

Trabajo Original

Caracterización de pacientes con antecedente de colposuspensión de Burch que consultan en uroginecología.

Characterization of patients with a background of Burch colposuspension consulting in urogynecology.

Christhian Rivera¹, Verónica Díaz ³, Paula Espinoza ⁴, Javier Pizarro-Berdichevsky².

¹ Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

² Centro Innovación de Piso Pélvico, Hospital Sótero del Río /Departamento Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile

³ Médico Cirujano Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente

⁴ Interna Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia: Christhian Rivera, carivera8@uc.cl.

RESUMEN

Introducción y objetivos: La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es una patología muy frecuente. El tratamiento estándar corresponde al uso de cintas medio uretrales. Dentro de las técnicas quirúrgicas clásicas se encuentra la colposuspensión de Burch (CSB), poco frecuente en la actualidad. El objetivo de este estudio es describir las características de las pacientes con antecedentes de una CSB que consultan en la unidad de Uroginecología.

Métodos: Revisión tipo transversal de los datos ingresados a la unidad de Uroginecología del Hospital Dr. Sótero Del Río desde 2007 al 2019. Análisis descriptivo de los antecedentes de las pacientes con antecedente de CSB.

RESULTADOS: Durante el periodo analizado, 63 pacientes presentaban antecedentes de CSB. La edad promedio fue 68 años, 88% eran post menopáusicas, 60% fueron sometidas a histerectomía y 24% a cirugías por prolapso (POP). La paridad promedio fue 3 hijos, 15% tuvieron al menos un parto por fórceps. Un 51% consultó por IOE, 54% por vejiga hiperactiva (VH) y 56% por sensación de bulto o peso. El 38% consultó por incontinencia de orina mixta, 37% por IOE + POP y 41% por VH + POP. 22% fueron reoperadas, 16% por medio de TVT y 6% por TOT.

Conclusiones: El antecedente de CSB es infrecuente en nuestra población. Similar a lo descrito en la literatura, más de un 50% de las pacientes consultó por síntomas de recurrencia y por complicaciones como POP y VH. Próximos estudios deberían evaluar si el antecedente de CSB es un factor de riesgo de complicaciones quirúrgicas o recurrencia.

Palabras claves: Colposuspensión, Burch, Uroginecología, Incontinencia, urinaria.

ABSTRACT

Introduction and objectives: Stress urinary incontinence (SUI) is a common pathology. The standard treatment corresponds to the mid urethral slings. Among the classic surgical techniques is Burch colposuspension (CSB), currently rare. The objective of this study is to describe the characteristics of the patients with a previous history of CSB who consult in the Urogynecology unit.

Methods: Cross sectional review of the data of all the patients admitted to the Urogynecology unit of the Dr. Sótero Del Río Hospital from 2007 to 2019. Descriptive analysis of the antecedents of the patients with a history of CSB.

Results: During the analyzed period, 63 patients had a history of CSB. The average age was 68 years. 88% were postmenopausal, 60% underwent hysterectomy, and 24% underwent prolapse (POP) surgery. The average parity was 3, 15% had at least one forceps delivery. 51% consulted for SUI, 54% for overactive bladder (OAB) and 56% for sensation of lump or weight. 38% consulted for mixed urine incontinence, 37% for SUI + POP and 41% for OAB + POP. 22% were reoperated, 16% through TVT and 6% through TOT.

Conclusion: The history of CSB is infrequent in our population. Similar to that described in the literature, more than 50% of the patients consulted for recurrence symptoms and complications such as POP and OAB. Future studies should assess whether a history of CSB is a risk factor for surgical complications or recurrence.

Keywords: Colposuspension, Burch, Urogynecology, Incontinence, urinary.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina de esfuerzos (IOE) es una patología muy frecuente cuando se pesquisa dirigidamente y afecta al 25-45% de las mujeres^{1,2,3}. El mecanismo intrínseco del cierre uretral depende del esfínter uretral interno y externo. A su vez, este mecanismo depende indirectamente de la integridad de todo el piso pélvico. Extensos estudios fisiológicos revelan que en casos de IOE, este mecanismo está absolutamente intacto, pero su eficiencia se ve afectada debido a la debilidad de su soporte y el exceso concomitante de movilidad, posición anormal, o ambos⁴.

Existen numerosas opciones de tratamiento disponibles para pacientes con IOE. La primera línea corresponde a terapias conservadoras, como ejercicios de piso pélvico, cambios de estilo de vida y bajar de peso. Sin embargo, si esto falla, la cirugía se convierte en la base del tratamiento^{2,3,5,6}.

