

INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Tratamiento Quirúrgico

Dr. Antonio Lomanto Morán
- Profesor Honorario. Departamento de
Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina.
- Universidad Nacional de Colombia.
- Presidente Asociación Colombiana de Ginecología Urológica
- Maestro de la Obstetricia y Ginecología Latinoamericana (FLASOG)

Después de hacer una minuciosa revisión bibliográfica, se puede confirmar que desde el siglo pasado, se están practicando procedimientos quirúrgicos para la corrección de la incontinencia urinaria femenina y en realidad los resultados varían considerablemente entre los diferentes autores.

La incontinencia urinaria es un problema que afecta a la población femenina, y la necesidad de su valoración y tratamiento depende de la frecuencia y magnitud del proceso. En algunas mujeres la pérdida urinaria es mínima y ocurre ocasionalmente. En tales circunstancias ellas consideran que no es un problema y en un buen número de casos la consideran como una situación de "carácter normal", y de allí que solamente del 30% al 40% asisten a la consulta. Está indicada la corrección de dicho trastorno cuando crea una autentica invalidez desde el punto de vista social o laboral y la paciente solicita valoración adicional y una solución al problema.

Al revisar la literatura llama la atención el hecho de que se han descrito más de un centenar de técnicas para la corrección del problema, lo cual sugeriría que hay una anarquía en el manejo de esa patología, pero en la práctica ese concepto no es válido, porque cada cirujano de acuerdo al conocimiento y a su experiencia tiene preferencia con las técnicas que ha obtenido mejores resultados.

En el estudio de las técnicas para el manejo de la Incontinencia urinaria de Esfuerzo es de suma importancia tener en cuenta que el diagnóstico adecuado es, sin lugar dudas, la clave para el éxito de la cirugía.(1,2,3)

La corrección quirúrgica eficaz de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) data de comienzos de este siglo. *Donald y Fothergill* (1.908) de Manchester, (Inglaterra) lograron la cura y reparación simultánea del prolapso uterovaginal, al elevar el cuello de la vejiga en el momento de la colporrafia anterior. Esta última operación se hizo después de suspender el útero en la pelvis, al fijar los ligamentos cardinales al cuello amputado. (9)

Una década más tarde *Kelly* (1.915) describió la plicatura del tejido parauretral en un intento de poner a tensión el cuello vesical a nivel de la unión uretrovesical. Preconizaba que el problema estaba en un punto más proximal en la uretra, que en el meato urinario externo. Este criterio transvaginal para la corrección de la IUE que más tarde fue definido por *Kennedy* (1.937), y fue el que predominó en los siguientes cincuenta años en la cirugía para la Incontinencia. "Si no se obtiene buenos resultados con la primera operación hay que intentarla de nuevo cuantas veces se necesite", frase que parecía más de un político de esa época. -Las tasas de cura lograda fueron, en promedio, de 65%. (8,9,10,15)

Victor Marshall (1.946) describió el siguiente avance técnico importante en el tratamiento quirúrgico primario de la Incontinencia. Corrigió la incontinencia en una paciente por medio de la uretrovesicopexia retropúbica al fijar el cuello de la vejiga en un punto alto en la cara posterior de

la sínfisis del pubis. Los buenos resultados en un paciente de sexo masculino tuvo como consecuencia probar la técnica en mujeres con IUE, y así surgió el método de *Marshall-Marchetti-Krantz* (1.949) El Doctor *Krantz*, destacado anatomista promulgaba con exactitud que la operación curaba la incontinencia al elevar y fijar la unión uretrovesical en un plano alto de la pelvis. (20)

Es interesante señalar que *Aldridge* (1.952) expresó la opinión de que la cura quirúrgica de la IUE se lograba al construir "un soporte del tejido vecino para sostener la uretra y el cuello vesical en una posición lo más alta en la pelvis". Sin embargo, la confirmación fisiológica de que la elevación de la unión uretrovesical era la que lograba la corrección de la incontinencia y no la constricción de la uretra, se obtuvo gracias a la descripción de *Enhoring*(1961), de que en la mujer normal la maniobra de valsalva generaba un incremento concomitante de presión fuera de la vejiga y de la uretra, y así conservaba un gradiente de tensión entre uno y otro órgano y se conseguía la continencia. La salida de orina por el incremento repentino de la presión intraabdominal se debía a la falta de transmisión de dicha fuerza mayor a la porción exterior de la uretra.(1,20)

