

Suspensión retropúbica en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo

Retropubic suspension in women with forced urinary incontinence

MsC. Amparo Mirabal Fariñas, MsC. Juan Enrique Meléndez Borges, Dr. Ariel Pouyot Castillo, Dr. Carlos Ferrer La O y Dra. Rosario Milán Barreiro

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 60 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, atendidas en la consulta de Urología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, de enero del 2003 a igual mes del 2012, con vistas a evaluar la aplicación de la técnica quirúrgica de suspensión retropúbica en ellas. Entre los resultados relevantes de la serie figuraron: edad promedio de 50 años, incontinencia urinaria de esfuerzo de grados III (48,0 %) y II (28,0 %) y un elevado porcentaje de continencia posoperatoria inmediata (95,3). A los 3 meses de practicada la intervención, la continencia fue de 92,2 %, mientras que luego de 6 y 9 meses, se obtuvo una continencia de 87,5 %. Se concluyó que la suspensión retropúbica es un procedimiento de elevada efectividad para tratar pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria mixta, debido a su simple realización y las escasas complicaciones que se producen, lo cual incide favorablemente en la estadia hospitalaria.

Palabras clave: mujer, incontinencia urinaria de esfuerzo, suspensión retropúbica, consulta de Urología, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study of 60 patients with forced urinary incontinence, assisted in the Urology Department of "Saturnino Lora Torres" Teaching Provincial Clinical surgical Hospital in Santiago de Cuba, from January, 2003 to same month of 2012, with the aim of evaluating the use of the surgical technique of retropubic suspension in them. Among the relevant results of the series there were: average age 50 years, forced urinary incontinence degree III (48.0%) and II (28.0%) and a high percentage of immediate postoperative continence (95.3). After 3 months of practicing the intervention the continence was 92.2%, while after 6 and 9 months a continence of 87.5% was obtained. It was concluded that the retropubic suspension is a procedure of high effectiveness to treat patients with forced urinary incontinence and mixed urinary, incontinence due to its simple realization and the scarce complications which take place, what influences favorably in the hospital stay.

Key words: woman, forced urinary incontinence, retropubic suspension, Urology Department, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Se define la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, con tal grado de gravedad, que resulta un problema social e higiénico. Esta entidad clínica es frecuente y daña a 30 % de las mujeres en los Estados Unidos y 15 % a nivel mundial; sin embargo, un gran número de las afectadas no lo informa a sus médicos, quizás por vergüenza o debido a la noción equivocada de que ningún tratamiento es eficaz.¹

La continencia en las mujeres está dada por diferentes factores: un mecanismo esfinteriano uretral intacto, un soporte adecuado para el cuello vesical y la uretra proximal, así como distintos mecanismos compensatorios que ocurren durante las maniobras de tensión y los aumentos en la presión abdominal.²⁻⁴

Existen diferentes tipos de incontinencia urinaria, pero la más común es la de esfuerzo, con un predominio estimado de 8-49 %, la cual es definida como la pérdida involuntaria de orina por la uretra, cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima, en ausencia de actividad del músculo detrusor. Por su parte, la incontinencia por urgencia se presenta cuando la pérdida de orina es precedida por un gran deseo miccional, y se confirma mediante pruebas urodinámicas, donde se demuestran contracciones vesicales no inhibidas, de manera que se concluye que existe una hiperactividad del músculo detrusor (vejiga inestable). La incontinencia urinaria mixta combina ambos tipos.^{1,5}

Son varios los factores de riesgo que conducen al desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE); entre ellos se pueden citar: el estado neurológico, la integridad del colágeno, la paridad por vía vaginal, las intervenciones quirúrgicas previas, las radiaciones, la obesidad, la tos crónica y la menopausia.

El tratamiento de pacientes con IUE es fundamentalmente quirúrgico; no obstante, se ha empleado una gran variedad de procedimientos -- más de 200 --, y se ha determinado que los mínimamente invasivos constituyen las mejores vías terapéuticas, debido a los beneficios reconocidos de pronta recuperación, rápido retorno a las actividades laborales, morbilidad mínima y bajo costo.

