

# SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

---

**4ª Sesión Ordinaria — 25 de julio de 1963**

*Presidente* ..... Dr. José Casal  
*Secretario* ..... „ Oscar C. Carreño

Servicio de Urología del Hospital Pedro Fiorito  
Jefe: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

Revista Argentina de Urología y Nefrología  
Volumen XXXII - Nº 4-5-6 - Páginas 98 a 104

## NUESTRA EXPERIENCIA EN LA INCONTINENCIA DE ORINA POR ESFUERZO EN LA MUJER, CON EL PROCEDIMIENTO DE MARSHALL - MARCHETTI - KRANTZ

---

Por los Doctores RICARDO BERNARDI, S. WAINBERG y M. BUDICHI

El grave achaque físico y moral que implica la incontinencia de la orina en el hombre y la mujer, obliga al cirujano a encontrar una rápida y eficaz solución, no siempre factible por las dificultades, a veces insalvables, que plantea esta afección a la más empeñosa terapéutica quirúrgica.

En los casos rebeldes las intervenciones se suceden a cortos o largos intervalos, poniendo a prueba la constancia y el ferviente deseo de curación de los enfermos, en su mayoría mujeres, y la paciencia y habilidad del cirujano, desorientado por momentos y compadecido siempre de la desgraciada situación del paciente.

Nosotros, como la mayoría de los urólogos y ginecólogos, tuvimos oportunidad de tratar casos rebeldes, sometidos a varias intervenciones, con éxito bastante satisfactorio, a través de los procedimientos de Kelly, Dellinotte-Armand, Goebell-Stoeckel-Frankenhauser, Millin, etc., y últimamente con el de Marshall-Marchetti-Krantz, motivo de esta presentación.

Nuestra casuística se refiere a 6 casos de incontinencia femenina tratados con el procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz, en nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito y la clientela privada, 3 de ellos operados por vía vaginal en varias oportunidades y portadoras, como es lógico, de una rebelde pérdida urinaria decepcionante para las enfermas y los cirujanos tratantes. Salvo el 6º caso, muy difícil por haber sido operada en tres oportunidades por la vía vaginal y que quedó con una incontinencia discreta en posición de pie (mejoría estimada en un 70 %) llamó poderosamente la atención en todas las otras observaciones el éxito obtenido frente a operaciones iterativas con un procedimiento relativamente simple como el presente. Queremos destacar que las tres primeras enfermas llevan más de 4 años de control con excelentes resultados.

Como sabemos, la incontinencia de orina puede ser el resultado de causas neurológicas, urológicas, psicosomáticas, obstétricas y ginecológicas. Dentro de las formas adquiridas, la "incontinencia por esfuerzo" o por "stress" es la frecuente y se debe, por lo general, a traumatismos postpartum o a secuelas de ciertas operaciones vaginales.

El diagnóstico, desde el punto de vista clínico, no siempre es fácil, debiendo recurrirse a estudios complementarios que incluyen: urocultivo con antibiograma para el tratamiento adecuado de la "micción imperiosa"; el urograma de excreción que posibilita descartar patologías del árbol urinario superior o medio; la uretrocistoscopia que conduce, a veces, al hallazgo de una uretro-trigonitis crónica a forma granulosa o pseudopolipoidea, condicionantes de una pseudo-incontinencia o incontinencia de "apremio" y, finalmente, la uretrocistografía, mediante la visualización del ángulo véscouretral posterior en diferentes posiciones, que permite obtener conclusiones definidas sobre el grado de descenso de la base vesical con respecto al borde superior del pubis.

A pesar de los esfuerzos realizados por diferentes autores para hacer prevalecer tal o cual teoría en la patogenia de la "incontinencia de orina por stress", creemos modestamente que en el momento actual la posición debe ser ecléctica aceptando como varias las causas que la producen. Resumiendo brevemente los estudios de algunos investigadores, recordaremos que:

1º) Youssef y Mahfouz atribúan este tipo de incontinencia urinaria a la "relajación e incompetencia del esfínter vesical interno".