Es un hecho importante que la incontinencia que se acompaña de baja resistencia uretral, como causa separada de Incontinencia en mujeres, *Goebell* (1.910) realiza la primera operación de "cabestrillo" uretrovesical con buenos resultados. (11)

Se considera que los "cabestrillos" permiten estrechar la uretra proximal y así es lo que ocurre, y ello es un factor esencial en las mujeres con baja resistencia uretral. Sin embargo, el moderno "cabestrillo" uretrovesical no fue concebido para resolver el Síndrome de Baja resistencia uretral, sino para tratar a las mujeres que habían fracasado con técnicas anteriores de corrección transvaginal de la incontinencia.(3)

Aldridge (1.952) utilizó aponeurosis de la pared abdominal con una técnica combinada vaginal y transabdominal.(1)

Millin y Read (1.948) describieron una vía de acceso únicamente suprapúbica, la cual según ellos, produjo índices de buenos resultados, pero también surgieron complicaciones importantes cuando la intervención la practicaron cirujanos no tan expertos.

Los "cabestrillos" hechos después de fracasar la cirugía para Incontinencia en mujeres con una uretra que tenía resistencia normal, argumentaban como función fundamental elevar la unión uretrovesical en la pelvis. (3)

El resumen anterior intenta demostrar que todas las operaciones para tratar la incontinencia anatómica por esfuerzo, son en realidad variantes de los tres tipos de las técnicas quirúrgicas descritas anteriormente.

La primera sería la Cistoureterovesicopexia transvaginal creada inicialmente por *Kelly y Kennedy*.(1.937) (15,16)

La segunda es la Cistoureterovesicopexia retropúbica, tal como la describieron *Marshall, Marchetti y Krantz*.(1949) A esta última técnica y sus variantes habría que agregar los procedimientos con aguja descritos inicialmente por *Pereyra* (1.959).(20)

El tercer método es el "Cabestrillo" uretrovesical, practicado inicialmente por *Goebell* y reformado por *Aldridge*. (1,2,5,11)

Cada una de las tres categorías de intervenciones comprende innumerables variantes técnicas, algunas con los apellidos de los cirujanos.

Quizás sea poco pertinente agregar otro artículo más a los muchos que se publican cada año, sobre el tema de la corrección de la incontinencia urinaria femenina.

La razón básica es que muchos ginecólogos y urólogos se sienten cómodos con una o dos técnicas quirúrgicas y las aplican en todas las mujeres en quienes está indicada la intervención.

Malpas (1.958) recomendó que antes de corregir el prolapso uterovaginal se necesitaba un análisis de las patologías agregadas como prolapso de la pared anterior, de la pared posterior, y prolapso del compartimiento medio. (19)

En vista de la proximidad anatómica y fisiológica de vejiga, uretra, útero, se necesita definir a todas y cada una de las patologías que existen en una mujer en particular y aplicar las técnicas quirúrgicas que mejor se adaptan a cada caso.

Clasificación de las técnicas

Cuando existe IU mixta es decir: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) e Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) se debe valorar el componente principal y corregirlo, si el componente predominante es el de urgencia se dará tratamiento médico y según los resultados se estudia la posibilidad de realizar un procedimiento quirúrgico que restaure la anatomía pélvica. Si por el contrario el síntoma predominante es el de esfuerzo se debe llevar a cirugía y complementar con tratamiento médico.

Las alternativas quirúrgicas pueden dividirse en dos categorías:

Aquellas para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo cuya etiología es principalmente la hipermovilidad de la uretra y aquellas cuya causa es una deficiencia intrínseca del esfínter. (7)

Con base en las anteriores categorías se pueden clasificar las cirugías para IUE en cinco grupos:

VIA VAGINAL: Ha sido considerada como la vía por excelencia para los ginecólogos.

