

Tema 32

Principios básicos del tratamiento quirúrgico clásico

JESÚS MORENO SIERRA (**); ISABEL GALANTE ROMO (**); JAVIER CHICHARRO ALMARZA (*);
JUAN CARLOS LOPEZ CORRAL (***) y ANGEL SILMI MOYANO (**)

(*) **Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Guadalajara.**
(**) **Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos.**
(***) **Universidad Complutense de Madrid.**

Recuerdo histórico

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina parte de la idea inicial de tratar el cistocele y prolapso uterino, así las primeras intervenciones fueron realizadas por ginecólogos en el tratamiento de prolapso genitales.

Una de las primeras intervenciones propuestas específicamente para tratar la incontinencia urinaria fue la colporrafia anterior de Kelly (1914). Posteriormente se describieron otras técnicas vaginales útiles en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): reforzamiento de la unión uretrovesical y punto de Kelly (Royston y Rose, 1937), reparación de la fascia endopélvica (Kennedy, 1955), etc. Pero fue Perrin, en 1944, el primero en describir un abordaje abdominal para corregir la IUE. En la Tabla 1 enumeramos cronológicamente algunas de las técnicas quirúrgicas que se han descrito con posterioridad, siendo conscientes de que no hemos incluido todas las existentes y que esta tabla, sin duda, es incompleta. Además tampoco incluimos técnicas quirúrgicas emergentes como TVT o TOT.

Introducción

Antes de realizar cualquier intervención para corregir una IUE, hay que tener en cuenta que la incontinencia urinaria supone un problema social e higiénico, pero nunca una amenaza vital. Por tanto, la intervención quirúrgica estará condicionada por tres principios fundamentales:

- Gravedad de la incontinencia y del prolapso pélvico.
- Ausencia de riesgo vital para la paciente.
- Deseo de la paciente de que corrijamos su IUE y/o prolapso pélvico.

Tabla 1. Coordinación de la micción (control voluntario)

Autor	Año	Técnica Quirúrgica
Goebbel-Stockel ^(1, 2)	1910	Sutura de músculos piramidales por debajo de la uretra.
Kelly ⁽³⁾	1914	Colporrafia anterior.
Bonney	1923	Fijación vesical a los músculos rectos.
Perrin ⁽⁴⁾	1944	Cervicopexia de Perrin.
Marshall-Marchetti-Krantz ⁽⁵⁾	1949	Uretrocervicopexia de MMK.
Read	1950	Cabestrillo suburetral con aponeurosis de los rectos.
Pereyra ⁽⁶⁾	1959	Suspensión del cuello vesical con aguja.
Burch ⁽⁷⁾	1961	Colposuspensión de Burch.
Pereyra y Lebherz ⁽⁸⁾	1967 1978	Procedimiento modificado por Pereyra.
Stamey ⁽⁹⁾	1973	Suspensión del cuello vesical con aguja de Stamey.
Scott ⁽¹⁰⁾	1973	Primer esfínter urinario artificial.
Cobb y Radge ⁽¹¹⁾	1978	Suspensión con aguja doble.
Ridley ⁽¹²⁾	1978	Cabestrillo suburetral con fascia lata.
Raz ⁽¹³⁾	1981	Suspensión transvaginal del cuello vesical con aguja.
Guittes ⁽¹⁴⁾	1987	Suspensión pubovaginal con aguja.
Raz ⁽¹⁵⁾	1989	Técnica "cuatro esquinas".
Ramírez ⁽¹⁶⁾	1991	Colporetrocervicopexia retropúbica simplificada.
Vancaille y Schuessler ⁽¹⁷⁾	1991	Suspensión laparoscópica del cuello vesical.
Wu	1997	Suspensión del útero a los lig. Uterosacros.
O' Brien e Ibrahim	1998	Suspensión del útero a los lig. Redondos.
Huguier	1957	Colposacropexia abdominal abierta.
Nezhat	1994	Colposacropexia laparoscópica.
Elliott, Dimarco	2004	Cirugía Robótica.

A pesar de haberse descrito numerosas técnicas quirúrgicas, no existe una intervención única capaz de resolver y estar indicada en todos los casos de IUE que se presentan en la mujer.

De la idoneidad en la elección de la técnica dependerá en gran medida el éxito o fracaso de la intervención. Sea como fuere, el objetivo de todas ellas será: «restablecer el segmento uretrovesical en el interior de la cavidad pelviana y la anatomía óptima del suelo pélvico».

Principios básicos del tratamiento quirúrgico

Antes de tomar la decisión de qué tipo de técnica es la que creemos más idónea, deberemos evaluar cuidadosamente los siguientes principios básicos⁽¹⁹⁾: (Tabla 2)

Tabla 2. Factores que determinan la elección de la cirugía⁽²⁰⁾

- Características Clínicas del paciente.
- Características Urodinámicas de la incontinencia.
- Características Técnicas de cada intervención.
- Preferencias y habilidad del cirujano.

Tipo de IUE

Incontinencia anatómica

Representa el tipo más común y afecta al 90-95% de las mujeres con IUE. Existe una pérdida de los elementos de soporte de la vejiga y de la uretra dando lugar a que los mecanismos compensadores uretrales no actúen, durante las maniobras asociadas al esfuerzo y se produzca un escape de orina.

Incontinencia por una disfunción intrínseca uretral

Consecuencia de lesiones del esfínter como resultado de operaciones previas, radiaciones, etc. El cuello vesical y la uretra proximal están abiertos en reposo y en ausencia de hiperreactividad vesical.