Los objetivos de la cirugía de IOE se han definido ampliamente como el ajuste de la fascia pubocervical, la elevación del cuello de la vejiga, el aumento de resistencia uretral y el aumento de longitud funcional uretral⁶. El tratamiento estándar en la actualidad corresponde a las cintas medio uretrales (TVT o

TOT). Este tratamiento comparado con técnicas clásicas, como la Colposuspensión de Burch (CSB) o sling puvovaginales, es mínimamente invasivo ya que requieren de un menor tiempo operatorio, y pueden ser realizado de forma ambulatoria. Esto se traduce en menor tasa de complicaciones al corto, mediano y largo plazo^{2,7,8}.

Dentro de técnicas quirúrgicas clásicas se encuentra la colposuspensión de Burch, técnica poco frecuente en la actualidad, descrita por primera vez en 1961 por John Christopher Burch⁹, profesor de ginecología de la Universidad de Vanderbilt. La técnica original se realiza mediante incisión vertical, abriendo el espacio de Retzius hasta el ligamento de Cooper. Se emplean tres pares de suturas con catgut crómico 2-0, con las que se atraviesan la fascia paravaginal y la pared vaginal, evitando la mucosa, y luego se ancla al ligamento de Cooper o ileopectíneo^{9,10}. El principio básico de la CSB es subir el cuello vesical a una posición intraabdominal retropúbica, permitiendo de esta manera que la presión intraabdominal se transmita en la misma magnitud sobre la vejiga y la uretra proximal, manteniendo un equilibrio de presiones que ayuda a la continencia¹¹.

En 1976 Emil Tanagho⁴ propone una variante de la técnica de Burch. Para acceder al espacio de Retzius, modifica la incisión vertical original por una incisión suprapúbica transversa o de línea media. Luego, tras identificar la cara anterolateral de la vagina, se procede a disecar la grasa superpuesta y así permitir el anclaje adecuado de la sutura^{4,10}. Tanagho propone cambiar la ubicación de las suturas de Burch, debido a la erosión de la musculatura esfinteriana que ocasionaban las suturas muy cerca de la uretra. Determina que se deben colocar 2 pares de suturas de ácido poliglicólico 1-0: el primer par se ubica 2 cm por fuera de la uretra media, y el segundo par a 2 cm por fuera del cuello vesical. Posteriormente estas suturas atraviesan el ligamento de Cooper y se atan de manera secuencial^{4,10}.

Hasta hoy la operación de Burch, con la modificación de Tanagho, se considera la cirugía de referencia al comparar su eficacia con las nuevas técnicas¹⁰. Cabe destacar que hoy en día también se puede realizar vía laparoscópica, con tasa de éxito similares al abordaje clásico abierto^{10,12,13}.

Ciertas condiciones preoperatorias pueden afectar la tasa de éxito quirúrgico, como son la presencia de detrusor hiperactivo, cirugía previa del cuello de la vejiga, peso preoperatorio superior a 80 kg, y la pérdida de sangre intraoperatoria superior a 1000 ml^{10,14,15}. En la mayor parte de los estudios de seguimiento a largo plazo, de 10 a 20 años post procedimiento, se ha reportado una tasa de éxito de 69% a 90%, con recurrencia a 5 años de 20-40%. Las recurrencias de IOE luego de 20 años son raras. Debido a lo anterior, es necesario establecer un período de seguimiento de al menos 5 a 10 años^{10,14}.

Dada la técnica quirúrgica, las pacientes sometidas a CSB pueden presentar hasta 42% de complicaciones^{10,16}. Entre ellas se incluyen: retención urinaria (hallazgo inmediato o mediato), hiperactividad del músculo detrusor, lesión vesical o uretral, infección del tracto urinario, hemorragia y dolor. Pueden haber otras más serias como tromboembolismo venoso o fístula vesicovaginal, sin embargo son raras^{10,14,17}. La secuela tardía más frecuente es el prolapso de pared posterior (rectocele o enterocele), con incidencia del 2 al 13% a 5 años, debido a que esta técnica no repara procesos vaginales distintos al cistocele^{16,17,18}.

Uno de los grandes desafíos quirúrgicos que deben enfrentar los uroginecólogos en pacientes con CSB recidivada es la inmovilidad uretral secundaria a la técnica quirúrgica. Esto se debe a que muchas veces se aplica un exceso de tensión a las suturas, lo que genera una importante tracción uretral. Dado que la suspensión se realiza lateralmente, hay menor posibilidad de producir una obstrucción uretral franca, por lo que la paciente puede permanecer asintomática por mucho tiempo, reflejándose en algunas series hasta 35 años¹⁸. Esto generará fibrosis de la uretra, siendo necesaria la disección y liberación de los tejidos fibróticos periuretrales al momento de la reintervención quirúrgica¹⁸. Por lo tanto, estas pacientes presentan importante un desafío diagnóstico y terapéutico para las unidades de uroginecología.