Colporrafia anterior con plicatura de *Kelly / Kennedy* al cuello de la vejiga. 1937 (13,14,15)

Cistopexia Infrapúbica tipo *Powell*. 1981(No está codificada internacionalmente)

VIA RETROPUBLICA: Son técnicas cuyo fundamento radica en suspensiones abdominales diseñadas para corregir la incontinencia secundaria e hipermovilidad uretral

Suspensión retropúbica del cuello vesical.

Técnica de *Marshall-Marchetti-Krantz*, (MMK) 1949(20)

Colposuspensión o cistouretropexia suprapúbica tipo *Burch* en 1961(6)

Cistouretropexia tipo *Burch* descrita por *Tanagho* en 1976. quien adicionó unas modificaciones a la técnica quirúrgica del *Dr J.C.Burch*, basado en estudios de fisiología y anatomía." (6,24,25)

Suspensión retropúbica mediante laparoscopia. (*Vancaillie-Schuessler*, 1991) con los mismos principios de las anteriores pero usando laparoscopio, con abordaje intra o extraperitoneal, ya sea con un balón especial o con disección directa, utilizando grapas o suturas mecánicas para la cistouretropexia.(5)

Suspensión paravaginal del cuello vesical.

Reparación y rafia del defecto paravaginal. Cirugía de *Richardson* . 1976(23)

Corrección con colgajo del obturador. (*Turner-Warwick*, 1986)

3.-VIA COMBINADA: Son las que emplean ambas vías descritas anteriormente.

A.-Procedimientos de suspensión con aguja. (Requieren complementarse con cistoscopia)

Técnica con aguja de *Pereyra*. 1959

Modificaciones como: *Stamey*, 1973 *Raz*, 1981 o *Guittes*, 1987 (Cervicosuspensiones endoscópicas)(16,22)

B.-Operaciones para corregir la incontinencia secundaria a deficiencia intrínseca del esfínter uretral. (También requieren cistoscopia)

Operaciones de "cabestrillo" o tipo "Sling". (*McGuire* 1977) (21)

Cintas Trasvaginales Libres de Tensión (TVT) *Ulmsten* (27)

-Cintas transobturadoras . *Delorme* (2001)(7)

-Cintas vaginales de última generación : TVT-Secur (J.& J.) Miniarc(AMS) y Prefyx (P.P.S.)

Recientemente ha sido descritas técnicas con mallas para corrección del prolapso del componente anterior y del posterior, comercialmente denominada "Elevate" (AMS), cuyas zonas de fijación están fundamentalmente ubicadas por detrás de las espinas ciáticas

INYECCIONES PERIURETRALES: La inyección de agentes que produzcan disminución del calibre de la uretra está indicada en el manejo de la incontinencia secundaria a deficiencia del esfínter uretral, sin embargo se incluye dentro de la terapia quirúrgica debido a que requieren entrenamiento especializado.

ESFINTERES URINARIOS ARTIFICIALES: *Appel* (1.988) diseñó cojines inflables aplicados al cuello vesical. Se utilizan para casos severos, muy especiales y estrictamente seleccionados, cuando todo lo anterior ha fracasado. Hay diferentes presentaciones comerciales de alto costo. (18)

Mecanismo de acción de las técnicas.

El término Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) fue descrito en 1922 por *Eardley Holland* Algunos autores le agregaron el calificativo de anatómica para diferenciarla de la causada por contracciones del músculo detrusor. (8)

Las descripciones anatómicas sostienen que la uretra se apoya en una "hamaca" entre las fascias endopélvicas y la pared anterior de la vagina, la cual está formada por cuatro condensaciones: los ligamentos pubouretrales, los ligamentos uretropélvicos, los vesicopélvicos, los cardinales y sacrouterinos. Esta "cincha" se encuentra anclada lateralmente al arco tendinoso de la fascia endopélvica y por detrás al obturador interno y al músculo elevador del ano. Normalmente las fuerzas intraabdominales causan compresión de la uretra contra la "cincha" incrementando así la presión intrauretral. Cuando la fascia endopélvica o sus anclajes están débiles la "cincha" pierde efecto compresivo sobre la uretra y se torna por consiguiente móvil permitiendo que las fuerzas intraabdominales vencen la resistencia del esfínter urinario, ocasionando por consiguiente, la incontinencia.

