

EFICACIA DE LA CISTOURETROEXIA TIPO BURCH EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1989 - 1990

J.A. Escobar V.*

PALABRAS CLAVES: *Incontinencia urinaria de esfuerzo, Colpourethroexia de Burch, Urodinamia.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en 49 pacientes intervenidos, mediante técnica de Burch, para corregir su incontinencia urinaria de esfuerzo, en el Hospital General de Medellín, en el período comprendido entre Enero de 1988 y Junio de 1989. Todas las 49 pacientes fueron evaluadas clínicamente y observadas en busca de recidiva.

El período de seguimiento osciló entre 18 y 40 meses post-cirugía.

44 pacientes presentaron mejoría espectacular de su patología, lo cual se comprobó clínicamente (89.8%). 5 pacientes (10.2%) manifestaron continuar igual, en dos de los cuales la urodinamia demostró incontinencia mixta, en dos una incontinencia de esfuerzo y en una se encontró una franca inestabilidad del detrusor. Las complicaciones post-quirúrgicas principales fueron: Infección Urinaria (18.4%), infección de herida quirúrgica (10.2%) y retención urinaria (6.1%).

No se presentaron lesiones de vejiga, uretras, hematomas retropúbicas, o formación de fistulas vesico-vaginales.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre paridad y recidiva y entre edad y recidiva. En igual forma no se demostró en el período de seguimiento de este grupo (18-39 meses) que la plastia superior influya en los resultados. Se recomienda un seguimiento a más largo plazo.

SUMMARY

A prospective study was done in forty nine patients in which Burch technique was performed in orders to correct urinary incontinence, in General Hospital Between January 1988 and June 1989. All forty nine patients were evaluated clinically in search of recidives.

The follow up osciles between eighteen an forty months post surgery.

Forty four patients showed marked relief of their symptoms (89.8%), five patients (10.2%) showed no relief of their symptoms. In two of these patients urodinamy showed mixed incontinente in two an effort incontinence and in one a marked detrusso's incontinence. Post surgical complications were: urinary infections: (8.4%), surgical wound infection 10.2% an urinary retention: 6.1%.

There one no vesical and urethral lesions, retro pubical hematomas and no vesi-vaginal fistulas.

There no was stastically significance associations between parity an redicives an between age an recidives. Posterior plastia did not influence the results at the moment of present it. It was recomendad a longer follow up.

KEY WORDS: urinary Incontinence Strees, Berch Colpourethropexy, Urodynamics.

* Dr. Juan Arturo Escobar V. ¹⁹⁹³
Residente de Ginecología
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín - Colombia

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria de esfuerzo es una entidad patológica bien definida y con características propias, cuyo elemento fundamental es la emisión involuntaria de orina, sin contracción del detrusor y la cual se presenta con las situaciones que generan aumento de la presión intraabdominal. (1).

La incontinencia urinaria de esfuerzos por sus características anteriores se convierte en una patología angustiante y desagradable, lo cual genera cambios en la forma de vida de la mujer que la padece, provocando alteraciones en su vida social y conyugal, y en la mujer anciana representa una razón para la institucionalización y para influir en su sobrevida (2).

La prevalencia de la pérdida del control de la vejiga para contener la orina oscila entre el 15-35 por ciento (3). Estas variaciones se atribuyen a los diferentes criterios de incontinencia, y posiblemente a diferencias en la población que se estudia y en los instrumentos empleados para realizar el diagnóstico.

La incontinencia urinaria de esfuerzo se producen principalmente, por la pérdida de la situación intraabdominal de la uretra proximal y de la unión uretrovesical, como resultado de alteraciones en el soporte pélvico.

Esta alteración conduce a cambios en la presión uretral, la cual disminuye, alterando de esta forma el mecanismo de continencia, lo cual conduce a que los aumentos de la presión intraabdominal, vencen la presión uretral de cierre y se produzca la pérdida de orina sin contracción del detrusor (4).

Los cambios en la posición de la uretra se producen por atrofia de los ligamentos que se encargan de mantener la situación intraabdominal de la uretra proximal de la vejiga, o por pérdida del soporte músculo-facial del cuello vesical y del piso pélvico (1).

El diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo con una historia clínica clara y un examen físico bien realizado. Con estos dos parámetros se consigue un diagnóstico acertado en el 85 por ciento de las pacientes (3) y sólo en los casos de falta de concordancia entre la historia clínica y los hallazgos del examen físico, se debe recurrir a estudios urodinámicos (4).

Se ha reportado en diferentes estudios que a pesar del diagnóstico correcto de incontinencia urinaria de

esfuerzo, del 10 al 15 por ciento de todos los procedimientos quirúrgicos primarios, fallan para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo (3).

