

LA OPERACION DE MARSHALL-MARCHETTI EN LA INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO EN LA MUJER

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y J. C. LURASCHI

En nuestra especialidad, este tema, la incontinencia de orina, es una de las afecciones que más nos apasionaron por ser en sí un problema en su sentido más lato. Y es un problema porque en él hay que descartar, para su precisa indicación terapéutica, una serie de factores que dependen, no solamente de la vejiga en sí, sino del cuello vesical, de los plexos nerviosos perivesicales o de las lesiones neurales posibles, sino también de las alteraciones que afecten a la musculatura perineal.

Siempre nos hemos abocado al estudio de la incontinencia de la orina en forma tal que no solamente examinamos al paciente desde el punto de vista urológico, sino también bajo la faz neurológica, endocrinológica y miológica.

Esto nos llevó a catalogar una serie de afecciones que presentan una sintomatología parecida pero que requieren una terapéutica totalmente distinta según el factor en juego, siendo siempre la incontinencia de la orina el motivo de la consulta.

Tratamos las quirúrgicas de acuerdo a su lesión, traumática o neural, las neurológicas puras según la alteración que exista en el neuroeje, las endocrinológicas conforme a lo que nos informe el estado celular de la vejiga, uretra, o vagina, y las miógenas tal como se presente el diafragma perineal.

Es este diafragma perineal el que condiciona fundamentalmente la etiopatogenia de la incontinencia de orina al esfuerzo en la mujer. Recordemos que, anatómicamente, el diafragma perineal está perforado por tres órganos que yendo de adelante atrás son: la uretra, la vagina y el recto.

Ahora bien, considerando que, en la mujer, la micción y la continencia de la orina se hacen solamente por intermedio de su cuello vesical, desde el momento que no tiene esfínter estriado, y siendo de musculatura lisa, está supeditado a la acción de un equilibrio simpático-parasimpático. Además hay que recordar que estos músculos tienen sus inserciones sobre partes blandas y que por lo tanto su correcto funcionamiento no está sólo supeditado a un buen equilibrio simpático-parasimpático, sino también al grado de tensión de las membranas conjuntivo musculares que constituyen los alerones sacrorectogénitopúbicos.

Por ese motivo las alteraciones de este diafragma inciden directa y absolutamente sobre la continencia de la orina en la mujer.

Recordemos que la micción se hace a expensas de la contracción del músculo de Bell y de un músculo, al que Trabucco llama músculo propio del cuello vesical y que tiene una disposición netamente transversal. Este músculo se inserta a nivel de cada uno de los ligamentos sacrorectogénitopúbicos y tiene

como acción fundamental descender el labio inferior del cuello vesical, provocando así la entrada de orina en la uretra posterior.

En el hombre la presencia de la orina en esa porción de la uretra provoca un segundo reflejo que condiciona la apertura del esfínter estriado. En la mujer, donde no existe tal esfínter, la micción se hace directamente, es decir, empieza y termina bruscamente.

La falta de apoyo de este músculo que maneja la apertura y cierre del cuello vesical depende exclusivamente del grado de tensión de los ligamentos pubogénitosacros, y la intervención quirúrgica con la técnica de Marshall-Marchetti da el apoyo tenso y elástico que es necesario para la correcta acción del músculo propio del cuello vesical.

La intervención consiste en hacer una incisión umbilicopúbica que interese todos los planos hasta el espacio prevesical. Se reclina el peritoneo y se libera la cara anterior de la vejiga y las laterales, llegando esta liberación hasta visualizar la uretra y la vagina. Ya tenemos los órganos necesarios para practicar la plástica que nos dará apoyo al cuello de la vejiga.

Los puntos se efectúan con nylon 1 y toman la parte lateral del fondo de saco vaginal, la uretra, vejiga y de ahí va al periostio del pubis correspondiente. Se hacen dos o tres puntos en cada lado, cuidando que no sean perforantes y por fin se fija la cara anterior de la vejiga a la pared anterior. Se deja un drenaje de goma y sonda de Foley de balón de 30 cc. en permanencia durante seis días. El cierre de la pared se practica como habitualmente, con catgut, en un plano y la piel con algodón.

En las figuras se observa la posición de los puntos y cómo queda la vejiga una vez anudados éstos.