Enhoring, en el año 1961, propuso que la incontinencia se debía al descenso del ángulo uretrovesical por debajo de su posición normal intraabdominal, concepto que fue modificado por *Green* en 1968 clasificando a las pacientes de acuerdo a la medición de los ángulos uretrovesicales. Estos ángulos están formados por una paralela al pubis, el eje uretral y la placa basal de la vejiga (9)

Tanagho en 1976, describió una técnica, argumentando que para la corrección de la incontinencia no sólo era necesario reestablecer la ubicación del cuello vesical a una posición retropúbica intraabdominal, sino a la elongación de la uretra, lo que permitía una mejor distribución de las fuerzas de continencia sobre ésta. (24, 25)

Ante el fracaso de la cirugía de *Kelly* para las pacientes con un gran componente posterior o celes grandes y para el manejo de las recidivas de las cirugías retropúbicas, condujo a que muchos autores desarrollaran procedimientos combinados ocasionando una verdadera proliferación de diferentes técnicas del procedimiento de *Pereyra*, tratando de hacer operaciones menos mórbidas y más sencillas.(18)

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) demostró un alto fracaso particularmente con la técnica de *Kelly*, afortunadamente con el advenimiento de la urodinamia como recurso de estudio y diagnóstico en incontinencia urinaria y el concepto de Deficiencia Esfinteriana Intrínseca, se

reactivaron las cirugías de "cabestrillo" descritas anteriormente, indicándolas en su mayoría para tratar los fracasos de cirugías anteriores. (3 .18)

En 1993, *Ulmsten* y *Petros* describen una hipótesis argumentando que el principal mecanismo fisiológico es el tercio medio de la uretra pues es allí donde se localiza la máxima presión uretral, descartando así la longitud funcional de la uretra y su posición intraabdominal. Afirman estos autores que al colocar una cinta a manera de "cincha" libre de tensión en el tercio medio de la uretra, permitirá la tunelización normal durante la fase de evacuación, se logra así un mecanismo de micción más fisiológico, ya que las fuerzas solo se ejercerían sobre la cinta únicamente con los esfuerzos.

Criterios de elección de la técnica

Teniendo en cuenta el propósito del presente artículo, no se pretende describir y explicar detalladamente cada una de las cirugías descritas en los cinco grupos mencionados anteriormente. Consideramos que existen textos especializados sobre el tema y por lo tanto nos limitaremos en concentrarnos en las técnicas más usadas y con las que se tiene mayor nivel de evidencia para su implementación según la MBE.

Para el manejo de la incontinencia se debe clasificar clínicamente, en categorías descritas por Blaivas modificadas, es decir en algunos de los cinco grupos, en lo posible con la medición del punto de Presión en el Punto de Escape (ALPP), la que fundamentalmente ubica las alternativas de tratamiento en los siguientes grupos.

Tipo 0. Obtenida por la anamnesis, casos en los cuales se sugiere tratamiento médico: Rehabilitación del piso pélvico y educación miccional.

Tipo I. Los casos con hipermovilidad uretral y prolapso pequeño de la pared vaginal anterior, con IUE de grandes esfuerzos o IUE leve. Se aconseja tratamiento médico y se opera si esta fracasa. Técnica de elección: Suprapúbica. Recientemente se han utilizado cintas transvaginales

Tipo IIA. Existe hipermovilidad uretral, y moderado prolapso anterior, pero su sintomatología es mayor y la IUE se da con medianos a pequeños esfuerzos. Técnica de elección: Suprapúbica. Excepto que presente alguna contraindicación para cirugía abdominal (obesidad mórbida, contraindicación médica). En ese caso se elegiría una técnica con cintas libres de tensión

Tipo IIB. Similar a la anterior pero con prolapso anterior más grande. Requerirá además de la corrección de la IUE, una cirugía complementaria para el tratamiento de los celes.

Concomitantemente con la histerectomía vaginal o la corrección del cistoenterocele o del prolapso de la cúpula vaginal según sea el caso. una fijación al sacrociático con agujas, si las condiciones específicas de la paciente lo requieren.

