

Evaluación de los resultados de la cura de incontinencia urinaria por técnica de Burch y cabestrillos suburetrales sin tensión.

Marco López Tovar¹, Melissa Fermín², Sikiú Márquez³, Daniel Márquez⁴.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados positivos y negativos de la cirugía de incontinencia urinaria (IU) por técnica de colposuspensión de Burch y cabestrillos suburetrales sin tensión, tanto transobturatriz y tensión-free vaginal tape, independientemente de las distintas mallas y tipos de agujas existentes en el mercado.

Métodos: Se realizó un estudio no experimental, documental, retrospectivo, correlacional y longitudinal. La población estuvo constituida por la totalidad de pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, que acudieron a la consulta externa de cirugía General, Urología y Uroginecología del Hospital Dr. José Ignacio Baldó, entre enero 2002 y abril 2012. La muestra estuvo representada sólo por las pacientes que fueron sometidas a cura operatoria de IU por técnica de Burch o cabestrillos suburetrales sin tensión.

Resultados: La proporción estimada de evoluciones satisfactorias con el uso de la técnica colposuspensión Burch fue de 87,9 % y con el uso de cabestrillos suburetrales sin tensión fue 97,3 %. La proporción de complicaciones transoperatorias en el caso de la técnica colposuspensión Burch alcanzó la cifra de 3,0 % y en el caso de cabestrillos suburetrales sin tensión fue de 10,8 %. La proporción de complicaciones postoperatorias en el caso de la técnica colposuspensión Burch alcanzó 33,3 % y en el caso de cabestrillos suburetrales sin tensión fue de 37,8 %.

Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas quirúrgicas evaluadas en relación a proporción de evoluciones satisfactorias, complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, Colposuspensión Burch, Cabestrillos suburetrales.

SUMMARY

Objective: To assess the positive and negative outcomes of both transobturator (TOT) and tension-free vaginal tape (TVT), regardless of the different meshes and existing types of needles on the market.

Methods: A non-experimental, documentary, retrospective, correlational and longitudinal study was performed. The population was constituted by all patients diagnosed with stress urinary incontinence (SUI), who attended at General Surgery, Urology and Urogynaecology Service of the hospital Dr. Jose Ignacio Baldo, between January 2002 and April 2012. The sample was represented only by patients who underwent surgical cure of UI by Burch technique or tension-free suburethral slings.

Results: The estimated proportion of satisfactory developments with the use of the Burch colposuspension technique was of 87.9% and with the use of tension-free suburethral slings was of 97.3%. The transoperative complications in Burch colposuspension technique was 3, 0 % and in tension-free suburethral slings was of 10.8%. The postoperative complications in the case of Burch colposuspension technique reached 33.3% and in the case of tension-free suburethral slings was 37.8%.

Conclusions: No statistically significant differences were found between the two surgical techniques evaluated in relation to proportion of successful developments, transoperative and postoperative complications.

Keywords: Urinary incontinence, Burch Colposuspension, Suburethral Slings.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es la disfunción uroginecológica más frecuente en la mujer. Tomando en cuenta los criterios de la Sociedad Internacional de la Continencia, la prevalencia en la población general se sitúa entre el 20 % y el 30 %. En los últimos años la aparición de las técnicas con mallas libre de tensión

¹ Cirujano General – Mastólogo. Consulta Patología Mamaria, Servicio de Ginecología Hospital Universitario de Caracas. ² Especialista en Obstetricia y Ginecología. Perinatólogo. UNIFEM. ³ Especialista en Urología. Hospital Dr. José Ignacio Baldó. ⁴ Especialista en Obstetricia y Ginecología. Perinatólogo. Unidad de Perinatología, Hospital Universitario de Caracas. Trabajo presentado en el XXXII Congreso Venezolano de Cirugía – VI Congreso Internacional. Valencia, Estado Carabobo, Venezuela

para el tratamiento de la IU femenina, ha supuesto una auténtica revolución en el campo de la urología, por ser comparables en resultados al *gold standard* que hasta ahora había sido la técnica de Burch, pero con mayor sencillez técnica y menor morbilidad. Estas constituyen un conjunto de técnicas quirúrgicas destinadas a aumentar la resistencia mecánica de la uretra media por medio del pasaje de bandeletas de tejido en torno a la superficie ventral de esta (1).

