouretropexias utilizadas por Byford vuelven a ser usados. La aparición de la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz trajo elevación en el porcentaje de cura.

La operación de Burch, motivo de esta exposición, representa a mi modo de ver, un gran avance en los métodos anteriormente descritos. La operación de Marschall-Marchetti-Krantz, de la cual se originó la técnica de Burch, era y continúa siendo, en el mayor número de los servicios de ginecología, la indicación electiva, gracias a su divulgación y al porcentaje de cura obtenido con su empleo. En 1957, después de 12 años de experiencia con su técnica, presentaron una serie de 132 pacientes, con 82% de cura.

El porcentaje de cura de la IUE presentado por Burch en su primera comunicación fue de 100% de buenos resultados. En posteriores comunicaciones bajó, para oscilar alrededor del 93%. Los demás autores (Robertan y col, Haydon y col) que usaron su operación, han comunicado los mismos resultados.

En el año 1961, Burch ideó fortuitamente, en el curso de una operación de Marshal I-Marchetti-Krantz, lo que sería en el futuro, una intervención simple y de tan buenos resultados. Es así como, de la cistouretropexia de Marshall-Marchetti-Krantz se pasa a una colpoxia utilizando la cópula de la vagina para que, a manera de hamaca, suspenda y haga reposar *en su vano la base vesical y el Angulo uretrovesical posterior.*

## Material y Métodos

Selección de pacientes.

Se incluyó a las que tenían las siguientes características:

1. Incontinencia severa.
2. Incontinencia recidivada posterior al empleo de técnicas fasciales.
3. Incontinencia asociada a otras ginecopatías.
4. Incontinencia en pacientes añosas portadoras de gran atrofia de los sistemas fasciales.
5. Grandes cistocelos en proceso de aumento de volumen.
6. Cistocelos asociados a ginecopatías que indiquen laparotomía.
7. Prolapsos de cápsula vaginal posthisterectomía.

Condiciones para aplicar la técnica Burch.

1. Diagnóstico diferencial entre WE y urgencia miccional: la operación no cura la urgencia.
2. Movilidad suficiente de la pared anterior de la vagina que permita la aproximación y fijación al ligamento de Cooper.



3. Test de Bonney satisfactorio
4. Definir bien las deformidades anatómicas de la IUE.
5. Comprender que la IUE y el cistocele son apenas dos componentes del amplio problema de la relajación pélvica.



### Técnica operatoria empleada

1. Posición semiginecológica, con los miembros inferiores flexionados a la altura de las rodillas, los muslos separados en abducción y en el mismo plano de la mesa operatoria. La plancha inferior de la mesa debe estar descendida.
2. Colocación de sonda Foley N° 16 en la vejiga.
3. Incisión de Plannenstiel pequeña y en el borde del pubis.
4. Diéresis de la aponeurosis, separación de los músculos rectos abdominales y piramidales e ingreso al espacio de Retzius, visualizando los ligamentos de Cooper (Fig. 1).
5. Instilación en la vejiga de 50 mL de leche estéril a través de la sonda de Foley (es fácil lesionar la vejiga y no reparar en ello).
6. Introducción en la vagina de los dedos índice y medio de la mano izquierda, elevando los fórnices laterales de la vagina.
7. Simultáneamente, la mano derecha despega la vejiga de la fascia perivaginal y encuentra los dedos de la mano izquierda en el lado derecho.
8. Es recomendable colocar un separador ortostático entre los músculos rectos abdominales.
9. Colocar 3 puntos de catgut crómico N° 2 atraumático con aguja MR-40, transfijando el fórnix vaginal derecho y el ligamento de Cooper del mismo lado, a una distancia de 1 cm entre punto y punto. Reparamos los cabos.
10. Repetir el procedimiento en el lado opuesto (Fig 2).
11. Amarrar los cabos de los 6 puntos. Cortarlos a 1 cm del nudo (Fig 3).
12. Abrir la sonda de Foley y observar si hay sangrado.
13. Sutura de los planos operatorios.
14. Colpoplastia posterior y perineoplastia.
15. La sonda vesical permanece tres días. No se deja taponamiento vaginal.