El centro de innovación de piso pélvico (CIPP) de nuestro hospital cuenta con una base de datos recolectada en forma prospectiva desde el año 2007. Actualmente cuenta con más de 4600 pacientes. Esta base de datos tiene campos estandarizados de antecedentes quirúrgicos donde se registra, entre otros, el antecedente de CSB. Esto permite identificar pacientes con este antecedente, el cual suponemos es infrecuente.

El objetivo de este estudio es describir las características de las pacientes con antecedentes de una CSB que consultan en la unidad de Uroginecología del Hospital Dr. Sótero del Río.

MÉTODOS

Tras consultar al comité de ética institucional y recibir su aprobación, se realizó una revisión de la base de datos tipo transversal de todas las pacientes ingresadas al CIPP del Hospital Dr. Sótero Del Río desde 2007 a septiembre 2019. Se identificaron las pacientes con antecedente de CSB (63 pacientes), realizadas tanto en nuestro hospital como con antecedente en el extrasistema, sin criterios de exclusión. Se analizaron variables socio-demográficas, presentación clínica, además se analizaron las cirugías realizadas por nuestra unidad con posterioridad al ingreso, en caso que esto hubiera ocurrido. Los resultados se presentan como promedio \pm desviación estándar o N (porcentaje).

RESULTADOS

Al momento del análisis, la base de datos contaba con 4.633 pacientes uroginecológicas, de las cuales 63(1,4%) fueron identificadas con antecedente de CSB, cirugía que fue realizada en promedio 12 años previo al ingreso a nuestro centro. Con respecto este grupo de pacientes, el promedio de edad fue 67 ± 9 años. Al analizar la morbilidad médica, 38(60%) tenía antecedente de Hipertensión Arterial, 15(24%) de Diabetes Mellitus y 15(23%) eran tabáquicas (Tabla 1).

De los antecedentes gineco-obstétricos de pacientes con antecedente de CSB previo, destaca que 55(88%) eran post menopáusicas. 38(60%) fueron sometidas a una histerectomía y 15(24%) a cirugías por prolapso. La paridad promedio fue 3 ± 2 hijos, donde 9(15%) de estas pacientes tuvieron por lo menos un parto por fórceps. El peso promedio del RN de mayor peso fue de 3840 ± 1366 g.

Dentro de los distintos motivos de consulta inicial de nuestras pacientes, 32(51%) de éstas consultaron por IOE, 34(54%) por síndrome de vejiga hiperactiva (VH) y 35(56%) por sensación de bulto o peso vaginal. Además, 24(38%) de las pacientes consulta por incontinencia de orina mixta (IOM), 23(37%) por IOE + Prolapso de órganos pélvicos (POP) y 26(41%) por VH + POP (Tabla 2).

Del total las pacientes con antecedente de CSB, 14(22%) fueron reoperadas por recurrencia de IOE, de las cuales 10(16%) fue por medio de TVT y 4(6%) por TOT. En 10(16%) de estas pacientes hubo además una cirugía de prolapso asociada. De las 4 sometidas a TOT, en 1(25%) se realizó plastía anterior, en 1(25%) plastía posterior, y en 1(25%) se realizó una colpocleisis. De las 10 pacientes sometidas a TVT, en 3(30%) se realizó una plastía anterior, en 3(30%) una plastía posterior, y en 1(10%), una sacrocolpexia abierta. En 1(10%) de las pacientes operadas por TVT ocurrió una perforación vesical durante el procedimiento, que evolucionó posteriormente sin complicaciones. No hubo complicaciones intraoperatorias en ninguna de las otras 13 reintervenciones. Al seguimiento, se evidencia que en 2(14%) de las pacientes reoperadas existe alguna complicación posterior. En 1(50%) de éstas, operada por TOT y plastía posterior, se formó un hematoma de cúpula infectado, que fue drenado; y

en 1(50%), operada por TVT y plastía posterior, hubo sinequias vaginales y síntomas de urgencia miccional, tratada con oxibutinina de forma satisfactoria.