Las técnicas con mallas de libres de tensión, como todo procedimiento quirúrgico, no están exentas de complicaciones; en el caso de la técnica que aborda el espacio retropúbico (TVT), la complicación más común es la perforación vesical, la cual puede ocurrir hasta en un 23 %, aumentando si la paciente fue intervenida previamente por incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). La retención urinaria y/o los síntomas obstructivos ocurren en el orden del 1 % al 20 %, según diferentes autores. (2 - 4). La literatura internacional describe al menos dos muertes asociadas a complicaciones vasculares con la técnica retropúbica (lesión de la vena ílfaca interna) (5).

La técnica de Burch es una de las que muestra mejores resultados a largo plazo en el tratamiento de la IUE, sin embargo, también presenta recidivas. El principio básico de la uretropexia de Burch es subir el cuello vesical a una posición intrabdominal retropúbica, permitiendo de esta manera que la presión intrabdominal se transmita en la misma magnitud sobre la vejiga y la uretra proximal, manteniendo un equilibrio de presiones que ayuda a la continencia. Si este principio no funciona adecuadamente después de una cirugía, deben considerarse soluciones quirúrgicas basadas en otros principios anatómicos y fisiológicos para una segunda intervención quirúrgica, como es la instalación de una cinta sub-uretral que actúe sobre la uretra media (6).

En 1996 se publicó por primera vez la aplicación de TVT y fue en 2001 cuando se ofreció la colocación de cinchas por vía trans obsturatriz (TOT), técnica desarrollada en Francia por Delorme, como una alternativa potencialmente segura. Varios estudios, desde entonces, han demostrado eficacia similar y menos complicaciones con esta última. Una ventaja de la vía transobturatriz es que ocupa una posición anatómica transversa más natural que la cincha transabdominal que posee una posición sagital. La selección de la técnica

dependerá de muchos factores, entre algunos destacan: del tipo de IU en relación a la presión de fuga, de la recidiva previa, cirugías pélvicas anteriores, entre otras (7, 8).

El presente trabajo se realizó con el objetivo de evaluar los resultados positivos y negativos de la cirugía de IU por técnica de colposuspensión de Burch y cabestrillos suburetrales sin tensión, tanto TOT y TVT, independientemente de las distintas mallas y tipos de agujas existentes en el mercado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, documental, retrospectivo, correlacional y longitudinal.

La población estuvo constituida por la totalidad de los pacientes con diagnóstico de IUE, que acudieron a la consulta externa de cirugía General, Urología y Uroginecología del Hospital Dr. José Ignacio Baldó, durante el período enero 2002 y abril 2012.

Se incluyó una muestra probabilística de 90 pacientes sometidas a cura operatoria de IU por técnica de Burch o cabestrillos suburetrales sin tensión, según los siguientes criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de IUE demostrado por estudio urodinámico o cistometría, independientemente de la existencia de comórbidos, edad y cirugías previas. Se excluyeron pacientes que ameritaron en el mismo tiempo quirúrgico corrección de IU con prolapso genital, pacientes con diagnóstico de IU mixta y pacientes con diagnóstico de urgencia miccional.

Se utilizó un instrumento de registro, el cual incluía datos de identificación de la paciente, diagnósticos, intervención quirúrgica realizada, fecha de la intervención, días de hospitalización, complicaciones intraoperatorias y complicaciones postquirúrgicas hasta 6 meses de la fecha de la cirugía.

Para el análisis de los resultados se utilizaron análisis de frecuencias y las tablas de contingencia y las prueba Z de significación para el contraste de hipótesis. Para todas las pruebas se fija el nivel de significación $p = 0,05$.

