

FUNCIÓN REPRODUCTIVA DURANTE EL ENVEJECIMIENTO: ¿EXISTE LA ANDROPAUSIA?

E. Nieschlag, M.D.*

* Profesor Universidad de Munster. Director del Instituto para la Medicina de la Reproducción de la Universidad Steinfurterstr, Munster

La menopausia en la mujer indica la cesación de la maduración de los oocitos y declinación en la producción de los esteroides sexuales. No existe un síntoma comparable en el hombre que indique es estado reproductivo. Existen anécdotas acerca que los hombres viejos pueden procrear hijos (la Biblia relata que Adán llegó a ser padre a la edad de 130 años), pero sólo se han realizado muy pocos estudios sistemáticos para dilucidar la función reproductiva en el hombre senescente.

Nosotros comparamos un grupo de padres jóvenes con otro grupo de hombres sanos de 55 a 90 años de edad, quienes habían comprobado su fecundidad en su vida más temprana. Los

parámetros seminales (incluyendo los resultados de la prueba de penetración de oocitos de hamster) en los hombres viejos no difieren de aquellos de los padres jóvenes. No se presentó ninguna diferencia significativa en los parámetros seminales y no se pudo encontrar ningún trastorno dentro del espectro de la fertilidad.

Por lo tanto, parece ser que la edad per se no disminuye la fertilidad en el hombre. Aún más, las enfermedades generales y la multimorbilidad que se acumulan con la edad, son las que comprometen la función testicular en el hombre como individuo, dando como resultado la fertilidad. La andropausia, como la cesación abrupta de la fertilidad no existe.

ALTERNATIVAS EN EL MANEJO DE LA IMPOTENCIA

Felipe Gómez, M.D. *

*Urólogo de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Se estima que en USA existen de 10 a 20 millones de varones con trastornos de disfunción eréctil, por esta alta frecuencia esta patología adquiere relevancia en el cuidado diario de nuestros pacientes.

La fisiopatología de la erección es fundamental en el entendimiento y el manejo de la entidad.

Las alternativas de estudio varían desde la simple historia clínica a complejos exámenes invasivos como el eco-doppler de pene, la cavernosografía y cavernosometría, estando

indicados en el esquema de manejo de acuerdo al nivel de complejidad al que se quiera llevar el paciente, siempre manteniendo las expectativas del paciente como guía.

Con los mismos lineamientos se ha de ofrecer las alternativas terapéuticas siempre iniciando por aquellas que consideramos de menor invasión y sólo continuando a las más invasivas en los casos que el paciente y su pareja lo indiquen.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL CLIMATERIO

Antonio Lomanto Morán, M.D.*

*Profesor Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá.

Al revisar la literatura mundial, es verdaderamente sorprendente que no existan publicaciones específicamente orientadas en la correlación quirúrgica de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUR) en el Climaterio. Ante esta situación se presenta en este Simposio las Normas del servicio, obtenidas con nuestra experiencia en la Clínica de Incontinencia del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá.

Existe incertidumbre acerca del procedimiento quirúrgico que otorgue la mejoría definitiva de esta patología, con las diferentes técnicas descritas hasta el momento. El hecho de disponer múltiples técnicas sugeriría que ninguna de ellas es la ideal, pero afortunadamente cada caso requiere de un detallado estudio y posteriormente un procedimiento que generalmente se escoge de acuerdo con las experiencias del cirujano.

Con fines didácticos, se resumen las técnicas quirúrgicas con sus características que se pueden sugerir en el manejo de esa patología durante la edad crítica de la mujer.

I. Vaginales. (Plicatura del cuello vesical). Se fundamentan en la suspensión de la uretra y el cuello, ubicándolo preferiblemente sobre el plano vertical bajo. El hecho de practicar cirugías vaginales simultáneamente durante el acto quirúrgico y su baja estancia hospitalaria pueden favorecer notablemente el procedimiento. (Kelly).

Los argumentos que se sustentan para dudar de la eficacia de las técnicas vaginales en el manejo de la IUE, se basan en el hecho, de que la ubicación del cuello vesical no permanece después de realizada la cirugía en el sector intra-abdominal.

Algunos autores han utilizado en la plicatura del cuello, material absorbible ("a mediano plaxo") lo que podría considerarse como una causa de recidiva. Esta observación puede ser fácilmente cuestionada, pues según las normas elementales de técnicas quirúrgicas la cicatrización que se logra, está fundamentada en la irrigación y en la adherencia de esas zonas cruentas.