En el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo se emplean métodos quirúrgicos y no quirúrgicos.

En el manejo no quirúrgico de la incontinencia de esfuerzo se emplean ejercicios para fortalecer la musculatura perineal (6), reentrenamiento vesical, y el tratamiento farmacológico a base de estrógenos (7) y de estimulantes alfa-adrenérgicos.

En el manejo quirúrgico se emplean técnicas infrapúbicas, suprapúbicas, y combinadas. La eficacia de las técnicas vaginales, nunca sobrepasan las de las otras técnicas, presentando un alto índice de recidivas y fracasos (8,9).

Las técnicas suprapúbicas son las que proporcionan una eficacia más alta a largo plazo (2) (10), siendo las más utilizadas en el Burch (3) y en el Tanagho (3).

Las técnicas combinadas identifican el cuello vesical por vía vaginal y bajo visión endoscópica utilizando material no absorbible lo suspenden a las recto-abdominales, y cuyas indicaciones son claras y precisas, siendo ideal su empleo en casos de cirugías previas, irradiaciones, reintervenciones (11). Las técnicas quirúrgicas combinadas más empleadas son el Peregra (12) y el Stamey (13).

La urodinamia es útil dentro del estudio de pacientes con incontinencia, cuando la historia sugiere la posibilidad de incoordinación o inestabilidad del detrusor, cuando existe un trastorno neurológico, o en aquellas pacientes que se han sometido a cirugías para corregir su incontinencia y ésta ha fracasado. (5).

En esta investigación se propuso analizar los resultados obtenidos al corregir quirúrgicamente la incontinencia urinaria de esfuerzo y específicamente evaluar las pacientes sometidas a cirugía mediante la técnica de Burch (2), que es el procedimiento estandarizado en esta institución, para corregir la incontinencia de esfuerzo.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte en el Hospital General de Medellín, y la población de estudio estuvo conformada por las pacientes que por incontinencia de esfuerzo, acudieron a este centro, y a las cuales se les realizó cistouretero-

pexia tipo Burch en el período comprendido entre Enero de 1988 y Junio de 1989.

Se analizaron cada una de las historias clínicas de este grupo de pacientes, luego se localizaron las mismas, se les realizó un examen y entrevista dirigida, estableciéndose presencia o no de recidiva. A las pacientes con presencia de incontinencia se les realizó urodinamia.

Los pacientes se siguieron mediante entrevistas telefónicas y evaluación en el Hospital cuando presentaban alguna sintomatología relacionada con la cirugía.

El procesamiento de información se realizó mediante computador, con un programa denominado P. S. STATS, utilizado para el manejo de variables categóricas.

Se utilizó estadística descriptiva para variables continuas y se realizó cruce de variables mediante tablas de contingencia.

RESULTADOS

En el Hospital General de Medellín, se realizaron 67 cistouretropexias tipo Burch en el período comprendido entre Enero de 1988 y Junio de 1989.

De las 67 pacientes intervenidas, no se logró localizar a 5 pacientes por cambio de residencia.

De las 62 pacientes localizadas se logró que 49 (73.1%) acudieran al Hospital y luego de explicarles el motivo y los objetivos en un seguimiento, aceptaron ingresar al trabajo de investigación.

A estas 49 pacientes se les practicó un examen físico y un interrogatorio exhaustivo, siguiendo un plan de estudio previamente elaborado, con lo cual se estableció si existía o no presencia de recidiva.

De las 62 pacientes localizadas, 10 manifestaron encontrarse asintomáticas pero nunca asistieron para ser incluidas en el grupo de seguimiento.

La agrupación por grupos etáreos de la población estudiada, se presenta en la tabla 1. En la cual podemos observar que el 73 por ciento de la población estudiada, son pacientes menores de 50 años.

La distribución según paridad de las pacientes estudiadas se presentan en la tabla 2, destacándose que el 59,2 por ciento son mujeres con menos de 6 hijos y el 40.5 por ciento tienen más de 6 hijos.

TABLA 1

**DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO
CISTOURETROPEXIA TIPO BURCH
H.G.M. 1988 - 1989**

DECADA	3 30-39	4 40-49	5 50-59	6 60-69
FRECUENCIA	3	33	10	3
PORCENTAJE	6.1	67.3	20.4	6.1

De las 49 pacientes, 7(14.3%) tenían antecedentes de histerectomía abdominal, 2(4.1%) de anexohisterectomía y 40 (81.6%) no tienen antecedentes quirúrgicos.