Al respecto, la técnica de suspensión retropúbica es considerada como el tratamiento quirúrgico de elección en pacientes con IUE, pues es segura, con una tasa de curación a los 5 años de más de 85 %, y se puede emplear para tratar tanto la hipermovilidad del cuello vesical (IUE de grados I-II), como la incontinencia causada por insuficiencia esfinteriana (IUE de grado III). Los resultados terapéuticos a largo plazo indican que la continencia urinaria en 10 años es similar a la de un año, por lo que si el procedimiento es exitoso a los 6 meses, permanecerá por un extenso período.⁶⁻⁹

Cabe agregar que las complicaciones son escasas, y de producirse alguna, las más frecuentes son: la perforación vesical (de 5,4 a 31 %), la retención urinaria posquirúrgica que requiere cateterismo intermitente (1-10 %), los hematomas (1,5-3 %), la infección urinaria (5 %), la infección de las heridas (1 %), la erosión vaginal (1 %), la erosión uretral o fístula uretrovaginal (menos de 1 %), la lesión en los vasos inguinales (menos de 1 %) y la perforación intestinal (1-3 %).¹⁰⁻¹²

Este grave problema de salud aumenta con la edad, y es especialmente relevante a partir de los 60 años; además es común en las mujeres y repercute de manera importante en la calidad de vida de ellas.

Ante los planteamientos que preceden, se decidió llevar a cabo una investigación de mujeres afectadas por IUE, las cuales fueron atendidas en la consulta de Urología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 60 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, asistidas en la consulta de Urología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, de enero del 2003 a igual mes del 2012, con vistas a evaluar la efectividad del procedimiento quirúrgico de suspensión retropúbica aplicado en ellas.

Previamente a todas las integrantes de la serie se les realizó:

1. Interrogatorio sobre los síntomas clínicos, clasificados en grados subjetivos de IUE, según la clasificación de SEAPI-QMN:
 - Grado I: pérdida de orina al efectuar una actividad fuerte, activa y enérgica, como toser o levantar objetos pesados.
 - Grado II: pérdida de orina al efectuar una actividad moderada, como reírse o subir escaleras.
 - Grado III: pérdida de orina al realizar una actividad mínima, como cambios de posición, incontinencia gravitacional y relaciones sexuales.
 - Mixta: cuando la IUE se asocia a urgencia o incontinencia, o ambas.
2. Examen físico para corroborar la salida de orina por la uretra cuando se realiza la maniobra de Valsalva, si existen alteraciones anatómicas de la vagina o prolapso pélvico, o ambos.
3. Ecografía transrectal: se realizó con la paciente en bipedestación y con vejiga llena, durante el reposo y la maniobra de Valsalva, de modo que se informó:
 - Hipermovilidad de la base vesical, el cuello y la uretra.
 - Insuficiencia del cuello vesical por embudización de la porción proximal de la uretra durante el esfuerzo.
 - Insuficiencia del esfínter uretral por pérdida del líquido a través de la uretra.

Como evaluación preoperatoria se realizaron estudios hematológicos y urocultivo. En la intervención quirúrgica se efectuó la técnica de Stamey con agujas y malla de polipropileno o cinta de dacrón. Las pacientes fueron evaluadas en el período posoperatorio a los 3, 6 y 9 meses, teniendo en cuenta los grados subjetivos de incontinencia, la incontinencia de urgencia, los cambios anatómicos de la vagina al efectuar el examen físico, así como las complicaciones mediatas y tardías, resultantes de la intervención en el período peroperatorio.

RESULTADOS

En la serie predominó el grupo etario de 50-59 años, con 32 pacientes, para 54,0 %, y la edad promedio fue de 54 años (tabla 1).