Tipo III. Cuando además del del cistocele existe una Deficiencia Esfinteriana Intrínseca. Se trata de una IUE de difícil manejo o de una IUE recidivante. Técnica de elección: "Cabestrillo", en especial si no hay movilidad uretral adicionando una uretrolisis para liberarla. El TVT también podría estar indicado si hay una hipermovilidad uretral, o una técnica transobturatriz. (4)

Posteriormente se advirtió que la "Incontinencia de Urgencia" sin infección representaba realmente la contracción inapropiada del detrusor con bajos volúmenes de llenado de la vejiga. Simultáneamente ya se habían definido dos entidades: Incontinencia Anatómica de Esfuerzo (genuina), e Inestabilidad del Detrusor cuyo término ha sido reemplazado por Hiperactividad vesical.

La primera entidad, es decir, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) podía ser objeto de corrección quirúrgica, pero la segunda no. Cuando existía Hiperactividad del detrusor, muchos cirujanos pensaban que estaba contraindicada la intervención.

Sin embargo, existe un buen número de pacientes en quienes ocurren simultáneamente las dos anormalidades. Ante estas circunstancias, hay una variedad de criterios, pues en algunas escuelas la corrección del componente anatómico mejorará en forma global los síntomas.

Algunos autores afirman que cuanto menos grave es el defecto anatómico, mayor posibilidad hay que desaparezca la inestabilidad del detrusor, después de la cirugía correctora.

Por el contrario, en el caso de Incontinencia Anatómica grave, particularmente la que se acompaña de baja resistencia en la porción superior de la uretra, los síntomas de hiperactividad pueden agravarse con la cirugía

En nuestra escuela tenemos como norma que cuando se confirman los dos diagnósticos, se realizan tratamiento médico previo y posteriormente de acuerdo a la evaluación urodinámica, se procede posteriormente a la corrección anatómica. (17, 18)

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ANTE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

1º.-Hasta la fecha las cirugías retropúbicas tienen los mejores resultados a largo plazo en incontinencias tipo I y II.

Las técnicas tipo cabestrillo están indicadas para la Incontinencia tipo III, y ante, los buenos resultados se ha sugerido también para las I y II.

Teniendo en cuenta los buenos resultados obtenidos con las Cintas Vaginas Libres de Tensión (TVT) son las más aceptadas en la actualidad

2º.-De todas las mencionadas anteriormente, el criterio para escoger alguna técnica está supeditado al diagnóstico, conocimiento, al entrenamiento y obviamente a la experiencia del cirujano, después de la información detallada a las pacientes de los resultados y las complicaciones de las mismas.

Recomendación grado B.

3º.- La cervicosuspensión endoscópica (descrita por Stamey) y técnicas similares, su eficacia es muy baja, razón por la cual en la actualidad no es aconsejable.

Recomendación tipo C.

4º. Las técnicas de Kelly y de Guittes, debido a la pobreza de su eficacia, no son aconsejables.

Recomendación tipo D.

COMENTARIOS

El mejor conocimiento de la fisiología del piso pélvico y por ende de la fisiopatología de la Incontinencia, nos permite acercarnos a procedimientos quirúrgicos más efectivos y con menor morbilidad intra y posoperatoria.

Aunque los resultados de las técnicas Transobturatrices (TOT) son discretamente superiores a las Cintas Libres de Tensión (TVT) en lo referente a morbilidad intraoperatoria, consideramos prudente dar un margen de espera a largo plazo, debido a las diferencias cronológicas que existen hasta la fecha entre las dos técnicas.

El éxito del tratamiento quirúrgico para corrección de la Incontinencia Urinaria Femenina, depende no sólo del buen conocimiento de las técnicas, como de los recursos para practicarlas, sino de la experiencia de los especialistas y obviamente de las conclusiones obtenidas de la Medicina Basada en la Evidencia.

Es un requisito fundamental, la información detallada a las pacientes candidatas a la cirugía, advertir las complicaciones tanto intra como postoperatorias y la eficacia de los procedimientos.

