

11217

16

29

Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" I.S.S.S.T.E.



Do B. O. Pineda

*Dr. CESAR SANTIAGO PINEDA
20 mayo 1983*

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA INCONTINENCIA URINARIA AL ESFUERZO

- REVISION DE CASOS -

DR. GONZALO CASTAÑEDA

★ SET. 6 1983 ★

Secretaría de Enseñanza e Investig.

I. S. S. S. T. E.

TESIS DE POST-GRADO

en Opción al Título de Especialista en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. **RALPH ALBERTO ORTEGA BOURQUEZ**

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANATOMIA
- 3.- FISIOLOGIA
- 4.- GENERALIDADES
- 5.- METODOS DE DIAGNOSTICO
 - a) videocistouretrografía
 - b) cistoscopia
 - c) uretrocistometría
 - d) electromiografía del esfínter externo de la uretra
 - e) Uretrocistografía con cadena de cuentas
 - f) Historia clínica y examen físico.
- 6.- EFECTOS DE LA RELAJACION PELVICA SOBRE LOS PROBLEMAS UROGINECOLOGICOS
- 7.- METODOS DE ABORDE QUIRURGICO
 - a) Plastia de Kelly
 - b) Operación de Aldrige
 - c) Uretropexia retroúbica de Marshall Marchetti Krantz.
 - d) Operación de Hirsch.
 - e) Operación de Cobb y Tadge.

f) Operación de Ridley Parker Beck.

g) Operación de Pereyra modificada

8.- COMPLICACIONES QUIRURGICAS

9.- MATERIAL Y METODO

10.- CONCLUSIONES

11.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

La insuficiencia urinaria al esfuerzo, padecimiento - altamente frecuente en el medio hospitalario tanto en el servicio de Urología como en el servicio de ginecología, es hasta el momento actual una entidad nosológica que no ha sido manejada - en la forma adecuada, iniciándose ello incluso a partir de su propia nomenclatura, pues es del común denominador enunciarla - como Incontinencia urinaria de esfuerzo, lo cual es del todo in correcto, ya que no depende de esfuerzo sino que es consecutiva al esfuerzo.

Decidimos enfocar este Padecimiento en base a que aún cuando es frecuente en especial en medio socioeconómico bajo no se ha logrado de manera objetiva integrar un parámetro estandar para su manejo médico-quirúrgico, de manera tal que en un mismo hospital y mas aún dentro de un mismo servicio sea este de Urología ginecológica o de Ginecología se aprecian diversas conductas de manejo de pacientes con tan difícil padecimiento dado su enfoque fisiológico, marital y en especial desde su punto de -- vista psicosocial.

Partiendo por consiguiente de una definición considerándose como tal la enunciada por la sociedad Internacional para estandarización y Recomendaciones que a la letra dice: " Se - considera la incontinencia urinaria al esfuerzo la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede la máxi-

ma presión uretral en ausencia de contracción del músculo detrusor" (26), trataremos de unificar en este ensayo un criterio de manejo que reditúe en beneficio de estas pacientes, tomando en cuenta los medios con que se cuenta en prácticamente todos los hospitales del ISSSTE, Comentando durante el desarrollo de esta investigación los diferentes métodos de estudio y diagnóstico -- con que se cuenta en otros hospitales del extranjero, así como -- diversas técnicas de abordaje quirúrgico y complicaciones del mismo; intentando al final llegar a una serie de conclusiones que -- nos haran meditar de manera profunda acerca del futuro de este -- cuadro nosológico en México desde un punto de vista Institucional.