Presencia de otras anomalías del suelo pélvico

Cualquier anomalía del suelo pélvico (enterocele, rectocele, prolapso uterino) diagnosticada debe ser corregida adecuadamente a la vez que se realiza la cirugía para tratar la IUE. Cuando existe un cistocele asociado, la elevación quirúrgica del cuello vesical para corregir la IUE puede provocar una obstrucción uretral y aumento del cistocele, por lo que es esencial que la técnica elegida corrija el cistocele en el mismo tiempo quirúrgico de la suspensión uretrocervical.

Grado de prolapso pélvico

En muchos casos, la corrección del cistocele dará lugar a otros prolapsos que no habían sido objetivados en la exploración debido al enmascaramiento que producía el propio cistocele. El grado de prolapso viene dado por su relación con el introito vaginal.

Objetivos de la cirugía

El objetivo fundamental de la cirugía antincontinencia será “restablecer la continencia pérdida”; para lo cual debemos conseguir las siguientes modificaciones: (Tabla 3)

- Asegurar que la presión uretral exceda la vesical (en reposo y en esfuerzo). La presión uretral debe reducirse voluntariamente para vaciar la vejiga.
- Restablecer el segmento uretrovesical en el interior de la cavidad pelviana.
- Alargar la uretra.
- Restaurar el ángulo uretrovesical posterior.
- Prevenir la embudización del cuello vesical o su apertura, durante el esfuerzo.
- Reforzamiento del conjunto musculofascial (permite corregir el cistocele y otras anomalías del suelo pélvico).

Tabla 3. Objetivos de la cirugía

- Presión Uretral > Presión vesical.
- Restablecer el segmento uretrovesical en la cavidad pélvica.
- Alargar la uretra.
- Restaurar el ángulo uretrovesical posterior.
- Evitar embudización o apertura del cuello vesical en valsalva.
- Reforzamiento musculofascial del suelo pélvico.

Queremos finalizar este capítulo con la siguiente reflexión: «Ninguna de las técnicas diseñadas hasta la actualidad para corregir la IUE cumple todos y cada uno de los principios básicos expuestos». A ello se debe que existan una multitud de técnicas quirúrgicas que persigan corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Sea como fuere y en lo relacionado con la incontinencia urinaria femenina, los principios se han modificado discretamente y se han enriquecido con la teoría integral de la continencia. Aconsejamos al lector consultar el capítulo 34 de este Atlas, lo que sin duda le hará cambiar su línea de pensamiento, si aún no lo ha hecho.

En los siguientes capítulos se describirán las técnicas más importantes del pasado reciente y las técnicas actuales e introduciremos las tendencias de futuro, teniendo siempre en cuenta que el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo puede precisar de la colaboración de otros especialistas (ginecólogos, cirujanos proctólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas).

Bibliografía

1. Soler Rosello A, Vila J, Reig J. Incontinencia Urinaria Femenina. En: Jiménez JF, Rioja LA. Tratado de Urología. J.R. Prous Editores; 1993. pp. 1663-90.
2. Auvigne J. Cure de l'incontinence orthostatique d'urines de la femme. En: Encyclopédie Médico-chirurgicale. París, 1970, pp. 1-12.
3. Kelly HA, Dumm WM. Urine incontinence in women without manifest injury to the bladder. Surg Obstet Gynecol 1914; 18: 44.
4. Perrin E. Technique, indications et résultats de la cervico-cystopexie. Lyon Chir 1946; Mai-Jun 41(3): 270.
5. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. Correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. Surg Gynecol Obstet 1949; 88: 509.
6. Pereyra AJ. Simplified surgical procedure for the correction of stress urinary incontinence in women. West J Surg 1959; 67: 223.
7. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. Am J Obstet Gynecol 1961; 81: 281.
8. Pereyra AJ, Leberherz TB. The revised Pereyra procedure. En: Buchsbaum HJ, Schmidt JD. Gynecologic and obstetric urology. Philadelphia: WB Saunders Co; 1978.
9. Stamey TA. Cystoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. Surg Gynecol Obstet 1973; 136: 547.
10. Scott F B. Treatment of urinary incontinence by implantable prosthetic sphincter. Urology 1973; 1: 252.
11. Cobb DK, Radge H. Correction of female stress incontinence. J Urol 1978; 20: 418.
12. Ridley J H. Urethral suspension using the fascia lata sling. En: Slate WG. Disorders of the female urethra and urinary incontinence. Baltimore: Williams and Wilkins Co; 1978.
13. Raz S. Modified bladder neck suspension for female stress incontinence. Urology 1981; 17: 82.
14. Gittes RF, Loughlin KR. No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. J Urol 1987; 138: 568.
15. Raz S, Golomb J, Klutke C. Four corner bladder and urethral suspension for moderate cystocele. J Urol 1989; 142: 712.
16. Ramírez JC, Salinas J, Silmi A, Jiménez M, Blázquez J, Diego A, Gómez A, Corral J, Nacarino L. Técnica de colpouretrocervicopexia retropúbica simplificada en el tratamiento de la genuina incontinencia de esfuerzo femenina. Actas Urol Esp 1991; 15: 149.
17. Vancaille TG, Schuessler W. Laparoscopic bladder neck suspension. J Laparosc Surg 1991; 169 (1): 171.
18. Raz S, Siegel AL, Short JL y cols. Vaginal wall sling. J Urol 1989; 141: 43.
19. Raz S, Little NA, Juma S. Female Urology. En: Walsh, Retik, Stamey, Vaughan. Campbell Urología. Ed. Médica Panamericana; 1994; 2736-805.
20. Stanton SL. Tratamiento quirúrgico de la incompetencia del esfínter uretral. Clínicas Obst y Ginec 1990; 2: 337-48.
21. Allona A, Galmes I. Técnicas quirúrgicas utilizadas en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. En: Galmes I, Allona A, Fernández E. Cirugía uroginecológica. Tema monográfico del LXIV Congreso Nacional de Urología. Zaragoza; 1999, pp. 101-42.