Tabla 1. Edad de las pacientes

Edad (años)	No.	%
30 - 39	1	2,0
40 - 49	8	13,0
50 - 59	32	54,0
60 - 69	17	28,0
70 y más	2	3,0
Total	60	100,0

La IUE de grado III predominó en 68,0 % de las pacientes, seguida de la IU mixta, con 38 afectadas (19,6 %), y por último la IUE de grado II, con 23 de ellas, para 11,9 %. Ninguna integrante presentó el grado I de la afección. En la exploración vaginal, 46 féminas (23,8 %) padecían cistocele asociado a diferentes grados de incontinencia urinaria, de las cuales, 24 se clasificaban en el grado II (52,0 %), 20 en la forma mixta (43,0 %) y 2 en el grado III (4,3 %); igualmente, 18 pacientes (9,3 %) presentaron rectocele. Se confirmó que el grado de cistocele no se relaciona con el grado de IU.

Un mayor número de pacientes refirió haber padecido algún traumatismo ginecológico, con 32 de ellas, para 54,0 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos personales	No.	%
Lesiones neurológicas	1	2,0
Tumores	8	13,0
Traumatismo ginecológico	32	54,0
Antecedentes quirúrgicos abdominal o pélvico	17	28,0
Antecedentes de trastornos psiquiátricos	2	3,0
Total	60	100,0

Respecto a los resultados ecográficos, la totalidad presentó hipermovilidad uretral; en tanto, 37 afectadas (19,1 %) presentaron insuficiencia del cuello vesical y 156, insuficiencia esfinteriana (80,8 %).

Al analizar los antecedentes obstétricos (tabla 3), la mayoría de las féminas había tenido parto vaginal (76,0 %) o eran multíparas (53,0 %).

Tabla 3. Pacientes según antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos	No.	%
Parto por cesárea	11	18,0
Parto vaginal	46	76,0
Parto por fórceps	3	5,0
Nulípara	28	46,0
Multíparas	32	53,0

Luego de la operación, el índice de continencia urinaria inmediato fue de 95,0 %, de cuyo porcentaje, 23 pacientes habían padecido IUE y 34 IU mixta. Ninguna afectada presentó sangrado en el período peroperatorio y se obtuvo un excelente resultado a corto plazo. Solo una fémina mantuvo los síntomas luego de la operación.

El grado III de incontinencia urinaria resultó preponderante en la casuística, con 29 afectadas, para 48,0 % (tabla 4), seguido del grado II de la afección, con 18 pacientes, para 31,0 %.

Tabla 4. Pacientes según grado de incontinencia urinaria

Grado de incontinencia urinaria	No.	%
Grado I	5	8,0
Grado II	18	31,0
Grado III	29	48,0
Mixta	8	13,0
Total	60	100,0

La complicación más común en el período peroperatorio fue la perforación vesical con agujas, según la técnica de Stamey (tabla 5), que sucedió en una paciente (14,0 %), por lo que se mantuvo una sonda transuretral de tipo Foley de 3 a 7 días, durante el período posoperatorio. Otras complicaciones fueron: la retención de orina, con 5 afectadas, la infección urinaria en 7 y la litiasis vesical en 3. Ninguna de las pacientes presentó hematomas suprapúbico o vaginal, ni infección de la herida.

Tabla 5. Complicaciones en el período peroperatorio

Complicaciones	No.	%
Retención de orina	8	13,0
Infección urinaria	11	18,0
Litiasis vesical	3	5,0
Perforación vesical	1	2,0
Erosión uretral por la malla	1	2,0
Total	24	40,0

DISCUSIÓN

En este estudio al analizar la edad de las féminas, se obtuvo que la IUE predominara en las edades de 50 a 59 años, lo cual coincidió con los resultados de Borges Cárdenas *et al*,¹³ quienes refirieron una mayor frecuencia del grupo etario de 41 a 60 años en su investigación. Asimismo, tales resultados se correspondieron con lo planteado en otras publicaciones sobre el tema.¹⁴⁻¹⁶

Respecto a la paridad de las pacientes, la mayoría de las afectadas eran multíparas, lo cual también concordó con lo obtenido por Borges Cárdenas *et al*,¹³ pues estos expusieron que 42,9 % de su casuística habían tenido de 3 a 5 partos.

La complicación más común durante el período peroperatorio fue la infección urinaria, seguida por la retención de la orina; en este último caso se observó una concordancia con lo expuesto por otros autores.^{13,17} Cabe señalar que Jeffcoate y Roberts¹⁷ consideran que de no haber retención urinaria la curación es poco probable.

