

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA RECIDIVADA*

Dr. J. M. URGELL ROCA

INTRODUCCION

Las incontinencias urinarias femeninas se hallan asociadas generalmente a descensos más o menos acusados de la pared vaginal anterior. De ordinario la curación del cistocele o del prolapso uterino, junto con una reposición plástica de los soportes músculo-fasciales de la uretra y cuello vesical siguiendo alguna de las técnicas propuestas por Marion, Kelly, Halban, Martius, etc., son suficientes para que desaparezca la incontinencia.

No obstante, se registra un tanto por ciento de recidivas que aparecen inmediatamente después de la operación o al cabo de algunos meses de haberla practicado. Tales fracasos pueden ser debidos muchas veces a un fallo de las suturas, a unas plastias insuficientes, o también a la formación de adherencias postoperatorias que pueden llegar a impedir el cierre fisiológico del esfínter uretral interno. Walz estima que las recidivas represen-

tan del 12 al 40 por ciento de los casos operados. Counseller da las cifras del 15 al 30 por ciento, Phillips del 12 por ciento, Spielmann y Köhl del 25 al 30 por ciento, Kelly del 20 por ciento, Stallworthy del 16 por ciento, etc.

Con el fin de mejorar los resultados se han propuesto las técnicas abdominales (Marshall - Marchetti-Krantz, Millin y Read y otros), o las técnicas mixtas, es decir, empleando conjuntamente la vía abdominal o suprapúbica y la vaginal (Goebell-Stoeckel-Frangenhein, Aldridge, Studdiford, Michon, Delinotte, Puigvert y otros). Digamos, sin embargo, que los éxitos y fracasos del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo depende, como es lógico, de la experiencia del operador y de la técnica elegida en cada caso. Querer resolver una incontinencia grave sin cistocele, en mujeres con marcada atrofia de los tejidos que componen el diafragma urogenital, empleando la vía vaginal, es exponernos a un fracaso. Tampoco es

* Trabajo presentado en el VII Congreso Luso-Español de Obstetricia y Ginecología. Son Feliu de Guixòls (Gerona).

aconsejable operar una recidiva empleando el mismo procedimiento utilizado en la operación anterior. En realidad, sabemos que la incontinencia de orina al esfuerzo es más frecuente en mujeres que presentan descensos de la pared vaginal anterior, pero también se observan en lesiones aisladas del esfínter uretral interno sin modificaciones ostensibles del aparato de sostén músculo-aponeurótico.

MATERIAL Y TECNICA OPERATORIA

Nuestro material consta de 19 pacientes afectas de incontinencia de orina al esfuerzo. Diecisiete de ellas habían sido intervenidas anteriormente, una o dos veces, por vía vaginal. Dos presentaban incontinencia grave con notable atrofia de los tejidos de fijación y sostén de la uretra y cuello vesical.

La edad estaba comprendida entre los 33 y 71 años. Todas habían tenido uno o más hijos, excepto una que era nulípara. En dos se había practicado un fórceps. Ninguna de las pacientes presentaba prolapso ni cistocele de consideración. En dos de los casos, durante el acto operatorio, se practicó histerectomía por mioma uterino.

Antes de proceder a la intervención quirúrgica se solicitó una exploración completa del aparato urinario, con objeto de descartar las incontinencias de tipo funcional sin cambios anatómicos (vejiga neu-rógena, irritable, etc.), o las produ-

cidas por afecciones orgánicas. Para el diagnóstico de la incontinencia de esfuerzo utilizamos la prueba de Bonney que consideramos también de gran valor por lo que se refiere al pronóstico de curación.

Las pacientes no necesitaron ninguna preparación especial antes de la operación; solamente practicamos los análisis de rutina, como si se tratase de cualquier intervención ginecológica (hemograma completo, V.S.G., pruebas de coagulación, glucemia, urea en sangre y sedimento de orina).

Hemos empleado en todos los casos la técnica de Michon, en la cual hemos introducido pequeñas modificaciones con el fin de facilitar algunos de los tiempos operatorios. En tres casos se tuvo que ampliar el campo vaginal mediante una episiotomía.

