
Operación de Burch en tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo

Burch technique in treatment of effort urinary incontinence

Leonel Jaramillo Jaramillo *
Ana Lucía Pesántez Flores **
Walter Montenegro Pólit ***

Resumen

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la más frecuente de las incontinencias urinarias (IU); se define como pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal; están involucrados múltiples factores predisponentes que originan falla de soporte del suelo pélvico; puede o no asociarse a relajación pélvica.

Se realizó estudio retrospectivo en el servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del IESS; el universo lo constituyó 82 casos (Nov 1994-Abril 2000), cuya edad media fue de 47.8 años; 13 (15.86%) pacientes presentaron colpoperineorrafia previa. La técnica de Burch no presentó complicación operatoria; se retiró sondaje vesical a los 2 días promedio, colocándose nuevamente por retención urinaria, en 15 pacientes; esta es la complicación hospitalaria más frecuente, con esta técnica.

Alta médica fue dada a 63 (76.82%) pacientes, 17 (20.74%) no acudieron a ningún control o lo abandonaron y 2 continúan en consulta por recidiva.

Palabras claves: incontinencia urinaria de esfuerzo, operación de Burch, plicatura de Kelly

Summary

Effort urinary incontinence (EUI) is the most frequent variant of the UI. It's defined as the involuntary loss of urine for elevation of abdominal pressure; multiple predisponent factors are involved.

A retrospective study was done at the Gyn Service of Teodoro Maldonado Carbo Hospital.

The universe was 82 cases (Nov 94 – Apr 2000); the average age was 47.8 years; 13 patients (15.86%) showed previous colpoperineorraphy.

Burch technique didn't present any amplication; vesical probe was retired in 2 days (average), placing again in 15 patients with incontinence, being this the most frequent hospitalary complication.

Discharge was given to 63 patients (76.82%), 17 patients didn't go to any follow-up and 2 continue the visits for recidivances.

Introducción

La incontinencia urinaria fue definida por la Sociedad Internacional de Incontinencia (SIC) como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social y/o higiénico (6,7). Sus alcances epidemiológicos no han podido ser totalmente demostrados debido a que en su gran mayoría se encuentra subdiagnosticada, por diversos niveles de aceptación personal, originada por influencia racial, cultural y social.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente; corresponde al 60-70% en mujeres; la

SIC la define como pérdida involuntaria de orina originada por un aumento brusco de presión abdominal en ausencia de contracciones del detrusor, y se clasifica en: IUE por hipermotilidad uretral (falta de soporte del suelo pélvico) e IUE por disfunción uretral intrínseca. Suele asociarse con relajación pélvica; sin embargo no todo prolapso la presenta (cistocele en 40-50%) (4, 6, 7, 10).

Entre los factores predisponentes se encuentra la edad, paridad (raro en nulíparas), sobrecargas continuas: estreñimiento crónico, obesidad, tosedoras crónicas, esfuerzo laboral o deportivo (4-7, 10, 14).

El grado de incontinencia se evalúa según la clasificación de Ingelman Sundberg (Tabla I) (6); sin embargo la decisión final del tratamiento la realiza la paciente según como influye en su vida cotidiana.

Tabla I

CLASIFICACIÓN DE INGELMAN SUNDBERG	
GRADO	SINTOMAS
I (leve)	Sólo con severa tos, estornudo, levantar peso, o ejercicio extenuante.
II (moderada)	Con cualquier tos, risa, actividad diaria semejante a subirse a una silla, caminar y levantarse
III (severa)	Durante casi cualquier actividad en posición de pie.

Se han descrito múltiples tratamientos médicos y técnicas quirúrgicas, como ejercicios de Kegel, biofeedback, estrógenos, alfa agonistas, suspensión de cuello vesical, inyección periuretral, esfínter artificial, etc. (2, 3, 8, 10, 12, 13).

La diversidad de técnicas quirúrgicas, vaginales, abdominales y mixtas, nos indican la falta de un procedimiento ideal y los esfuerzos para mejorar resultados a corto y largo plazo, haciendo difícil la decisión de cual es la técnica adecuada.