2º) Muellner concluyó que la "continencia en la mujer se debía a la relación existente entre la base vesical y los músculos del suelo pelviano, los cuales desempeñarían un activo papel en la iniciación e inhibición del "chorro urinario".

3º) Jeffcoate y Roberts concluyeron que 4 de cada 5 mujeres con incontinencia de esfuerzo presentaban un "borramiento del ángulo véscouretral posterior", es decir que la uretra y el trigono se encuentran en una misma línea. Los autores afirmaban que la formación del "embudo vesical radiológico" era debido precisamente a la obliteración o borramiento de dicho ángulo y no al del véscouretral-anterior.

4º) Studdiford sostiene que el factor primario es la lesión o debilitamiento de la fascia de sostén o soporte del músculo uretral y del cuello vesical.

5º) Para Aldridge, Marchetti y colaboradores la incontinencia se debería a cierta "debilidad" o "relajamiento" del plano de sostén del suelo pelviano, del esfínter vesical interno o de algunos de los elementos anatómicos normales que fijan el sistema esfinteriano vesical.

6º) Zangenmeister da importancia a la inserción oblicua de la uretra en la vejiga y a todos los factores que reduzcan dicha oblicuidad o desplacen las paredes uretrales en dirección longitudinal pueden alterar la función esfinteriana.

7º) Lapidés y colaboradores atribuyen la incontinencia de orina por "stress" al "acortamiento uretral o del esfínter en la posición de pie".

Entre los numerosos tratamientos aconsejados para su curación, debemos mencionar los siguientes:

—Pawlik, en 1883, sugirió la angulación de la uretra y el estrechamiento de su luz.

—Kelly, en 1914, realizó por vía vaginal su técnica de estenotar el esfínter interno del cuello vesical.

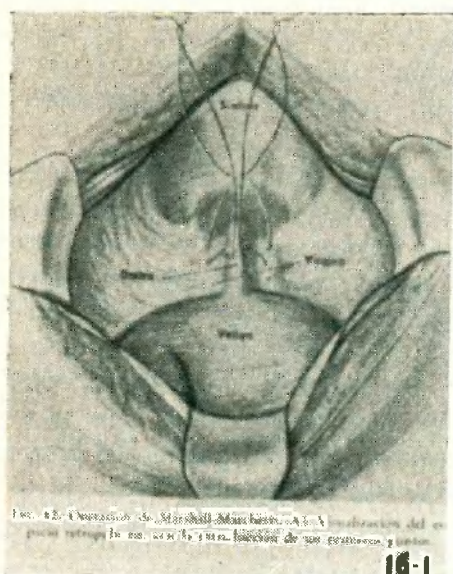


Fig. 1



Fig. 2

—Aldridge, Te Linde, Miller y otros recomendaron el uso de “slings” o “corbatas” aponeuróticas para “suspender” o “sostener” la uretra.

—Ingelman y Sundberg utilizaron los músculos pubococcígeos, es decir, los fascículos internos de los músculos elevadores del ano, con el objeto de dar mayor apoyo al cuello vesical.

En el año 1949, Marshall, Marchetti y Krantz introdujeron la “suspensión vesicouretral retropúbica” y en 1952 Marchetti y colaboradores refieren un 85 % de curaciones en los 132 pacientes con “incontinencia por stress”, tratados con su procedimiento.

Desde entonces hasta la fecha, las publicaciones referentes a la técnica de Marshall-Marchetti o “ántero-uretrocisto-pexia retropúbica”, como también se la designa, se han sucedido con bastante regularidad en el ámbito urológico norteamericano.