La técnica operatoria es la siguiente:

Primer tiempo. — Una vez colocada la paciente en posición ginecológica, se practica una incisión en la pared vaginal anterior desde un centímetro por debajo del meato urinario hasta el cuello vesical, sin rebasarlo, ya que, en caso contrario, al pasar la tira aponeurótica podría dar lugar a la vejiga en forma de reloj de arena, lo cual haría fracasar el resultado de la intervención. Se disecciona la mucosa vaginal lateralmente y se separa del cuello vesical y uretra. Mediante el

dedo índice se hace una disección obtusa y se labra un túnel a ambos lados de la uretra y la vejiga, hacia la cara posterior del pubis. El despegamiento, en general, es fácil; no obstante, en algunos casos, debido al plano fibroso formado en la intervención anterior, se pueden presentar ciertas dificultades. Con el dedo índice se debe llegar al ligamento pubovesical lateral, el cual se nota perfectamente; rebasado éste se penetra de lleno en el espacio de Retzius. Se dejan colocadas dos tiras de gasa en cada trayecto formado, a efectos hemostáticos, y se pasa al tiempo abdominal.

Segundo tiempo. — Incisión media infraumbilical hasta el pubis. Se corta una tira aponeurótica a expensas de la vaina del músculo recto anterior del abdomen, con base en la región púbica, y se despega en parte el espacio vesical. La tira aponeurótica debe tener por lo menos 2 cm. de ancho por 13 ó 14 centímetros de largo, ya que, de lo contrario, nos exponemos a que se rompa o resulte corta. No creemos necesario utilizar los músculos piramidales ni fibras del recto anterior del abdomen.

Tercer tiempo. — El extremo libre de la tira aponeurótica se pasa a través del túnel del lado opuesto a su inserción hasta llegar a la vagina. Una vez en ella se introduce el extremo de la tira por el orificio vaginal del túnel del lado opuesto y se eleva hacia el campo abdominal.

El extremo de la tira aponeurótica se sutura a la aponeurosis del lado contrario mediante dos puntos de nylon.

Para facilitar el paso de la tira aponeurótica a través de los túneles y colocarla alrededor del cuello vesical en forma de anillo, hemos ideado un instrumento de punta roma y de curvatura parecida a las agujas empleadas para practicar la pubiotomía (fig. 1) que simplifica extraordinariamente este tiempo operatorio, fundamental para el buen éxito de la intervención. Se utiliza un hilo de catgut o seda, a modo de tractor, que se anuda al extremo libre de la tira aponeurótica, y el otro cabo del hilo se fija a la punta del instrumento (fig. 2); sólo tenemos que retirar el instrumento hacia el campo vaginal e inmediatamente introducirlo por el túnel del otro lado hacia la región suprapúbica. Es suficiente que un ayudante con unas pinzas tire del hilo (fig. 3) para que la tira quede colocada por debajo de la uretra y cuello vesical (fig. 4). La tracción puede graduarse a criterio del operador, a fin de elevar más o menos la región cérvico-uretral. Otra de las ventajas de este instrumento es la de evitar los grandes despegamientos, que a menudo pueden ser causa de hemorragias.

En el cierre de la pared abdominal, para la aponeurosis, empleamos el hilo de nylon en sutura continua. Cerramos la herida vaginal con puntos entrecortados de catgut, dejando drenaje mediante dos