Sin embargo la mayoría de médicos aún prefieren la colpoperineorrafia anterior, aunque la literatura mundial informa su alto porcentaje de recidivas (20-40%), por lo que los centros especializados han optado por desplazarla y dejar la plicatura de Kelly como técnica de corrección del prolapso y no de incontinencia; y la Operación de Burch (colposuspensión suprapúbica) como elección para IUE (1,2,9,13,14). La colposuspensión suprapúbica tiene sus indicaciones en:

IUE severa sin cistocele marcado

IUE sin descenso marcado del cuello vesical

Descenso aislado del cuello vesical sin cistocele

IUE recurrente

IUE tras histerectomía radical

Riesgo incrementado de recurrencia (10)

Materiales y métodos

Se realizó estudio retrospectivo en el período de Noviembre de 1994 a abril de 2000, en un universo de 82 pacientes, operadas por IUE con técnica de Burch. El diagnóstico de IUE se basó en historia clínica detallada, examen físico general y ginecológico, incluyendo maniobra de Valsalva y

de Marshall, examen de orina completo con urocultivo. Exámenes preoperatorios incluyen estudio bioquímico, hematológico, evaluación cardiovascular, ecografía transvaginal y otros según patología asociada.

Se evaluaron los protocolos operatorios con técnica de Burch, en la que se realiza disección de espacio de Retzius, suspensión parauretral al ligamento de Cooper con sutura no reabsorbible a cada lado, se anuda calculando adecuadamente la suspensión de cuello vesical (Figura I).

Figura I

A

A Disección espacio de Retzius *

B

B Suspensión parauretral al Ligamento de Cooper *

* Atlas de Cirugía Ginecológica, Hirsch, H., 5ª ed., Marbán Libros, Madrid-España, 510-512, 1997

Según el caso se deja drenaje suprapúbico cerrado; si se presenta patología quirúrgica asociada se realiza conjuntamente. Se da antibióticoterapia, se

retira sonda de Foley y se vigila diuresis hasta alta hospitalaria, se siguen controles en consulta externa.

Resultados

De 82 pacientes la edad media fue 47.8 años (33-74 años), de los cuales 30 (36.59%) presentaron antecedentes quirúrgicos ginecológicos: 13 (15.86%) colpoperineorrafia, (3 pacientes por 2 ocasiones), 3 (3.66%) histerectomía vaginal, 13 (25.86%) histerectomía abdominal, 1 (1.22%) miomectomía.

Antecedentes obstétricos: nulíparas 7% (n: 5), 1 a 3 partos 63% (n: 52), multíparas 30% (n:25). En 4 (4.8%) hubo asociación clínica de IUE con urgencia. En 6 pacientes (7%) fueron IUE sin prolapso, 3 (4%) con rectocele, 6 (7%) con cistocele, 10 (12%) prolapso total y 57 (70%) cistorrectocele.

Se realizó técnica de Burh sola en 23 pacientes 17% (n:19) con una media de tiempo quirúrgico de 60 min. y 76.83% (n:63) en asociación a otra cirugía abdominal o ginecológica, no se presentaron complicaciones en el acto quirúrgico.

El tiempo de retiro de sonda de Foley tuvo una media de 2 días, sin embargo a 15 (18.29%) pacientes se colocó nuevamente sondaje intermitente (n: 4) o a permanencia (n: 6) por retención urinaria, principal complicación intrahospitalaria (Figura II).

Figura II

El tiempo de estancia hospitalaria en pacientes sin complicaciones intrahospitalarias tuvo una media de 2 días, y con complicaciones 11.5 días. Durante los controles por consulta externa 43 (52.43%) no presentaron complicaciones y 39 (47.56%) ocurrió en algún momento antes del alta médica (Tabla. III). Así 11 (13.41%) no acudieron a ningún control, 6 (7.31%) abandonaron antes del alta (2 fueron recidivas), 2 (2.43%) continúan en control y 63 (76.82%) fueron dadas de alta médica.

Tabla III

COMPLICACIONES EN CONTROLES	
NINGUNA	39
DEFECTO DE CICATRIZACIÓN	2
RECIDIVAS	4
DISURIAS	8
URGENCIAS	6

Discusión

La IUE es una patología importante en la mujer, aunque es subestimada por no ser considerada como enfermedad y solo pesquisada cuando es un verdadero problema en la vida diaria de la paciente. En nuestro estudio se encontró una edad media de 47.8 años, similar al estudio de Roman y col (11, 12).

Existen múltiples alternativas quirúrgicas, siendo la más popular la plicatura de Kelly; en este estudio se utilizó en 13 (15.86%) pacientes.