En nuestro país los aportes a este tema provienen, en su mayor parte, de los ginecólogos. En compulsas realizadas hasta el presente, salvo error u omisión, hemos encontrado los siguientes trabajos:

- Di Paola y Timjauker (La Semana Médica, 1954).
- Di Paola, Timjauker y Tróccoli (Congreso Americano y Argentino de Urología, 1957).
- Ercole, R. (Congreso Americano y Argentino de Urología, 1957).
- Trabucco, Márquez y Luraschi (Revista Argentina de Urología, 1959).
- Durando, Mannaras y Skalej (Congreso Americano y Argentino de Urología, 1957).
- Foix y Arenas (Congreso Americano y Argentino de Urología, 1957).
- Val y Tróccoli (Revista Argentina de Urología, 1958).

Di Paola y colaboradores refieren 13 casos operados con el siguiente resultado:

—bueno .....	9 (75 %)
—regular .....	2 (16,66 %)
—malo .....	1 ( 8,33 %)
—se ignora .....	1

Como aporte al tema queremos agregar 6 nuevos casos de incontinencia de orina por esfuerzo, tratados con el procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz en nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito y la clientela privada. Consideramos obvio describir la técnica ya que la misma ha sido efectuada, siguiendo los cánones que sus autores preconizan.

De los 6 casos, 3 ya habían tenido intervenciones por vía vaginal, con mal resultado. Las 3 restantes fueron intervenidas primitivamente por nosotros por la vía retropúbica. Los resultados fueron exitosos desde el postoperatorio, habiéndose controlado algunas pacientes 4 años después de la intervención.

Sólo queremos dar algunos detalles referentes a 3 de nuestras pacientes por lo singular de ciertos hechos acaecidos antes, durante o después del acto operatorio.

*Paciente 1ª.* — D. G. de Y., 42 años de edad; casada a los 18; tuvo 4 hijos, el último de los cuales, hace 9 años, mediante un parto prolongado y laborioso, como consecuencia del cual quedó con un prolapso uterino, cistocele e incontinencia de orina por esfuerzo. Hace 4 años fue operada por vía vaginal, sin éxito, 2 años después fue reintervenida por vía retropúbica en un Servicio de Cirugía General, sin estudios complementarios previos, con nuevo fracaso. En octubre de 1962 ingresa a nuestro Servicio donde se le realizan todos los exámenes de rutina, incluyendo uretrocistoscopia, cistotonomía, urocultivos, antibiogramas y cistografías para la visualización del ángulo véσιο-uretral posterior con la sonda de Hodgkinson.

El 23-VII-63, en ocasión de realizarse la reunión quirúrgica mensual de la Sociedad Argentina de Urología, la paciente fue intervenida mediante la técnica Ball, modificada, por vía vaginal, combinada con la de Marshall-Marchetti. En el abordaje vaginal se logró elongar la uretra tortuosa y acortada, estenosando el embudo vesical a nivel del cuello. Creemos que el tratamiento de la uretra o mejor dicho su corrección anatómica, ha sido el factor fundamental complementario que permitió curar totalmente a la enferma, quien 2 años antes había sido sometida, sin éxito, al mismo procedimiento de Marshall-Marchetti, por destacados cirujanos.

*Paciente 2ª.* — I. de P., 50 años de edad, casada. En octubre de 1961 fue operada de un cistocele sin incontinencia; en el postoperatorio inmediato quedó con sonda en permanencia durante 8 días y al serle retirada comprueban una incontinencia por "stress" que al comienzo se manifiesta en posición de pie, para luego aparecer al estar acostada.

Ingresa a nuestro Servicio el 22-VI-62; el examen endoscópico revela la presencia de una uretrotrigonitis crónica granulosa; el urocultivo permite aislar colibacilos y estafilococos albus. Se inicia el tratamiento con antibióticos de elección y dilataciones uretrales; la enferma mejora subjetivamente persistiendo la incontinencia. Se le instituyen ejercicios para fortalecer los músculos pubococcygeos aunque sin el perineómetro, según lo preconizara Kegel, en California.