De acuerdo con las experiencias que hemos obtenido tanto en el Departamento de Urología como en el de Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia, en el Centro Hospitalario San Juan de Dios y en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá respectivamente, el porcentaje de éxitos de esta técnica no alcanza el sesenta por ciento con un seguimiento a quince años.

Después de realizar una minuciosa revisión de la literatura, la eficacia de los procedimientos vaginales, nunca sobrepasan de las otras técnicas empleadas para la corrección de la IUE y nos atrevemos a sugerir que la única razón para utilizarlas sería en aquellos casos en los cuales no se dispone de los recursos y de los conocimientos necesarios para practicar aquellas.

2. Suprapúbicas. (Uretrocistopexia Sp.) Son aquellas que se practican por vía abdominal, utilizando estructuras anatómicas como fascias y en algunas ocasiones cintas y suturas sintéticas, que fijan la fascia vesicovaginal a la cara posterior del pubis, con el propósito de ascender el cuello vesical. (Burch).

La mayoría de ellas, con el fin de identificar la fascia vesicovaginal y el cuello vesical, ocasionan dificultades técnicas, pues el espacio de Retzius debido a la gran vascularidad, dificulta el campo quirúrgico, más aún, cuando el cirujano no está familiarizado con el manejo de esta zona.

Estas técnicas, con las vaginales, han logrado el mayor número de experiencias publicadas en la literatura mundial y han sido objeto de múltiples modificaciones con el propósito de obtener a largo plazo una mejor eficacia y menos morbilidad.

La experiencia obtenida en los Departamentos de Ginecología y Urología mencionados anteriormente, la eficacia con estas técnicas, ha sobrepasado el noventa y cuatro por ciento, con seguimiento a quince años y con más de mil casos.

En conclusión, se consideran los procedimientos suprapúbicos como las técnicas con más alta eficacia, a largo plazo, en el manejo de la IUE en la mujer, pero con cierto grado de complejidad y una relativa frecuencia de morbilidad.

3. Infrapúbicas. (Uretrocistopexia Rp.) Se basan en el acceso vaginal del cuello vesical, para fijarlo con dos puntos, con material no absorbible, a la cara posterior del pubis. Es la técnica más representativa del grupo y no obstante de existir pocas publicaciones, se constituirían en el procedimiento de elección cuando la mujer presenta cualquier tipo de patología o distopias vaginales asociadas a IUE (Powell).

Es una técnica relativamente sencilla para los especialistas que trabajan en el área ginecológica, y cuando es practicada con la técnica clásica es relativamente más rápida y con menos morbilidad que los otros procedimientos quirúrgicos.

De acuerdo con las normas establecidas en el estudio de la IUE, en relación al propósito fundamental de los procedimientos quirúrgicos, que es ubicar el tercio proximal de la uretra intra-abdominal, podemos afirmar que las infrapúbicas aún con las técnicas más depuradas, no alcanzan a cumplir con este requisito, lo que sería teóricamente un argumento de mucho valor para demeritar la eficacia del procedimiento.

Los resultados con estas técnicas en el Hospital Simón Bolívar de la Escuela Colombiana de Medicina de Santafé de Bogotá, con más de cien casos, reportan el noventa y cuatro por ciento de éxitos, con seguimiento de diez años.

En resumen las técnicas enfropúbicas son ideales para la corrección de la IUE, cuando existen distopias del trayecto uretro vaginal, como del útero y de la pared vaginal posterior, siempre y cuando se utilicen técnicas depuradas.

4. Combinadas. (Cervicosuspensión Endoscópica). Son las técnicas que después de identificar el cuello por vía vaginal, logran ascenderlo y suspenderlo con material no absorbible a los rectos abdominales, bajo visión endoscópica.

Son relativamente rápidas sin descontar el inconveniente de utilizar la endoscopia urológica, lo que constituye una razón para que el ginecólogo que la realiza tenga experiencia en la práctica de la cistoscopia.

Como ventaja adicional de la técnica, podemos anotar, que como las infrapúbicas, es ideal para practicarla cuando hay patología vaginal (distopias) asociada a la IUE. Requisito importante para utilizar la Cervicosuspensión Endoscópica, que los rectos abdominales se caractericen por su buena resistencia, pues constituye prácticamente el soporte más importante para sostener el cuello vesical y así hacerlo intra-abdominal.

No obstante los inconvenientes que se han descrito de la Cervicosuspensión Endoscópica para practicarla por el gi-

necólogo, no se puede desconocer, que aún con el riesgo que conlleva lesionar estructuras tan importantes como la uretra y la vejiga, es la única técnica que bajo visión endoscópica, permite ver con exactitud el cuello vesical y además comprobar su ubicación intra-abdominal.