La estadía hospitalaria fue determinada por la presencia o no de complicaciones, siendo la más frecuente la retención urinaria, resuelta antes del alta hospitalaria (excepción de 2 casos). Uno de los problemas más difíciles de enfrentar en el seguimiento de estas pacientes es el ausentismo a las consultas, razón por las que 17 de ellas no pudieron considerarse dadas de alta por no acudir a los controles o abandonarlos.

Si consideramos que en 67 pacientes se pudo establecer con claridad, durante los controles, su condición postquirúrgica de resolución de la IUE, podemos catalogar como exitoso en 63 (94.03%) y fracaso en 4 (5.97%) por presentar recidivas, de los cuales 2 continúan en control y dos lo abandonaron.

Por esto consideramos que la operación de Burch es una técnica efectiva que se puede asociar a otros tipos de cirugía si fuese necesario y que provoca pocas recidivas en comparación a la plicatura de Kelly, sin embargo sería importante realizar estudios comparativos y seguimiento a largo plazo en nuestra población.

Conclusiones y recomendaciones

La IUE es mucho más frecuente que la diagnosticada, por falta tanto de las pacientes como del médico en pesquisar sus síntomas, permitiendo la evolución natural, misma que podría ser prevenida con rehabilitación del suelo pélvico; por lo que la mayoría que llega a consulta presentan un grado de incontinencia cuya corrección es quirúrgica, elevando los costos hospitalarios.

Las Operaciones de Kelly y Burch son técnicas usadas en este servicio para su corrección, sabemos por investigaciones universales que la O. Burch es de elección y en este estudio ofrece buenos resultados, sin complicaciones operatorias permite realizar otro tipo de intervención quirúrgica, con frecuencia de curación de 94,03% (63) en pacientes seguidas por dos meses o más, y baja recidiva, 5.97% (4), sin embargo se debería hacer estudios comparativos entre las dos técnicas, así como seguimiento a 5 años para ofrecer mayores datos comprobatorios de su eficacia en nuestro medio.

Bibliografía

1. Alonzo J: Eficiencia a largo plazo de la Colposuspensión de Burch comparada con la operación de Pereyra modificada en el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo. *Ginecología y Obstetricia*, México 65:13-16, 1997
2. Copeland L: *Ginecología*. 1ª ed, Ed Panamericana, Buenos Aires 720 – 740, 1996
3. Bernard B: *Ginecología*. 2º ed, Ed Mosby Doyma Libros, Madrid, 330-336, 1994
4. Botero J: *Obstetricia y Ginecología*. 5º ed, Ed CIB, Medellín - Colombia 338-340, 1997
5. Duchin H: Ways to avoid iatrogenic urinary stress incontinence. *Contemporary OB/Gyn*, 23: 33-52, 1984
6. Gonzalez R: Evaluación del tratamiento de la Incontinencia de orina de esfuerzo mediante operaciones de Marshall-Marchetti-Krantz y de Burch. *Rev Chil Obstet Ginecol* 62 (3): 179-184, 1997
7. Grupo de incontinencia urinaria: Incontinencia urinaria femenina: definición y clasificación. Documentos de consenso de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sec. 41-97htm, 1-7, 1997
8. Grupo de incontinencia urinaria: Incontinencia urinaria femenina: Tratamiento. Documentos de consenso de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Sec. 43-97htm, 1-8, 1997
9. Grupo de incontinencia urinaria: Incontinencia urinaria femenina: Prevención. Toma de decisiones ante IU. Documentos de consenso de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Sec. 44-97htm, 1-7, 1997
10. Hirsch H: *Atlas de cirugía ginecológica*. 5º ed, Ed Marban libros, Madrid 499-537, 1997
11. Perez A: *Tratado de Ginecología*. 2º ed, Ed Mediterráneo, Santiago de Chile, 218-221, 1995
12. Ramos C: Uretrocervicopexia de Burch en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 4 (14): 256-259, 1996
13. Rock J: *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. 8º ed, Ed Panamericana, Buenos Aires - Argentina, 1113–1160, 1998
14. Usandizaga J: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 1ª ed, Ed McGraw Hill Interamericana, Madrid – España 272-276, 1998

Dra. Ana Lucía Pesántez Flores
Teléfono: 09-863385