Como continuara el estado inicial y ante la impaciencia de la enferma, luego de la comprobación uretrocistográfica del borramiento del ángulo posterior, al que Jeffcoate y Roberts atribuían la causa de la incontinencia, se procede a la ántero-uretro-cisto-pexia retropúbica, que transcurre sin eventualidades al igual que el post-operatorio, siendo dada de alta, curada, a los 8 días de la intervención.

Regresa al mes quejándose de ardores miccionales y polaquiuria diurna y nocturna, con orinas levemente turbias. No se le concede mayor importancia y se le instituye un tratamiento bacteriostático y nueva serie de dilataciones uretrales e instilación uretro-vesical con soluciones argentícas.

Transcurre el segundo mes y como persistieran sus molestias, se efectúa un nuevo examen cistoscópico, hallándose un cálculo vesical del tamaño de una pequeña avellana plana y la extracción del mismo mediante una litotricia endoscópica termina con sus molestias.

*Paciente 3ª.* — N. de K.; 55 años de edad, casada con 3 hijos, nacidos de partos normales. Es operada en diciembre de 1962 por prolapso uterino sin incontinencia; 13 días después, al comenzar con pérdidas de orina por la vagina se le diagnostica fístula véσιο-vaginal, por cuya razón es reintervenida.

Como consecuencia de esta reintervención persiste la pérdida de orina que es interpretada como incontinencia por "stress". Es reinternada en el Hospital donde la someten a 2 nuevas

intervenciones en un lapso de 4 meses, sin éxito.

Al poco tiempo nos consulta y aconsejamos su internación a fin de arribar a un diagnóstico preciso. Se le efectúan todos los estudios complementarios, luego de los cuales se descarta la existencia de una fistula véscico-vaginal. El diagnóstico final es el de incontinencia por "stress". A pesar de no haber borramiento del ángulo véscico-uretral posterior se decide utilizar la técnica de Marshall-Marchetti, algo dificultosa de realizar en razón de las múltiples intervenciones a que había sido sometida previamente. El post-operatorio transcurre sin eventualidades, la Foley uretral es retirada al 5º día, orinando desde entonces con buen control y continencia, persistiendo sin embargo una discreta micción de apremio.

Es dada de alta a los 10 días de la intervención, el 13 de mayo del corriente año, con un resultado relativamente satisfactorio, aunque consideramos que necesitará transcurrir un tiempo antes de poder opinar del post-operatorio alejado.

### CONCLUSIONES

La relativa sencillez del procedimiento hace que sea utilizado en cualquier circunstancia en que exista una incontinencia de orina por "stress". Si bien a veces los resultados han sido satisfactorios cuando se lo ha empleado como primer tratamiento o ante el fracaso de simples o reiteradas correcciones plásticas previas por vía vaginal, debemos insistir en que "la indicación formal y precisa para el Marshall-Marchetti-Krantz, lo que constituye el *borramiento o desaparición del ángulo véscicoureteral posterior*.

Cuando los factores etiológicos son variados, por ejemplo: acortamiento uretral y borramiento del ángulo uretrovesical posterior, el procedimiento que comentamos puede fracasar cuando se lo emplea como única terapéutica, en cambio serán exitosos aquellos abordajes combinados: tales como la vía supra o retropúbica (Marshall-Marchetti y colab.) y la elongación de la uretra por vía vaginal, frunciendo el embudo vesical (Ball).

### DISCUSION

*Dr. Schiappapietra:* Felicito a los comunicantes por su interesante trabajo y destaco lo preciso que han sido en sus indicaciones. A pesar de lo magnífico de su técnica y de sus resultados, no deja de ser un método que ofrece sus inconvenientes y riesgos.

Después de practicar esa técnica, he encontrado algunos inconvenientes en la bibliografía, sobre todo cuando la técnica está en sus indicaciones precisas que es en la recidiva de los casos operados.