En nuestra Clínica de Incontinencia hemos publicado la experiencia de cien casos, con un seguimiento mayor de cinco años y con una eficacia que sobrepasa el noventa por ciento de éxitos.

En conclusión: La Cervicosuspensión Endoscópica dentro de los procedimientos que actualmente se utilizan para la corrección de la IUE, ocupa un lugar muy importante para aquellos casos en los cuales no se puedan emplear procedimientos con alta morbilidad, siempre y cuando el cirujano no sólo este en capacidad de practicarla sino que disponga de los recursos tecnológicos necesarios para llevarlo a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enhorning et al. Urethral closure studient with cine roenganography – and simultaneous bladder-urethra pressure recording. Surgery. Gynecology and Obstetrics. 1964; 118: 507-616.
2. Kelly, H.A. Incontinence of urine in women. Urologic and Cutaneus Review 1993; 17: 219-293.
3. Pacey, K. Pathology and repair of genital prolapse. ObsGyn 1949; 56: 1-15.
4. Ross, R.A. et al. Vaginal prlapse and stress urinary incontinence West Virginia Medical Journal of Obst-Gyn 1967; 97: 308-315.
5. Lomanto, A., Gómez, P. Operación de kelly. Rev. Col. Obst. Y Gin. Vol. XXXIV, 28 1993.
6. Lomanto, A. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer. Tratamiento. Memorias Primeras Jornadas de Ginecología y Obstetricia. Clínica Fray Bartolomé de las Casas. Bogotá 1984; 111.
7. Rendón, H., Lomanto, A. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: Revisión de la Operación de Kelly en 10 años del Instituto Materno Infantil de Bogotá. Trabajo inédito. 1981.
8. Burch, J.C. Urethrovaginal fixation to Cooper ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. Am. Jou. Obst. & Gyn. 1961; 81: 281.
9. Beltrán, A. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en al mujer. Rev. Col. Obst. Y Ginecol. 1961; 12: 108.
10. Bernal, E. Uretrovesicosuspensión de Marhal-Marchettikrantz en la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Rev. Col. Obst. Y Ginecol. 1964; 15: 159.
11. Lomanto, A. Evaluación de la Colposistoutretropexia en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Rev. Col. Obdst. Y Ginecol. Vol. XXXII, 112 1982.
12. Tanagho, E.A. and Cols. La Cistopexia modificada Rev. Col. De Obst. Y Gin. 1976; 110: 751.
13. Arenas Buenahora, Cols. La Citopexia modificada Rev. Col. De Obst. Y gin. Vol. XXXVI 1: 11, 1985.
14. Becerra, E. Evaluación de la Cistoutretropexia Retropública Rev. Col de Obs. Y Gin. Vol XXXVI 6: 380, 1985.
15. Tobón, G. Cols. Tratamiento de la incontinencia Urinaria de Esfuerzo por la operación de Burch. Rev. Col. De Obs. Y Gin. Vol. XXXII 1: 59, 1981.
16. Lomanto, A., Sánchez, J. Análisis de fracasos del manejo de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Trabajo inédito 1989.
17. Lomanto, A., Sánchez, J. Uretrocistopexia Suprapública. Experiencia de 10 años. Rev. Col. Obst. Y Ginec. Vol. XXXIII 4: 265, 1992.
18. Powl, L.C., J.R. Retropubic urethrocytopexy: Vaginal approach. Am. Jou. Obs. And Gin. 1981; 140:91.
19. López, L.A., Corzo, J.E. Corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo por medio de la Uretrocistopexia retropública por vía vaginal. Rev. Col. Obst. Y Gin. Vol. XXXIV 34, 1983.
20. Redondo, H., Cruz, R. Estudio clínico y enfoque terapéutico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer. Rev. Col. Obst. Y Gin. Vol. XXXVII. 1986.
21. Redondo, H., Cruz, R. Uretrocistopexia Infrapública. Rev. Col. Obst. Gin. Vol. XXXIX. 1988.
22. Pereyra, A.J., Lebertz, T.B: Combined Uretrovesical Suspensión and vagino-Urethroplasty for correction of Urinary Stress Incontinence. Obstetric and Gynecology. 1986-87; 30: 537-546.
23. Stamey, T.A., Scheffer, A.J., Condoy, C. Clinical and roentgenographic evaluation of endoscopic suspension of the

vesical neck for urinary incontinence. *Surg Gynecol Obstet.* 1975; 140: 355-360.