Una vez recopilados los datos, se procedió a su validación tomando en cuenta la asistencia de las

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CURA DE INCONTINENCIA URINARIA POR TÉCNICA DE BURCH Y CABESTRILLOS SUBURETRALES SIN TENSIÓN.

pacientes al seguimiento médico a los seis meses de realizada la intervención quirúrgica, encontrando que 70 pacientes (77,8 %) acudieron al correspondiente control médico; 4 pacientes (4,4 %) no acudieron al mismo; 4 pacientes (4,4 %) tuvieron un seguimiento incompleto y en 12 casos (13,3 %) no se encontraron registros del mismo en la historia médica. Es por ello que el tamaño de la muestra que originalmente constaba de 90 pacientes, quedó reducida a 70 pacientes de las cuales 33 fueron sometidas a colposuspensión Burch y proceden del Servicio de Cirugía General y los 37 restantes fueron sometidas a la técnica con cabestrillos suburetrales sin tensión y proceden de los servicios de Urología y Uroginecología.

Tomando en cuenta que el tamaño de muestra original fue calculado para estimar las proporciones poblacionales de éxitos en cada tipo de cirugía, con un error máximo admisible de estimación de $\pm 5\%$ y un coeficiente de confianza del 95 %, la pérdida de datos incrementa dichos errores de estimación a $\pm 5,35\%$ en el caso de colposuspensión Burch y a $\pm 8,34\%$ en el caso de cabestrillos suburetrales sin tensión, manteniendo el coeficiente de confianza del 95 %.

RESULTADOS

Al evaluar la evolución de las curas de incontinencia urinaria a los seis meses posteriores a la intervención, se encontró que la proporción de evoluciones satisfactorias en los casos en que se utilizaron cabestrillos suburetrales sin tensión fue de 97,3 % mientras que en los casos en los que se utilizó la técnica de colposuspensión Burch la proporción fue de 87,9 % (Tabla 1).

Tabla 1
Evolución del paciente a los seis meses de realizada la intervención por técnica quirúrgica.

Evolución	Tipo de cirugía					
	Cabestrillos suburetrales sin tensión		Colpo-suspensión de Burch		Total	
	n	%	n	%	n	%
Satisfactoria	36	97,3	29	87,9	65	92,9
Insatisfactoria	1	2,7	4	12,12	5	7,1

Z= 1,50

Probabilidad de ocurrencia= 0,93

Con relación a las complicaciones surgidas durante el tratamiento, se encontró que 46 % de las pacientes sometidas a la técnica de cabestrillos suburetrales sin tensión presentaron algún tipo de complicación (transoperatoria, postoperatoria o ambas) y el 33,3 % de las pacientes sometidas a la técnica colposuspensión Burch también presentaron complicaciones de algún tipo. Las complicaciones transoperatorias se presentaron en 10,8 % de las pacientes en quienes se utilizaron cabestrillos suburetrales sin tensión (una de estas pacientes presentó además complicación postoperatoria) y en 3,0 % de las pacientes en las que se empleó la técnica colposuspensión Burch (unas paciente con complicación trans y postoperatoria), dichas complicaciones comprenden cinco lesiones incidentales de vejiga, una asociada a la técnica colposuspensión Burch y cuatro a cabestrillos suburetrales sin tensión. En cuanto a la proporción de complicaciones postoperatorias por tipo de cirugía, en el caso de cabestrillos suburetrales sin tensión se presentaron en 37,8 % de las pacientes (una paciente presentó complicación trans y postoperatoria) y en la técnica colposuspensión Burch se presentaron en 33,3 % de las pacientes (Tabla 2).