Al seguimiento posterior de las 14 pacientes reoperadas, hubo 1(7%) paciente, la misma que presentó urgencia miccional tratada con oxibutinina, que refiere no estar satisfecha con la cirugía. 8(57%) refieren una mejoría de su calidad de vida, y 5(36%) de las pacientes (4 TVT y 1 TOT) no pudieron ser contactadas para evaluar su satisfacción posterior a la cirugía. Por último, 1(25%) de las 4 pacientes operadas por TOT, la cual se asoció una plastía anterior, presentó recidiva de IOE. De las pacientes operadas por TVT, ninguna reportó nuevas recidivas.

DISCUSIÓN

A pesar de que la técnica de Burch se usó por muchos años en nuestro país para el manejo quirúrgico definitivo de la IOE, el antecedente de CSB es infrecuente en nuestra población actual, pudiéndose observar que solo 63(1,4%) de las pacientes que consultan en nuestro centro presentan este antecedente. Al analizar los Factores de riesgo de IOE más frecuentes reportados por la literatura internacional encontramos: edad avanzada, obesidad, EPOC, menopausia, multiparidad y parto vaginal. En nuestra serie se mantiene esta constante.

Similar a lo descrito en la literatura, más de un 50% de nuestras pacientes consultaron por recurrencia de algún síntoma previo a la CSB. 32(51%) pacientes presentaban IOE y 35(56%) sensación de bulto o peso vaginal. Sin embargo, es necesario determinar el tiempo transcurrido entre el procedimiento y la recurrencia, ya que series internacionales reportan una tasa entre un 20 a 40% de recurrencia a 5 años, siendo estas raras a 20 años. Además, 34(54%) consulta por VH, una complicación descrita de la CSB, sin embargo sería importante evaluar si la VH corresponde a síntomas secundarios a obstrucción uretral por la técnica quirúrgica de la CSB, daño nervioso por disección excesiva, cambios del soporte uretral que acodan el cuello vesical o simplemente VH de novo. La secuela tardía más frecuente de la CSB es el prolapso pared posterior (rectocele o enterocele), con incidencia del 2 al 13% a 5 años. En nuestra serie se evidencia que 23(37%) pacientes consultan por IOE + POP y 26(41%) por VH + POP.

Por último, del total las pacientes con antecedente de CSB (63 pacientes), 14(22%) fueron reoperadas por recurrencias, realizándose TVT a 10(16%) de éstas y TOT a 4(6%). Dado que corresponden a recurrencias de IOE, actualmente lo indicado sería realizar un TVT. Existe suficiente evidencia que muestra que TVT es superior a TOT, sobre todo en recurrencias. Sin embargo, por motivos históricos, nuestro equipo no contaba con acceso a cistoscopia intraoperatoria al inicio de esta serie, por lo que sólo se realizaban TOT. Esto bajo el supuesto que en cintas transobturadoras la cistoscopia podría no realizarse. Hoy sabemos que incluso en esos casos es recomendado realizar cistoscopia, ya que el riesgo de perforación vesical no es cero.

Tal como se evidencia en los resultados, solo 1(10%) de las 10 paciente operada con TVT, presentó una complicación durante la cirugía correspondiente a una perforación vesical, sin complicaciones posteriores a ésta. Al seguimiento, 1(25%) paciente operada por TOT presentó recidiva de IOE, no así las pacientes operadas por TVT.

Actualmente la CSB no es el procedimiento que se utiliza como primera línea de tratamiento en la IOE en nuestro centro, ya que las nuevas técnicas mínimamente invasivas han demostrado tener tasas de éxito similar, pero con menos morbilidad perioperatoria y menor estancia hospitalaria. Debido a esto, no hemos encontrado estudios recientes que describan las características de las pacientes sometidas a esta cirugía.

Esta revisión es un aporte para el manejo futuro de estas pacientes, ya que es relevante conocer las características y los desafíos que implica una paciente con CSB recidivada, debido a que muchas de ellas presentarán nuevos síntomas de piso pélvico que consultarán en nuestras unidades de uroginecología.

Dentro de las debilidades de nuestra serie está el tamaño muestral, siendo aún un valor pequeño para poder llegar a grandes conclusiones. Considerando, que es una revisión de base de datos, no había un protocolo establecido en cómo manejar este tipo de pacientes, variando esto según el médico que trató a la paciente.

Es importante señalar que esta población representa un gran desafío tanto diagnóstico y como terapéutico. Sin embargo, aun queda pendiente

realizar próximos estudios que evalúen el método más adecuado en caso de reintervención de CSB, además de seguimientos a largo plazo de estas pacientes.