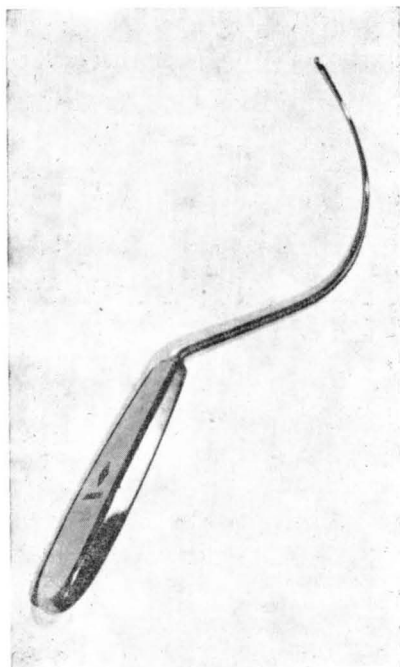


Figura 1

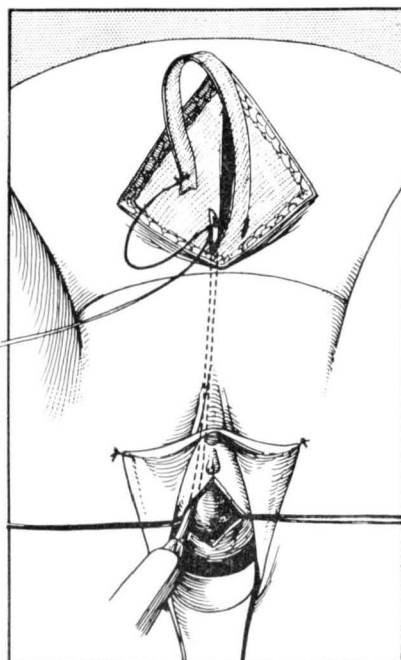


Figura 2

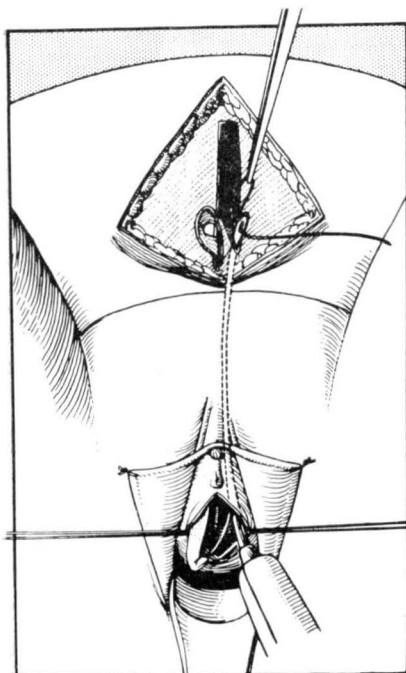


Figura 3

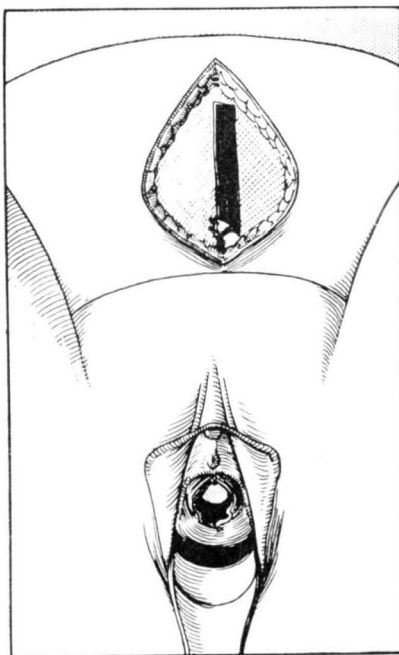


Figura 4

tiras de goma. Sonda permanente durante ocho o diez días y taponamiento vaginal que se retira a las 48 horas de la intervención.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Pacientes curadas . . .	16 casos (84,2 %)
Pacientes aliviadas. . .	3 » (15,7 %)
Fracasos	0 »

El tiempo de observación ha sido de más de cinco años en 7 casos, más de dos años en 10, y más de seis meses en 2 casos.

Entendemos por aliviadas a las pacientes que al cabo de algunos meses de la intervención, y después de haber obtenido una mejoría notable, presentaban una ligera pérdida de orina por el meato urinario al efectuar esfuerzos bruscos.

En una de las pacientes, al intentar el despegamiento de la pared vaginal izquierda, se produjo un pequeño desgarró del cuello vesical que tuvo que ser reparado. Se trataba de una mujer premenopáusica con debilitamiento general considerable y atrofia de los tejidos para-uretrales. El resultado postoperatorio fue de curación.

Las complicaciones durante el curso postoperatorio han sido de escasa importancia. Hemos observado un absceso perivesical que se resolvió espontáneamente vaciándose por la vejiga urinaria. El resultado de la operación en este caso fue de mejoría. Dos pacientes presentaron flebitis que cedieron

con el tratamiento adecuado. En tres se formó un absceso en la pared abdominal, lo que motivó en una de ellas una eventración; sin embargo, hemos de hacer constar que desde que empleamos el hilo de nylon para la sutura de la aponeurosis no hemos observado en ningún caso infecciones de la herida abdominal. Algunas de las pacientes presentaron, después de retirar la sonda permanente, una retención de orina que cedió a los pocos días.

Ultimamente hemos practicado la operación de Michon con resultado satisfactorio en dos casos. No constan en la estadística debido al poco tiempo transcurrido desde la intervención.