Tabla 2
Tipo de complicaciones por técnica quirúrgica,

Evolución	Tipo de cirugía					
	Cabestrillos suburetrales sin tensión		Colpo-suspensión de Burch		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin complicaciones	20	54,1	22	66,7	42	60
Con complicaciones	17	46	11	33,3	28	40
Transoperatoria	3	8,1	0	-	3	4,3
Postoperatoria	13	35,1	10	30,3	23	32,9
Ambas	1	2,7	1	3,0	2	2,9

Las complicaciones postoperatorias que se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes tratadas con cabestrillos suburetrales sin tensión fueron infección urinaria, 6 casos (5 en el postoperatorio mediato (POM) y 1 en el postoperatorio tardío (POT)) y retención aguda de orina, 3 casos (2 en el POM y 1 en el POT),

mientras que en las pacientes tratadas con la técnica colposuspensión de Burch las complicaciones más frecuentes fueron incontinencia urinaria recidivada, 4 casos (POT), infección urinaria, 3 casos (POM), y dolor pélvico, 2 casos (POT) (Tabla 3).

Tabla 3
Tipo de complicaciones postoperatorias
por tipo de cirugía

Evolución	Tipo de cirugía		Total n
	Cabestrillos suburetrales sin tensión n	Colpo-suspensión de Burch n	
Postoperatorio inmediato			
Dolor pélvico	1	0	1
Retención aguda de orina/POM sobrecorrección	0	1	1
Postoperatorio mediato			
Dolor pélvico	1	0	1
Infección urinaria	5	3	8
Retención aguda de orina	2	0	2
Postoperatorio tardío			
Dolor hemicadera derecha	1	0	1
Dolor pélvico	1	2	3
Hematoma abscedado del espacio de Retzius	0	1	1
Incontinencia urinaria recidivada	1	4	5
Infección urinaria	1	0	1
Retención aguda de orina	1	0	1

DISCUSIÓN

Con relación a su eficacia, los resultados no apoyan la hipótesis de que la técnica con cabestrillos suburetrales

sin tensión es superior a la técnica de colposuspensión de Burch. Estos resultados son consistentes con los reportados por Weber y col. (9), y los reportados por Sand y col. (10), ambos en el año 2000, quienes no encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas. Sin embargo, difieren a los resultados reportados por Novara y col. (11), en 2007, quienes señalan que el procedimiento TVT supera a la colposuspensión de Burch.

En la presente investigación, la proporción estimada de evoluciones satisfactorias con el uso de la técnica cabestrillos suburetrales sin tensión fue de 97,3 % y con la técnica colposuspensión Burch fue de 87,9 %. Estos porcentajes de éxito son superiores a los reportados por El-Barky y cols. (12), en 2005, quienes indican 72 % de éxito tanto para Burch como para cabestrillos y Luna y cols. (13), en 2010, quienes reportan 85 % de éxito con la técnica de cabestrillos y 80 % con la técnica de Burch.

La incidencia global de complicaciones intraoperatorias y complicaciones postoperatorias es difícil de determinar. Los cabestrillos suburetrales y en mayor porcentaje los TVT presentan un mayor porcentaje de perforación vesical que, sobre todo, se incrementa si existen cirugías previas. Por el contrario, los TVT presentan una reducción significativa en cuanto a la cantidad de sangrados intraoperatorios, mientras que la colposuspensión exige una amplia disección del espacio de Retzius y vesicovaginal. Según Díaz-Munío y col. (14), en el TVT *European Experts Meeting* (Cannes 19 y 20 de abril de 2001) se reportaron las siguientes complicaciones como las más frecuentes: hematoma retropúbico 1 %, perforación vesical entre 4 % y 9 %, retención urinaria 5 % a 14 %, así como incontinencia de esfuerzo de novo.

Sand y col. (10), en el estudio descrito anteriormente, donde incluyeron 36 pacientes para comparar ambos procedimientos, registraron complicaciones intraoperatorias como lesión incidental de vejiga en un paciente sometido a un procedimiento de Burch. Dell Oro y col. (15), determinaron una tasa de complicaciones del 10,9 %; complicaciones intraoperatorias como perforaciones vesicales y hemorragia. Las complicaciones del postoperatorio fueron un hematoma paravesical, dolor retropúbico severo, celulitis del

sitio de inserción de la aguja; se diagnosticó uropatía obstructiva baja en 10 casos, infecciones urinarias a repetición, incontinencia urinaria de esfuerzo de novo a grandes esfuerzos (fue una complicación poco frecuente) y la exposición de la malla en mucosa vaginal.