El primer caso que intervine fue una señora que había sido operada de un prolapso y cistocele, quedando incontinente. Se la intervino por la vía baja para la corrección de su incontinencia. Después de la reconstrucción del prolapso, resolví seguir la vía suprapúbica con la técnica descrita y los inconvenientes que se encuentran son mayores que los que se advierten por primera vez. Tuve dificultad para precisar los puntos: utilicé una aguja pequeña, redonda, no cortante y a pesar de mis cuidados en el postoperatorio hizo una osteoartritis de pubis que me tuvo preocupado. Por fortuna, evolucionó favorablemente, la sigo observando y está curada.

Con esos cuidados, practiqué una segunda operación en la que me quedé tan corto en la pexia que después de un tiempo, 2 ó 3 meses, vi recidivar su incontinencia.

Si mal no recuerdo, esta técnica fue modificada debido a estos inconvenientes y se realiza una técnica que no molesta para nada los cartílagos de la articulación. Tomaba las partes vaginales próximas, la fascia véscicoureterovesical y las llevaba al ligamento de Cooper. Eso muestra que el autor tenía gran experiencia sobre el tema.

*Dr. Alvarinhas:* La incontinencia de orina goza del privilegio de cabalgar en dos especialidades: ginecólogos y urólogos disputan su tratamiento. Realmente, no se superponen.

Si revisamos nuestra serie de 13 casos de incontinencia de orina por este procedimiento, encontramos las dos indicaciones clásicas: la incontinencia de orina primitiva y la secundaria considerando en esta última los fracasos de otras intervenciones en las cuales la incontinencia fue subsiguiente a un tratamiento del prolapso ginecológico. En esta serie tenemos 4 casos secundarios, todos ellos eran con incontinencia de orina en el momento en que se trató el prolapso ginecológico.



De ello se desprende que el borrar el ángulo no debe ser el único factor porque en estos procedimientos se usa el Harvan, donde el ángulo queda muy marcado. En estos casos, hicimos el Marshall Marchetti y tuvimos buen resultado.

Quedan 9 casos de Marshall Marchetti que aparentemente serían primitivos, es decir, sin prolapso ginecológico. Eran casi todas mujeres relativamente jóvenes, que tenían en su mayoría, antecedentes obstétricos.

En estos 9 casos, encontraremos una tercera indicación que nos empujó al Marshall Marchetti, como primer procedimiento y es la presencia de otras afecciones combinadas que pueden ser pasible de tratamiento quirúrgico por la misma vía modificando el Marshall Marchetti.

Combinando el Marshall Marchetti con el Henry, interpretamos que la incontinencia podía atribuirse a la presencia de la hernia crural y por la misma vía del Marshall Marchetti, tratamos la hernia crural con buen resultado. Eran 3 casos. En otros 2 casos en que hicimos el Deloro se trataba de hernias bilaterales de vejiga en la mujer y actuamos inicialmente con la técnica de Deloro y el Marshall Marchetti, y los enfermos anduvieron bien.

Aparecería así una tercera indicación dentro de las incontinencias primitivas, con la posibilidad de solucionar el problema; no agrega más traumatismo quirúrgico y es relativamente sencillo.

*Dr. Pagliere, Herbert:* Coincido con el Dr. Schiappapietra en el sentido de que se trata de una técnica que debería reservarse para las recidivas de las intervenciones practicadas por vía baja.

Los inconvenientes a que aludió el Dr. Schiappapietra no son aislados. Según un colega del Servicio de Ginecología del Policlínico de San Martín donde se emplea esta técnica, se han comprobado algunas osteitis del pubis por uso de material no reabsorbible.

Quisiera saber qué material de sutura se ha utilizado.

*Dr. Irazu:* A mi juicio, la técnica de Marshall Marchetti es excelente. No sé si habrá que seleccionar los casos. Últimamente, hemos hecho 5 ó 6 con buenos resultados.

La recidiva tuvo lugar en una mujer un tanto corpulenta; tenía poco material a nivel del pubis para hacer esos puntos de sutura que dan la angulación del cuello. En los casos en que la embudización del cuello estaba bien hecha, se vio la corrección de esa embudización.