TABLA 2

**DISTRIBUCION SEGUN PARIDAD
CISTOURETROPEXIA TIPO BURCH
H. G. M. 1988 - 1989**

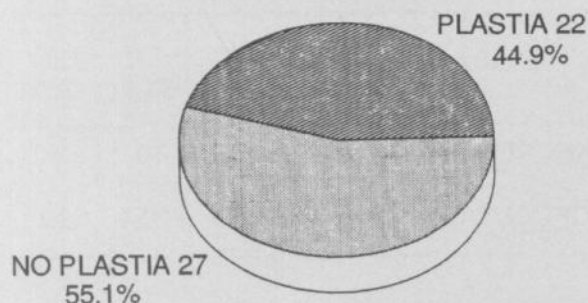
INTERVALO PARIDAD	FRECUENCIA	%
1 - 2	8	16.3
3 - 4	12	24.5
5 - 6	9	18.4
7 - 8	11	22.4
9 - 10	5	10.2
11 - 12	3	6.1
13 - 14	1	2.0

De las 40 pacientes intervenidas con técnica de Burch, a 22 pacientes se les realizó histerectomía abdominal para solucionar otro tipo de patología uterina, durante el mismo acto quirúrgico, lo que equivale que a 44.9 por ciento de los pacientes se les realizó los dos tipos de cirugía simultáneamente.

Se estableció el número de pacientes que además de Burch, se les realizó plastia posterior, con el fin de realizar el de diafragma pélvico, y poder analizar posteriormente, si la plastia superior incide en la evolución o éxito de Burch, en el período de tiempo que se siguió y evaluó este grupo de pacientes (gráfica 1).

GRAFICO 1

**PORCENTAJE DE BURCH Y PLASTIA POSTERIOR
EN EL MISMO ACTO QUIRURGICO
CISTOURETROPExIA TIPO BURCH
H. G. M. 1988 - 1989**



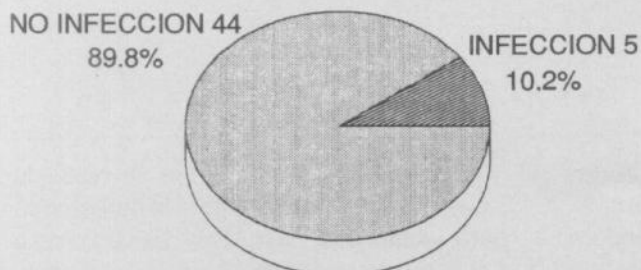
En el 93.9 de las pacientes (46) se utilizó prolene como material quirúrgico para la colpocistouretopexia. En solo 3 pacientes se utilizó vicryl.

9 pacientes (18.4%) presentaron infección urinaria como complicación de la cirugía

El 10.2% de las pacientes presentó infección de la herida quirúrgica post-colpocistouretopexia (gráfica 2). El 6.1% (3) de las pacientes presentó urinaria. Todas las pacientes que presentaron retención urinaria, desarrollaron infección urinaria.

GRAFICO 2

**PORCENTAJE DE INFECCIONES DE
HERIDA QUIRURGICA
CISTOURETROPExIA TIPO BURCH
H.G.M. 1988 - 1989**



El 33.3% de las pacientes que recidivaron lo hicieron en el primer mes de post-cirugía, el 1.67% (1) en el segundo mes, y el 3,33% en el cuarto mes post-cirugía.

El período de seguimiento se presenta en la tabla 3, donde se observa que entre 18 y 24 meses se encuentra un 34% de la población estudiada y el 76% tiene más de 24 meses de seguimiento.

TABLA 3

**PERIODO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES
CISTOURETROPExIA TIPO BURCH
H.G.M. 1988 - 1989**

INTERVALO MESES	No. PACIENTES	%
18 - 24	15	34
25 - 30	11	25
31 - 35	8	18.1
36 - 40	10	22.9

Al analizar los resultados de la urodinamia se encontró en 2 pacientes una franca incontinencia de esfuerzo, en otras 2 se demostró una incontinencia mixta y en 1 paciente una franca incontinencia de urgencia.

En las 2 pacientes con una franca incontinencia urinaria de esfuerzo la recidiva se debe a fallas en el procedimiento quirúrgico.

No encontró significancia estadística entre la edad y el porcentaje de éxitos y fracasos. Demostrando que la edad no influye en los resultados de esta técnica quirúrgica en el grupo estudiado.

En el grupo con edad mayor de 50 años, no tiene una incidencia mayor que recidiva, que el grupo menor de 50 años ($P=0.008$).

No se encontró que la paridad estuviera estadísticamente con el porcentaje de éxitos o fracasos. El grupo con más de 6 hijos no tiene una incidencia mayor de recidiva, que el grupo con menos de 6 hijos ($P=0.96$).

No se encontró en el período de seguimiento del grupo estudiado, que aquellas pacientes a las cuales se les realizó plastia superior, tuvieran menor incidencia de recidivas, que aquellas a las cuales se les realizó este procedimiento.