En la presente investigación se registraron complicaciones transoperatorias como lesión incidental de vejiga en ambos procedimientos, siendo más frecuente en los cabestrillos suburetrales, donde se presentaron 4 casos (10,8 %) en comparación con un caso (3,0 %) asociado con la técnica colposuspensión Burch. No se encontraron diferencias significativas entre las dos proporciones.

Entre las complicaciones postoperatorias se encontró dolor pélvico registrado en todos los procedimientos, variando su aparición. En las pacientes sometidas a corrección con cabestrillos suburetrales se presentó en tres pacientes, una durante el postoperatorio inmediato, otra paciente durante el mediato y otra en el tardío. Esta complicación se registró solo en dos pacientes con Burch en el postoperatorio tardío.

Así mismo las infecciones urinarias fueron más frecuentes durante el postoperatorio mediato en las pacientes sometidas a corrección con cinchas libres de tensión, 5 para este caso, en relación a 3 pacientes sometidas a Burch y durante el postoperatorio tardío en una paciente con cabestrillo.

La retención aguda de orina se registró en ambos procedimientos, en pacientes con cabestrillos hubo dos casos durante el postoperatorio mediato y uno en el tardío y un caso en el postoperatorio mediato en cirugía de Burch. Otra complicación fue el hematoma abscedado en el espacio de Retzius en un paciente con Burch. Fue más frecuente la incontinencia urinaria de novo en las pacientes sometidas a la técnica de Burch, un total de 4 casos. La proporción de complicaciones postoperatorias en el caso de la técnica colposuspensión Burch alcanzó la cifra de 33,3 % y en el caso de cabestrillos suburetrales sin tensión fue de 37,8 %.

Como conclusión se establece que en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas quirúrgicas. Se puede concluir que tanto la técnica de los cabestrillos

suburetrales sin tensión como la tradicional y *gold standard* técnica de Burch son procedimientos seguros, con resultados postoperatorios satisfactorios e igual tasa de complicaciones. El cirujano, al elegir la técnica a emplear, no solo debe estar familiarizado con ella, también debe evaluar costo beneficios.

REFERENCIAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo de estudio del Suelo Pelviano. Madrid: Incontinencia urinaria. Documentos de consenso SEGO. [Actualización del documento de consenso sobre incontinencia urinaria en la mujer, 2005. Revisado 2016]. Disponible en <http://www.sego.es/Content/pdf/incontinenciaurinaria.pdf>
2. Chasagne S, Bernier P, Haab F, Roehrborn CG, Reisch J, Zimmern P. Proposed cutoff values to define bladder outlet obstruction in women. *Urology*. 1998; 51 (3): 408 – 411
3. Wang A, Chen MC. Randomized comparison of local versus epidural anesthesia for tension-free vaginal tape operation. *J. Urol*. 2001; 165 (4): 1177 – 1180.
4. Briozzo L, Vidiella G, Curbelo F, Craviotto F, Massena B, Varela R, et al. Transvaginal Obturatriz Tape (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *Rev Med Urug*. 2005; 21 (2): 130–140.
5. Kuuva N, Nilsson CG. A nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002; 81 (1): 72 - 77.
6. Salazar A, Acuña A, Salas G, Herrera S, Herrera L, Schwarze E, et al. Resultados del Tensión Free Vaginal Tape (TVT) en el manejo quirúrgico de las recidivas post cirugía de Burch. *Rev Chil Urol*. 2008; 73 (4): 298 – 301.
7. Delorme E. Transobturador urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol*. 2001; 11 (6): 1306 – 1313.
8. deTayrac R, Deffieux X, Droupy S, Chauveaud-Lambling A, Calvanèse-Benamour L, Fernandez H. A prospective randomized trial comparing tension-free vaginal tape and transobturador suburethral tape for surgical treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190 (3): 602 - 608.
9. Weber AM, De Walters M. Burch procedure compared with sling for stress urinary incontinence: a decision analysis. *Obstet Gynecol*. 2000; 96 (6): 867 - 873.
10. Sand PK, Winkler H, Blackhurst DW, Culligan PJ. A prospective randomized study comparing modified Burch retropubic urethropexy and suburethral sling for treatment of genuine stress incontinence with low-pressure urethra. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182 (1): 30 – 34.
11. Novara G, Ficarra V, Boscolo-Berto R, Secco S,