COMENTARIOS

En estudios llevados a cabo mediante cistouretrografía en pacientes con incontinencia de orina y mujeres continentales, Millin y Read, Jeffcoate y Roberts, Muellner y otros, han demostrado la importancia del ángulo uretrovesical y del descenso del cuello vesical en la patogenia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Modernamente, Lepage y De Tourris, utilizando la cinematografía como medio de observación, comprueban que las mujeres con incontinencia presentan un embudo premiccional permanente que continúa la vejiga con la uretra posterior, desplazando el ángulo uretrovesical. El aumento brusco de la presión intravesical

(tos, estornudos, etc.), hace que la orina fluya por el meato urinario.

La causa del descenso de la uretra y del cuello vesical se debe generalmente a traumatismos obstétricos. Durante el parto, ya sea normal o distócico, se pueden producir roturas o relajamientos del diafragma urogenital y de los tejidos de fijación y sostén de la vejiga, lo que puede motivar un desplazamiento más o menos considerable de la región cérvicouretral. Otras veces la incontinencia está condicionada a estados de atrofia tisular, como ocurre en la menopausia, o bien, a estados constitucionales que produzcan gran laxitud de los tejidos.

Si tenemos en cuenta las causas de la incontinencia y los fracasos o recidivas que se presentan después de operaciones practicadas con técnicas vaginales, podemos decir que la suspensión aponeurótica del cuello vesical cumple la finalidad perseguida en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que, además de elevar el suelo de la uretra y el cuello de la vejiga, restaura el ángulo uretrovesical y se forma al mismo tiempo un anillo fibroso alrededor de la uretra, que reduce su luz al cerrar el orificio uretral interno. Con la operación de Michon podemos resolver satisfactoriamente los casos de incontinencia graves y difíciles, ya sea por recidiva o por atrofia de los tejidos parauretrovesicales.

RESUMEN

Se tratan quirúrgicamente 19 pacientes afectas de incontinencia de orina. Diecisiete casos habían sido intervenidos anteriormente, por vía vaginal, una o dos veces. En dos casos se trataba de mujeres con incontinencia de orina grave y marcada atrofia de los tejidos de fijación y sostén de la uretra y el cuello vesical.

Se empleó la técnica de Michon. La finalidad de esta operación consiste en elevar la uretra y el cuello vesical restaurando el ángulo uretrovesical posterior. Se utiliza una tira aponeurótica que se obtiene a expensas de la fascia del músculo recto anterior del abdomen, y se hace pasar por debajo de la uretra y el cuello vesical elevando la región.

Los resultados han sido los siguientes: Curaciones completas, 16 casos (84,2 %); mejorías notables, 3 casos (15,7 %). No hubo ningún fracaso.

Se presenta un instrumento que simplifica extraordinariamente el paso de la tira aponeurótica a través de los túneles formados a ambos lados de la región cérvicouretral.

Se aconseja la técnica de Michon en todos los casos de incontinencia urinaria recidivada, en las incontinencias graves y cuando coexiste en la misma paciente un proceso genital que sea tributario de tratamiento quirúrgico por vía abdominal.

BIBLIOGRAFIA

- ALDRIDGE, A. H.: *Am. Jour. Obst. Gyn.*, 51, 299, 1946.
- COUNSELLER, V. S.: *Am. Jour. Obst. Gyn.*, 45, 479, 1943.
- DELINOTTE, P. y ARNAUD, L.: *Jour. d'Urol.*, 55, 625, 1949.
- JEFFCOATE, T. N. y ROBERTS, H.: *Am. Jour. Obst. Gyn.*, 64, 721, 1952.
- LEPAGE, F. y DE TOURRIS, H.: *Gyn. et Obst.*, 59, 57, 1960.
- MARSHALL, V. F., MARCHETTI, A. A. y KRANTZ, K. E.: *Surg. Gyn. Obst.*, 88, 509, 1959.
- MICHON, L.: *Gyn. et Obst.*, 44, 409, 1945.
- MILLIN, T. y READ Ch. D.: *Post. Grad. M. J.*, 2, 293, 1948.
- MUELLNER, S. R.: *Gyn. Obst.*, 88, 237, 1949.
- PHILLIP, A.: *Urol. and Cut. Rev.*, 51, 80, 1947.
- PUIGVERT, A.: *Ann. Hosp. Sta. Cruz y S. Pablo*, 17, 120, 1957.
- STALLWORTHY: *Cita de Read Ch. D. Progresos de la Ginecologia. Ed. Científico-Médica*, 1953.
- WALZ, W.: *Zent. f. Gynak.*, 986, 1952.
-