CONCLUSIONES

El antecedente de CSB es infrecuente en nuestra población actual, pudiéndose observar en solo 1%. Este subgrupo de pacientes representa un desafío diagnóstico como terapéutico. Dado lo infrecuente en la actualidad, son los centros de piso pélvico los que deberían manejar estas pacientes. Similar a lo descrito por la literatura, en nuestra serie se evidencia más de un 50% de pacientes que consultan por algún síntoma de recurrencia. Además, más de 50% consulta por POP y VH, complicaciones reportadas de la CSB, sin embargo sería importante poder evaluar si esto es o no, consecuencia de la técnica quirúrgica de la CSB.

Estas pacientes son un desafío del punto de vista terapéutico, difícil de evaluar en estudios prospectivos por su baja frecuencia. Próximos estudios deberían evaluar si el antecedente de CSB es un factor de riesgo de complicaciones quirúrgicas o recurrencia.

REFERENCIAS

1. Thomas M, Plymat K, Blannin J, Meade T. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ* 1980; 281 (6250): 1243-5.
2. Imamura M, Hudson J, Wallace S, MacLennan G, Shimonovich M, Omar MI, et al. Surgical interventions for women with stress urinary incontinence: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2019; 365: l1842.
3. Bakali E, Johnson E, Buckley BS, Hilton P, Walker B, Tincello DG. Interventions for treating recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic midurethral tape surgery in women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; 9: CD009407. DOI: 10.1002/14651858.CD009407.pub3.
4. Tanagho E. Colpocystourethropexy: the way we do it. *The Journal of Urology* 1976; 116: 751-53.
5. Brazzelli M, Javanbakht M, Imamura M, Hudson J, Moloney E, Becker F, et al. Surgical treatments for women with stress urinary incontinence: the

- ESTER systematic review and economic evaluation. *Health Technol Asss* 2019; 23(14).
6. Cornella J. Management of Stress Urinary Incontinence. *Reviews in urology* 2004; 6(5): 18-25.
 7. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An Ambulatory Surgical Procedure Under Local Anesthesia for Treatment of Female Urinary Incontinence. *Int Urogynecol L* 1996; 7:81-81.
 8. Delorme E. La Bandelette trans-obturatrice: un pro- cede mini-invasif pour traiter incontinence deffort de la femme. *Progres Urol* 2001; 11: 1306-13.
 9. Burch J. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinnce, cystocele, and prolapse. *Am J Obst & Gynec* 1961; 81(2): 281-290.
 10. Avilez J, Rodríguez E, Escobar L, Ramírez C. Operación de Burch: experiencia a 45 años de historia. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(3): 155-63.
 11. Salazar A, Herrera L, Herrera S, Acuña A, Sala G, Montiglio C, et al. Resultados del "tension free vaginal tape" (TVT) en el manejo quirúrgico de las recidivas post cirugía de Burch. *Revista Chilena de urología* 2008; 73(4): 298-301.
 12. Summitt RL Jr, Lucente V, Karram MM, et al. Randomized comparison of laparoscopic and transabdominal Burch ure- thropexy for treatment of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(4S):2S(abst).
 13. Su TH, Wang KG, Hsu CY, Wei HJ, Hong BK. Prospective comparison of laparoscopic and traditional colposuspensions in the treatment of genuine stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 576-582.
 14. Alcalay M, Stanton S. Burch colposuspension: a 10-20 year follow up. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995; 102: 740-745.
 15. Stanton SL, Cardolzo L, Williams JE, Ritchie D, et al. Clinical and urodynamic features of failed incontinence surgery in the female. *Obstet Gynecol* 1978;51(5):515-20.
 16. Flores RS, Flores CO, Cabrera JR. Posterior genital prolapse following the Burch method of colpososuspension. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:497-502.
 17. Wang AC. Burch colposuspension vs Stamey bladder neck suspension. A comparison of complications with special em- phasis on detrusor instability and voiding dysfunction. *J Reprod Med* 1996;41(7):529-33.
 18. Bocardo G, Blázquez J, Gómez A, Redondo E, Delgado J, Corral J, et al. Complicaciones de la cirugía de la incontinencia urinaria femenina. *Clínicas Urológicas de la Complutense* 2000; 8: 525-552.

TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes con antecedente de CSB previo, según morbilidad médica previa.

Comorbilidad	Nº pacientes (%)
HTA	38 (60%)
Diabetes	15 (24%)
Tabaquismo	15 (23%)

Tabla 2. Distribución de pacientes con antecedentes de CSB previo, según motivo de consulta inicial.

Motivo de Consulta	Nº Pacientes (%)
POP	35 (56%)
Vejiga Hiperactiva (VH)	34 (54%)
IOE	32 (51%)
VH + POP	26 (41%)
IOM	24 (38%)
IOE + POP	23 (37%)