No se encontró que la histerectomía abdominal previa al Burch, influyera en el desarrollo o no de recidiva.

No se encontró que la histerectomía abdominal en el mismo acto quirúrgico, tenga importancia estadística en el porcentaje de éxitos o fracasos.

DISCUSION

Los resultados de este trabajo de investigación en cuanto a porcentajes de éxito y fracasos están de acuerdo con los resultados que se encuentran en otros trabajos y publicaciones (2,10), lo cual demuestra que el enfoque clínico y el manejo quirúrgico ha sido adecuado.

Con los resultados de este trabajo, y el análisis de la urodinamia, debemos aceptar que el uso de esta ayuda paraclínica, se debe limitar en países como el nuestro, a aquellas pacientes con sintomatología compleja.

En dos pacientes de diagnóstico con incontinencia mixta, al realizar la urodinamia, por fracaso en el manejo quirúrgico implicándose fallas en el abordaje quirúrgico, de estas dos pacientes.

El componente de inestabilidad del destrusor de estas dos pacientes con incontinencia mixta se puede explicar de dos formas: si existía la inestabilidad del destrusor previa a la cirugía, esta inestabilidad debe mejorar del 62 al 85% de las pacientes. Si no existía el componente de inestabilidad del destrusor previo a la cirugía, la cirugía originó la aparición de esta inestabilidad, y se sabe por estudios previos (5) donde se han valorado, con urodinamia prequirúrgica a todas las pacientes, que la cirugía puede desencadenar la inestabilidad del destrusor hasta del 2 al 7% de las pacientes.

AGRADECIMIENTOS A:

- Dr. Juan Luis Arcila
- Dr. José María Maya Mejía
- Ingeniera: Marta Eugenia Alvarez Villa
- Auxiliar de Enfermería: Doris Martínez
- Secretaria: Martha Cecilia Fergusson V.

BIBLIOGRAFIA

1. Richard F. Mattingly, John D. Thompson, Operative Gynecology, Sixth Edition Página 597-617.
2. Fantl J.A: The Surgery of Stress Urinary Incontinence. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, Vol 16 No. 16 No. 4 December 1989 pág. 827-840.
3. Burch JC: Cooper's Ligament Urethrovesical Suspension For Stress Urinary Incontinence Am J. Obstet Gynecol 100: 764-1968.
4. Bump RC, Copeland WE Jr, Hurt WG et al: Dynamic Urethral Pressure Prolifametry Pressure Transmission Ratio Determinations in Stress - Incontinent and Stress - Continent Subject. Am J. Obstet Gynecol 159: 749 - 1988.
5. Peter K. Sand, Larry W. Bowen: the Effect of retropubic Urethropepy on DetrusorStability. Obstet Gynecol. 71: 818, 1988.
6. Kegel Ah: Agressive Resistance exercise in the Fuctional Restoration of the Perineal Muscle. Am J. Obstet Gynecol 56: 238, 1948.
7. Fantl J.A: Post-menopausal Urinary Incontinence: Comparison Between Non-estrogen- Supplement and Estrogen-Supplemented Women. Obstet Gynecol 71: 823, 1988.
8. Kelly, H.A. Incontinence of Urine in Women-Urologic y Cutaneas Review (1913) 17, 291-293.
9. LOW, J.A. the Management of Anatomic Urinary Incontinence by Vaginal Repair. American Journal of Obst-Gyn (1967) 97, 308-315.
10. TANAGHO, E.A. and Cols: Colpocystourethropoxy: the Way, We do it Jou, Urol (1976) 110: 751.
11. Lomanto Morán, Antonio, Análisis de Manejo de la Incontinencia Urinaria Femenina. Curso de Complicaciones Médico Quirúrgica en Ginecología, Universidad Nacional de Colombia, Agosto 1989.
12. Pereyq AJ. Lebertz TB: Combined Urethrovesical suspension and Vagina-Urethroplasty for Correction of Stress Incontinence. Obstet Gynecol 30: 537, 1967.
13. Stamey T.A: Endoscopic suspension of Vesical Neck for Urinary Incontinence Surg, Gynecol Obst (1973) 136: 547-554.



¿ Permitiría usted que un veterinario lo opere del corazón?

Evidentemente no ! Buscaría al mejor cardio-cirujano.

Lo mismo debe hacerse con los Seguros que cubren a su Empresa y a su personal, donde todas las "operaciones" son delicadas.

Con DeLima & Cía. Ltda., usted sí obtiene el servicio de profesionales especialistas, que le recomiendan y diseñan el plan de seguros que más se ajuste a sus necesidades.

La experiencia y precisión no se improvisan.

De allí que : "Zapatero a tus zapatos".



Somos

DE LIMA
los corredores de seguros