La casuística de este trabajo se refiere a 246 casos que pudimos seguir sobre un total de más de 300 operaciones de Burch practicadas desde 1974 hasta 1993. Las intervenciones fueron realizadas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo del IPSS de Chiclayo, en el Hospital de Tumbán y en la clínica privada. A todos los pacientes se les aplicó los criterios de selección y la técnica quirúrgica reseñada. Terminada la operación, cada caso fue seguido en su evolución.



## Resultados

Referente a la edad, la casuística comprende pacientes desde los 27 hasta los 74 años. La distribución ebtrea y por paridad se ofrece en la Tabla 1. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue WE mas cistourethrocele (Tabla 2).

A 40 pacientes se les practicó solamente operación de Burch y a los restantes se les hizo el mismo procedimiento, además de la cura de la patología correspondiente. Es necesario mencionar que la operación de Burch debe ir acompañada de la colpoplastía posterior. Sin embargo, en 40 casos no se practicó por inconvenientes surgidos en la unidad operatoria, tal como mala preparación de la paciente que llevó a evacuación intestinal, tiempo operatorio prolongado y problemas anestésicos. En algunos otros pesó mucho la consideración de que no existía rectocele ni desgarró perineal; por lo tanto, decidimos pasar por alto la indicación de Burch.

**Tabla 1.** Frecuenica según edad y paridad

	N	%
Edad en años		
27 a 30	8	3
31 a 40	86	35
41 a 50	98	40
51 a 60	47	19
más de 60	7	3
Paridad		
Cero	1	0,5
Uno	20	8
Dos	23	9
Tres	41	17
Cuatro	48	19
Cinco	36	15
Seis	77	31
Total	246	100

Hasta el año 1981 practicamos la Uretrocistografía con cadena metálica según el método de Hodgkinson en el pre y en el pos operatorio, como método de diagnóstico y de confirmación de la bondad operatoria al suspender el ángulo uretro-vesical posterior. Con la simplificación diagnóstica (Baden y Walker) y las nuevas teorías del origen de la ME, y con el encarecimiento de los medios de contraste, pasamos utilizar el cistograma sólo esporádicamente, la mayoría de las veces con finalidad docente. El tiempo transcurrido entre la intervención y el último control clínico fluctúa entre 6 meses y 19 años (Tabla 3).



<b>Tabla 2.</b> Diagnóstico preoperatorio		
Diagnóstico	N	%
I.U.E. exclusiva	13	5,3
I.U.E. recidivante	7	2,8
I.U.E. + cistourethrocele	95	38,6
I.U.E. + rectocele	62	25,3
I.U.E. + prolapso uterino	7	2,8
I.U.E. + miomatosis uterina	20	8,1
I.U.E. + urethrocele	8	3,3
I.U.E. + displasia de cérvix	1	0,4
I.U.E. + otros diagnósticos	33	13,4
Total	246	100,0

<b>Tabla 3.</b> Seguimiento clínico		
Período	N	%
De 6 meses a 2 años	11	4,5
De 2 a 5 años	32	13,0
De 5 a 10 años	86	34,0
De 10 a 15 años	90	36,5
De 15 a 19 años	27	11,0
Total	246	100,0

En lo que respecta a la condición actual, después del seguimiento de las pacientes con diagnóstico preoperatorio de IUE, mostramos los resultados obtenidos en 19 años de práctica quirúrgica (Tabla 4).

Los accidentes operatorios y las complicaciones pos operatorias fueron de escasa importancia: cistitis, hematuria discreta, absceso de pared. En dos ocasiones hubo que suturar la vejiga por desgarro en pacientes con operaciones múltiples abdominales. En una ocasión exploramos quirúrgicamente el espacio de Retzius ante un absceso rebelde, encontramos un cuerpo extraño, una gasa.