24. Stamey, T.A. Endoscopic suspension of vesical neck urinary incontinence. *Sur. Gynecol Obst.* 1973; 136: 547-554.

25. Stamey, T.A. Urinary incontinence in the female Campbell *Urology* 1979; 3: 2272-2293.

26. Stamey, T.A. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females, report on 203 consecutive patients. *Annals of Surgery* 1989; 192(4): 465-471.

27. Lomanto, A., Sánchez, J. La Cervicosuspensión endoscópica en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Informe preliminar. *Rev. Col. De Obst. Y Gin.* Vol. XXXVIII 5: 331-345, 1987.

28. Lomanto, A., Sánchez, J. Experiencia de 100 casos con la Cervicosuspensión Endoscópica. (1989). Trabajo de Promoción. Universidad Nacional de Colombia. En Impresión.

VAGINITIS ATROFIA Y SU RELACIÓN CON LA INCONTINENCIA URINARIA

Oscar Ángel, M.D.*

* Director Unidad de Urodinamia. Clínica de Marly. Santafé de Bogotá

Resumen

Los cambios menopáusicos producidos por la privación de estrógenos, conllevan a cambios en el sistema miccional produciendo incontinencia urinaria tanto de esfuerzo como de urgencia. Cambios que mejoran significativamente con la terapia de Suplencia Hormonal.

Abstract

Menopause and its accompanying hormonal fluctuations with estrogen deprivation produces changes in the mictorial system that create both urgency and stress urinary incontinence. Both of these syndromes greatly benefit from hormonal supplements.

Cada día la expectativa de vida de la mujer se incrementa llegando casi hasta los 80 años en nuestra época. Es así como la incontinencia urinaria llega a ser una patología muy frecuente en la mujer postmenopáusica, con estudios que muestran como un tercio de las pacientes sobre los 65 años la padecen.

La incontinencia urinaria es causante de problemas psicosociales que afectan la interrelación personal hasta el punto de obligar a familiares a reclusión en ancianatos para ayuda en su manejo; incomodidades higiénicas personales con severas dermatitis amoniacales; y por último una mayor probabilidad de caídas y por lo tanto de fracturas al crear afán por micción inminente.

Aunque la incontinencia urinaria es un hallazgo frecuente para la edad no quiere decir esto que sea normal y no requiera tratamiento.

Se ha visto que la pérdida del estímulo estrogénico afecta el tracto urinario bajo; el soporte uretral se pierde por disminución del tejido conectivo, se presenta además atrofia del músculo estriado con una disminución del flujo sanguíneo en los plexos vasculares uretrales. Ya a nivel del detrusor se encuentra adelgazamiento urotelio trigonal, se pierde la coaptación de la mucosa y el efecto protector de la capa de glicosaminoglicanos, que incrementa la susceptibilidad de la infección. Estos cambios conllevan a una disminución de la capacidad vesical, aumento de la sensibilidad de la vejiga y uretra, incremento de la motilidad del cuello vesical y disminución de la habilidad de suprimir la contracción del detrusor.

Como vemos la privación de estrógenos afecta en tal grado el tracto urinario bajo que produce síntomas irritativos como urgencia, polaquiuria y nocturia; además de cuadros de inestabilidad del detrusor, alteraciones en la micción e incontinencia urinaria de esfuerzo. La patología más frecuente es la urgencia urinaria hasta un 60%, seguido de la incontinencia de esfuerzo y por último una combinación de ambas.

Como es creencia general que hablar de incontinencia urinaria es algo muy embarazoso para mencionar y por otro lado es un cambio "normal" de la menopausia; es de vital importancia que el personal médico interroge a cerca del mismo. Se deben averiguar factores como ingesta de drogas, antecedentes patológicos y quirúrgicos, estado mental y emocional. Luego de un examen físico completo; incluyendo ginecológico que oriente a un diagnóstico, la Urodinamia es de gran ayuda etiológica; empezando por una citometría uretral o estudios de flujo-presión en aquellas pacientes con cirugías pélvicas previas, infección urinaria recurrente, alteraciones en la micción, o residuo post-miccional elevado (>100cc).

La terapia de suplencia hormonal estrogénica se debe considerar en estas pacientes post-menopáusicas, ya que además de disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, disminuye también la osteoporosis, mejora la urgencia e incontinencia de esfuerzo.

Para la paciente con vaginitis atrófica se indica tratamien-