Es de suma importancia tener en cuenta que hasta el momento no ha sido descrito un procedimiento quirúrgico que alcance el 100% de eficacia en el manejo de la Incontinencia Urinaria Femenina

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1º) *Aldridge A.H.*: Transplantacion of fascia for relief of urinary stress incontinence. Am. Jour. Obst Gyne 1942 P: 44:398.
- 2º) *Bailey KV*: Clinical investigation uterine prolapse with stress incontinence: treatment by modified Manchester Colporrhaphy. 1954 J. Obs. Gyn. Br p: 61:291
- 3º) *Becerra CA.*- Subretal Sling operations for urinary incontinence in women. The Cochrane Library Issue 2.-2003 Oxford Update Software
- 4º) *Blaivas JG.* Clasificación of stress urinary incontinence (Abstract:825) Proceedings of American Urology Association 79th Meeting. 1984 p.310.
- 5º) *Brown J.S.* Hysterectomy and Urinary Incontinence a systematic review. Lancet.-2000:356,535,539
- 6º) *Burch JC.* Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse.-1961 Am. J. Ob. Gyn. p: 81:281
- 7º) *Buchsbaum HJ.* Gyn. and Obst Ur. Third Edition Philadelphia W.B. Saunders 1993 : 285,303 .323
- 8º) *Delorme E.* Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women Prog-Urol.-11:1306-1313
- 9º) *Enhoring G.* Simultaneous recording of intravesical and intraurethral Pressure Acta Chir. Scand 1961: 276 (Suppl)
- 10º) *Fothergill W.E.* On the pathology and the operative treatment of displacement of the pelvic viscera J. Ob. Gyn Br. 1908 :13:410
- 11º) *Gittes RF* No incision pubovaginal suspension for stress incontinence J. Ur. 1987 . 128
- 12º) *Goebell R* Operativen Besetzung der Angeborenen Incontinencia vesicae-Gynakologische Urology 1910 : 2.287
- 13º) *Glazener MC* Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women (Cochrane review) In Cochrane Library Issue 2. 2003.- Oxford Update Software
- 14º) *Green TH jr* Development of a plan for the diagnosis and treatment of urinary stress incontinence Am. Jour. Obst. Gyn :1962 83:632
- 15º) *Hodgkinson CP* Urinary Stress incontinence I the female a program for preoperative investigation 1963:6:154
- 16) *Kelly HA* Incontinence of urine in the women urol. Cut. rev 1915 Rev 17:6
- 17º) *Kennedy WT.* Incontinence urine in the female -The urethral sphincter mechanism., damage of function, and restoration of control. A. J. Obst. Gyn 1937:34-576
- 18º) *Lomanto A.y Cols* Análisis Crítico de las Técnicas quirúrgicas en el manejo de la IUE . Revista Colombiana de Urología.- Vol X Nº 1 mayo 2001.23-102
- 19º) *Lomanto A.y Cols* . Incontinencia Urinaria Femenina. Sociedad Colombiana de Urología. Incontinencia Urinaria Femenina 1º edición.-Bogotá Lito Camargo Ltda. 2004.-75:549
- 20º) *Malpas P.* Genital Prolapse British Obstetric. And Gynecologic Practice London Heineman :p:6:1958
- 21º) *Marshall VF, Marchetti A.A, Krantz KE* The Correction of Stress urinary by simple vesicourethral suspension Surg. Gyn. Obs. 1949: 88:509
- 22º) *McGuire EJ* Stress urinary Incontinence Obst. Gynec 1976 :47:255

- 23^o) *Pereyra AJ* A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women.-. *West J.Sur.Obst.Gyn.* 1959.-67:253
- 24^o) *Richardson AC* et Al Treatment of stress urinary incontinence due to paravaginal fascial defect. 1981: 57:387
- 25^o) *Stamey TA.*- Endoscopic suspension of the vesical neck for Urinary incontinence in females. *Ann. Surg* 1980: 192:145
- 26^o) *Tanagho EA.*- Colpocystourethropexy.The way do we do it *The journal Urology* 1976 Vol;116 .- 751:753
- 27) *Ulmsten* et al.-Intravaginal slinplastry: An Ambulatory surgical procedure under for treatment of female urinary continence. *Scand. Journal Urology Nephrology.*- 1995,29 : 75-82