COMENTARIOS

En las pacientes con incontinencia de orina es necesario agotar el estudio para poder practicar el tratamiento conveniente. Hay pocas afecciones donde haya tantas técnicas quirúrgicas como en la incontinencia de la orina. Sin embargo es necesario deslindar muchísimas afecciones que teniendo como síntoma una incontinencia vesical responden a una numerosa gama de enfermedades que no todas tienen tratamiento quirúrgico.

Por ese motivo nosotros estudiamos a nuestras pacientes en forma tal que nos permita seleccionar a aquellas en las cuales la cirugía no va a estar condenada al fracaso, pudiendo llegar a la conclusión que sólo un diez o doce por ciento de ellas son realmente quirúrgicas.

El plan de estudio es el siguiente:

1º) Examen clínico urológico completo en forma de descartar aquellas afecciones que como la uretrotrigonitis pueden provocar un estado de irritación vesical que traiga aparejada una pseudo incontinencia. Damos también mucha importancia a las alteraciones del meato uretral y a las modificaciones de la uretra en lo que respecta al calibre.

2º) Practicamos sistemáticamente la cistometría con el objeto de tener la idea exacta de la capacidad de contracción de la musculatura vesical, así como de sus alteraciones en lo que respecta a estados irritativos por afecciones que actúen directa o indirectamente sobre dicha contracción.

3º) Durante el examen cistoscópico prestamos mucha atención a las pequeñas alteraciones de la mucosa vesical, principalmente en la zona del trigono,

para hacer el estudio del estado endocrinológico mediante el raspado de dicho trigono, uretra y vagina, para poder corregir cualquier defecto o exceso de esteroides, que puedan traer aparejada una incontinencia endocrina.

4º) Terminamos el estudio urológico con el examen radiográfico de la vejiga mediante la técnica de la cadenita endovesical en decúbito dorsal y en posición de pie en ambas oblicuas, con el fin de descartar una posible alteración en la estática del cuello.

5º) El examen ginecológico es de rutina y no practicamos ninguna intervención para corregir una incontinencia hasta no tener un aparato genital sin lesiones.

Efectuado el estudio de la incontinencia de la orina al esfuerzo en esta forma llegamos a la única causa que puede provocarla y ella es la falta de soporte de los músculos lisos que manejan el cuello vesical y por lo tanto controlan la fisiología de la micción.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, en estos casos es necesario abocarse al problema de prestar mayor apoyo a la musculatura, cuya acción está dirigida a provocar la apertura del labio inferior del cuello vesical y esa solución es la intervención según la técnica de Marshall-Marchetti.

DISCUSION

Dr. L. Brea.—Creo que la operación de Marshall Marchetti es la que mejor resultado da en el tratamiento de la incontinencia de orina en la mujer, pero, quería agregar dos palabras como recuerdo al Prof. César Brea que fué uno de los primeros que en la Argentina, practicó la técnica antes aludida. Yo he ejecutado en varias oportunidades esta técnica siempre con gran éxito y he podido observar que éste era mayor en enfermas que ya habían sido operadas por vía vaginal, y tanto es así que en los casos que no habían sido sometidos a ningún tratamiento previo de su prolapso, y sobre todo de su cistocele, el Prof. Brea hacía la técnica combinada, es decir, además de la Marshall Marchetti, hacía un reforzamiento por vía vaginal; ésto como se puede ver tiene una gran similitud con lo que hace el Prof. Trabucco y colaboradores al fijar la vejiga a la pared anterior del abdomen, corrigiendo con ello el cistocele, mientras que César lo hacía corrigiéndolo por vía vaginal. Evidentemente, aún practicando la Marshall Marchetti sin hacer una base de sustentación del cuello, por vía vaginal, la corrección es evidente y el resultado muy bueno, pero tiene la posibilidad de recidivar; en cambio, cuando han sido enfermas operadas por vía vaginal y ésta ha fracasado, y entonces se practica la Marshall Marchetti; el éxito es seguro 100 por 100.

Dr. A. Fajol.—Nosotros hacemos el estudio exhaustivo de todas las incontinencias de esfuerzo. Ultimamente insistimos en la necesidad de hacer el estudio de la cistotorometría, a tal punto que recabamos su práctica en todas las enfermas con incontinencia de esfuerzo.