Solo una fémina mantuvo los síntomas luego de la operación en esta serie, la cual había sido diagnosticada con una IU de grado III asociada a cistocele de grado III y rectocele. En este caso la persistencia de incontinencia urinaria pudo estar relacionada con un fallo en el procedimiento quirúrgico.

La técnica de suspensión retrop ublica posee un alto porcentaje de éxito en el tratamiento de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, porque resulta segura y eficaz, y su realización es sencilla, fácilmente reproducible y con una curva de aprendizaje rápido. El material empleado en el procedimiento es de fácil adquisición y poco costoso, por lo que resulta accesible a cualquier nivel. De igual modo, se producen pocas complicaciones, y las que surgen son fáciles de solucionar; por tanto, la estancia hospitalaria es corta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campbell MF, Walsh PC, Retik AB. *Campbell's Urology*. 8 ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2002.
2. Farrell SA, Beckerson LA, Epp A, Flood CG, Lajoie F, MacMillan JB, et al. Tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *JOGC*. 2003; 25(8): 695-8.
3. Meschia M, Busacca M, Pifarotti P, De Marinis S. Bowel perforation during insertion of tension-free vaginal tape (TVT). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2002; 13(4): 263-5.
4. Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001; 12(Suppl 2): 5-8.
5. Quinn MJ, Beynon J, Mortensen NJ, Smith PJ. Transvaginal endosonography: a new method to study the anatomy of the lower urinary tract in urinary stress incontinence. *Br J Urol*. 1988; 62(5): 414-8.
6. Miller KL. Stress urinary incontinence in women: review and update on neurological control. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005; 14(7): 595-608.
7. Schaer GN, Schmid T, Peschers U, Delancey JO. Intraurethral ultrasound correlated with urethral histology. *Obstet Gynecol*. 1998; 91(6): 60-4.
8. Schaer GN, Perucchini D, Munz E, Peschers U, Koechli OR, Delancey JO. Sonographic evaluation of the bladder neck in continent and stress incontinent women. *Obstet Gynecol*. 1999; 93(3): 412-6.
9. López Castillo O, Viveros Contreras C. Utilizaci on de cabestrillo con malla de polipropileno suburetral sin tensi on en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Hosp Jua Mex*. 2005; 72(2): 44-7.
10. Merlin T, Arnold E, Petros P, MacTaggart P, Tulloch A, Faulkner K, Maddern G. A systematic review of tension-free urethropexy for stress urinary incontinence: intravaginal slingplasty and the tension-free vaginal tape procedures. *BJU Int*. 2001; 88(9): 871-80.

11. Boustead GB. The tension-free vaginal tape for treating female stress urinary incontinence. *BJU Int.* 2002; 89(7): 687-93.
12. Palma PCR, Terrazas MF, Netto-Junior NR. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Análisis de sus métodos propedéuticos. *Rev Mex Urol.* 1996; 56(5): 211-5.
13. Borges Cárdenas E, Gutiérrez Marcial A, Martínez Camejo JM, Pérez Guerrero JL. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, por la técnica de Perrin modificada. *Rev Cubana Cir.* 1995 [citado 22 Oct 2013]; 34(2).
14. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol.* 2000; 53(11): 1150-7.
15. Diokno AC. Incidence and prevalence of stress urinary incontinence. *Advanced Studies Medicine.* 2003 [citado 22 Oct 2013]; 3(8).
16. Ponce de León Ballesteros F, Matos Lobaina E, De la Cruz Álvarez MP. Resultados del cabestrillo pubovaginal en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. *Rev Mex Urol.* 2007; 67(1): 3-11.
17. Jeffcoate TN, Roberts H. Observations on stress incontinence of urine. *Am J Obstet Gynecol.* 1952; 64(2): 721-38.

Recibido: 24 de abril de 2014.

Aprobado: 5 de mayo de 2014.

Amparo Mirabal Fariñas. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: amparo.mirabal@medired.scu.sld.cu