Como complicaciones, podría mencionar un caso de osteitis del pubis que mejoró luego, una eventración de la línea media que fue recientemente reparada y una incontinencia de orina, de menor intensidad.

Hemos tenido oportunidad de ver, proveniente de otros colegas, un caso de Marshall Marchetti recidivado. Era una mujer que tenía un prolapso genital; se trató de curarle el prolapso y se le ocasionó la incontinencia.

Después de una consulta realizada con un destacado ginecólogo llegamos a la conclusión de que se trataba de una operación mal efectuada, lo que determinó una recidiva de la incontinencia, es decir, que esa incontinencia que se había provocado al corregir el prolapso es acentuado mucho más y esa incontinencia que intenté mejorar con esa técnica que Puigvert nos mostró en Buenos Aires, es decir, con la colocación de un hilo de nylon retropúbico que él pasa haciendo la angulación del cuello, no nos dio resultado. La mujer continuó con la incontinencia y se está tratando de practicar un nuevo Marshall Marchetti para obtenerse la curación definitiva.

*Dr. Wainberg:* Agradezco el aporte de los doctores Schiappapietra, Alvarinhas e Irazu.

El doctor Schiappapietra ha citado una complicación que no hemos visto. En los Estados Unidos hay varios casos mencionados.

Al doctor Pagliere, que desea saber qué material utilizamos, le diré que usamos algodón, lino y a veces, seda. Un autor americano publicó una estadística de 15 casos, en los que se empleó alambre, colocado en combinación con el torno de los dentistas, y en ninguno de esos casos, hubo osteitis del pubis. Volvemos al punto inicial del origen de la osteitis. Al igual que la operación de Millin las etiologías son múltiples y variadas.

Agradezco al doctor Alvarinhas su valioso aporte. Asignamos importancia al ángulo véscico-uretral posterior. Antes de realizar el procedimiento efectuamos la prueba que preconiza Aldrey, es decir, colocamos los dedos a nivel del cuello vesical para saber si el enfermo ha de mejorar con el método de Marshall Marchetti. Si mediante el empleo de unas pinzas se levanta el cuello vesical y se cura la incontinencia, ello significa que podría andar bien con el procedimiento de Marshall Marchetti. Nos guiamos por la visualización del ángulo véscico-uretral posterior. Cuando no se presta atención a ese ángulo, se producen recidivas en gran cantidad.

Hemos curado algunos pacientes mediante estrogenoterapia en especial en personas de cierta edad, donde puede haber una reducción de los estrógenos. Hemos mejorado muchos pacientes con los ejercicios sin perineómetros.

Creo haberle contestado al doctor Pagliere su pregunta. No hemos observado osteitis

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA INCONTINENCIA DE ORINA POR ESFUERZO EN LA MUJER, CON EL PROCEDIMIENTO DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ

—ojalá no las veamos nunca—, pero en cambio, nos ha ocurrido en vejigas que son delgadas, que el punto ha pasado a través de la luz vesical, quedando el paciente con una pequeña fistula, que no pasa a mayores, ya que desaparece a los 6 ó 7 días. No hemos hallado ninguna otra complicación.

Cuando el procedimiento de Marshall Marchetti fracasa es porque debe existir alguna causa. Un caso que expusimos en una reunión de esta Sociedad, y que fue intervenido por el procedimiento de Marshall Marchetti en un servicio de categoría y por un cirujano destacado, fue seguido de un rotundo fracaso. Volvimos a practicarle el mismo método, quizá no lo hayamos hecho en las condiciones en que lo realizó el cirujano a que hago referencia, ni con su habilidad. La pequeña elongación que hicimos de la uretra nos permitió hallar un embudo vesical; tratamos de colocar una pequeña laminilla de goma, que después se perdió y nos conformamos con la fijación de la uretra y eso fue suficiente para curar al paciente.