- Cavalleri S, Artibani W. Tension-free midurethral slings in the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of effectiveness. *Eur Urol.* 2007; 52 (3), 663 - 678.
12. El-Barky E, El-Shazly A, El-Wahab OA, Kehinde EO, Al-Hunayan A, Al-Awadi KA. Tension free vaginal tape versus Burch colposuspension for treatment of female stress urinary incontinence. *Int urol nephrol.* 2005; 37 (2): 277 - 281.
 13. Luna-Rivera M, Saldívar-Rodríguez D, Vidal-Gutiérrez O, Garza-Leal J, Guerrero-González G, Gómez-Juárez H. Evaluación de resultados a dos y cinco años en técnicas antiincontinencia urinaria de Burch y cabestrillos suburetrales sin tensión. *Medicina Universitaria* 2010;12 (49): 209 - 212.
 14. Díaz-Munío JM, Guardia L, Guevara LM, Herrazti JM, Landín C. Resultados de 75 casos tratados con una nueva técnica quirúrgica para la incontinencia urinaria de esfuerzo. TVT (Tension-Free Vaginal Tape). *Gac Med Bilbao.* 2004; 101 (2): 45-48.
 15. Dell'Oro A, Pinochet R, Braun H, Cabello JM. Complicaciones en cirugía de corrección de incontinencia de esfuerzo (TVT-TOT), diagnóstico y manejo. *Rev chil urol.* 2005; 70 (4): 226 - 230.

PARTO POR CESÁREA A SOLICITUD MATERNA

Traducido y resumido por Mireya González Blanco

En el año 2013, *The American College of Obstetrician and Gynecologists* (ACOG), presenta una interesante revisión sobre el parto por cesárea a solicitud materna (1). El tema cobra vital importancia en momentos en los que se busca la reducción de la frecuencia de la cesárea, la cual está muy por encima del 10 % a 15 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (2). Por esa razón, se consideró pertinente presentar el resumen de esta revisión. El parto por cesárea a solicitud materna es definido como una cesárea antes del inicio del trabajo de parto, por solicitud de la madre, en ausencia de cualquier indicación materna o fetal. La frecuencia de cesárea por solicitud materna no se conoce realmente, pero se estima que aproximadamente 2,5 % de todos los nacimientos en Estados Unidos son por cesárea a solicitud materna. Se realizó una revisión sistemática de 1406 artículos publicados para evaluar la pertinencia de los estudios existentes sobre parto por cesárea a petición materna y la calidad de la evidencia. El panel concluyó que la información disponible comparando los riesgos y beneficios de la cesárea a petición materna con el parto vaginal planificado, no proporciona una buena base para establecer una recomendación para uno u otro modo de parto. El grupo identificó la mejor información disponible sobre los riesgos a corto y a largo plazo y los beneficios de la cesárea a petición materna y del parto vaginal planificado (incluyendo las mujeres que paren vía vaginal y aquellas que requieren cesárea durante el trabajo de parto), para la madre y su hijo.

Según el documento referido (1), los beneficios potenciales a corto plazo del parto vaginal planificado en comparación con la cesárea planificada incluyen una estancia hospitalaria más corta, menores tasas de infección, menos complicaciones anestésicas y mayores tasas de iniciación de la lactancia materna. Los beneficios maternos a corto plazo del parto por cesárea electiva en comparación con el parto planificado, incluyen una disminución del riesgo de hemorragia postparto y transfusión, menos complicaciones quirúrgicas y una disminución de la incontinencia urinaria durante el primer año después del parto. El beneficio de la cesárea planificada puede ser atenuado por la edad materna avanzada y el índice de masa corporal.

Continúa en pag. 40