## Discusión

La colpopexia de Burch es una operación de fácil y rápida ejecución. El índice curativo es siempre mejor que el obtenido por vía vaginal y no ocasiona dispareunia. La patología abdomino-pélvica quirúrgica puede ser solucionada por la misma incisión, conforme ocurrió en nuestros casos está demostrado que la suspensión se hace a una estructura sólida, inamovible, constituida por el ligamento de Cooper. La operación suprime el cistocele en todos los casos y el pos operatorio es mejor, en virtud de sus características.

Pensamos que el principio de suspensión de Burch es preferible al de fijación de otras operaciones suprapúbicas, porque deja en libertad a las estructuras que intervienen en la micción. Además, esta operación permite posteriormente el parto por vía vaginal.

<b>Tabla 4.</b> Resultado del seguimiento		
Nº de pacientes	Cura total (%)	Recidivas (%)
246	214	32
	(87)	(13)



## Referencias bibliográficas

1. Bonney V, Textbook of Gynecological Surgery. Cassel and Company. Rondon, 1947.
2. Brito Pereira P. Reflexoes em torno da cura da cistocele, Tese. Faculdade de Medicina da Universidad e Federal de Río de Janeiro. 1967.
3. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament in the treatment of cistocele and stress incontinence. En Progress in Gynecology New York, Grune and Stratton, 1993.
4. Burch JC. Cooper's ligament Urethrovaginal suspension for stress incontinence. Am J Obst Gynec 1968; 100: 764.
5. Cantor EB. Incontinencia urinaria en la mujer. Toray S.A., 1981.
6. Green TH. Urinary stress incontinence. En Progress in Gyne-cology. Meigs and Sturgis Editors. New York: Grune and Stratton, 1963.
7. Jeffcoate TNA, Roberts H. Observations on stress incontinence of urine. Am J Obst Gynec 1952, 64: 721.
8. Kelly HA. Gynecology. New York, Appleton and Co. 1928.
9. Kennedy WT. Incontinence of urine in the female, the urethral sphineter mechanism, damage of function, and restauration of control. Am J Obst Gynec 1937, 34:576.
10. Iglesias JJ. Estudio da operaaõ de Burch e suas indicacoes, Tese. Faculdade de Medicina da Universidad Federal de Rio de Janeiro, 1970.
11. Lewis T`LT. Progress in Clinical Obstetrics and Gynecology London: J. Churchill, 1964.
12. Marshall CM. Relief of severe stress incontinence. Technique and anatomy Of two SUpRapUbic fascial operations. J Obstet Gynaecol Brit Emp. 1948.
13. Marshall VF, Marchetti AA, and Krantz KE. The correction of stress incontinence by simples vesicourethral Suspension. Surg Gynec Obst 1949; 88: 509.
14. Meigs JV. Fascial sling operation for incontinence of urine. J Mt Sinai Hosp. 1947; 14:504.
15. Miller NF. Surgical treatment of Urinary incontinence in the female. JAMA, 1932; 98: 628.
16. Monteiro A. CirUgia do prolapso genital, Rio de Janeiro, 1947.
17. Moschoowits AV. The pathogenesis, anatomy and care of prolapse of the rectum. Surg Gynec Obst 1912; 15:17.
18. Oleary JA. Osteitis pubis following vesico-urethral Suspension. Obst Gynec,1964; 24: 73.
19. Pehan-HV,A1-nreighJ. Operative Gynecology. Philadelphia, J. B. Lippincott Co. 1934.
20. Reis RA and Da Costa Ej. Stress incontinence in the female. Am J Obst Gynec, 1947; 53: 776.
21. Shaw W. Vaginal operations for cistocele, prolapse of uterus and stress incontinence. Surg Gynec Obst 1949; 88:11.
22. Te Linde RW. Operative Gynecology. Philadelphia, J. P. Lippincott Co. 1951.
23. Testut L, Latarjet A. Compendio de Anatomía descriptiva. Ed. Salvat Editores S.A. Buenos Aires, Argentina. 1951.
24. Ullery JC. Stress incontinence in the female. New York. Grune and Stratton. 1963.
25. Victor F. Tratamiento cirúrgico do prolapso genital. An Bras Ginec 1948; 26: 365.
26. Williams E and Ullery JC. Stress incontinence in the female. New York: Grune and Stratton. 1963.