Así mismo comentaremos lo que se ha realizado en el -- Hospital General "Gonzálo Castañeda" del ISSSTE durante el periodo comprendido entre el 1o. de enero de 1982 hasta el 31 de diciembre del mismo año, es decir en aquellos casos en que como residente de último año de especialidad se tiene la oportunidad de participar; mencionaremos las diversas rutinas que se llevan a -- efecto, así como las diversas técnicas quirúrgicas, su pronóstico, manejo pre-trans y postoperatorio, complicaciones y recidivas en los mismos. Trataremos de enfocar las dudas en inquietudes que surgen en la mente del Residente; la ausencia o presencia de rutinas de manejo, la carencia casi absoluta de material de investigación y diagnóstico que presenta nuestro Hospital da-

das las actuales circunstancias del mismo; y del empeño de todos los residentes de diverso grado de tratar lo mejor que se puede a las pacientes que en forma desinteresada y anónima se ponen en manos de quienes como yo aspiramos a convertirnos en expertos en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

ANATOMIA.

No es de ninguna manera nuestra intención redactar en esta tesis de forma detallada las características y relaciones del aparato genital de la mujer por lo que de forma somera podemos considerar que las relaciones entre útero y vagina son muy estrechas, lo que da todavía aún una inestabilidad a la patología de la porción inferior del ureter y la vejiga.

La vejiga macroscópicamente es un órgano muscular hueco que tiene como funciones primordiales el almacenamiento y evacuación de la orina; en la mujer la cara posterior y la cúpula de la misma, esta invaginadas por el útero. Tiene una capacidad en el adulto variable aproximadamente de 400 a 500 cc. Cuando está vacía, queda situada por detrás de la sínfisis del pubis siendo en gran parte un órgano pélvico. De la cúpula vesical se extiende hasta el ombligo un cordón fibroso resto embrionario del uráco que es denominado ligamento umbilical medio. Los ureteros penetran en la vejiga en su porción posteroinferior de manera oblicua constituyendo los ángulos que delimitan el trigono vesical quedando entre si a este nivel a una distancia aproximada de 2.5 cms. Localizados en los extremos del rodete interureteral se encuentran los orificios ureterales siendo de forma semilunar. El esfínter interno o cuello vesical no es un verdadero esfínter circular, sino es un engrosamiento formado por la convergencia y

entrelazamiento de las fibras del músculo vesical. La irrigación arterial procede de las arterias vesical superior, media e inferior ramas del tronco anterior de la hipogástrica; así como ramas de la obturatriz, glútea inferior, uterina y vaginal. (25)

La uretra, se extiende del cuello vesical, atraviesa el piso urogenital y concluye en la parte anterior de la vulva en el vestíbulo. Existe dos porciones: superior o pélvica y la perineal o inferior. Es casi vertical en posición de pie y mide aprox. 4 cms; presenta una forma de hendidura transversal en su extremidad vesical, longitudinal en su porción vulvar y estrechada en su parte media. Su porción superior se relaciona con el plexo venoso de Santorini. El cuerpo, queda rodeado por las fibras del esfínter externo, hojas de la aponeurosis perineal y profundo transverso del periné. Recibe ramas de la vesical y vaginal en su porción superior y de la vulvar y uretral en su parte inferior. (25)

Vagina, conducto musculomembranoso se extiende del cuello uterino a la vulva siguiendo dirección oblicua hacia abajo y adelante, siendo plana, menos en sus extremidades. Su extremidad superior forma una cúpula que se engarza con el cervix formando fondos de saco. La longitud es de aprox. 8 cms. siendo su pared anterior de aprox. 7 cms. y la posterior de 9 cms. La cara anterior esta relacionada con la vejiga y con la uretra. La posterior con el fondo de saco de Douglas y el recto. Sus bordes se relacionan con la parte inferior del ligamento ancho, ureter, --

haces internos del elevador del ano, aponeurosis media del perineo, transverso profundo, constrictor de la vulva y las glándulas de Bartolino, recibe arterias vaginal rama de la hipogástrica, ramas de la uterina y la hemorroidal media.

Diafragma pélvico. Está compuesto del músculo elevador del ano que presente 3 fascículos: anterior o pubococcigeo, separado de su homólogo en su inserción pubiana por un espacio de 2 cms. emitiendo tres porciones: el más interno forma un asa alrededor de la vagina, alcanzando el borde posterior del triglo vesical urogenital terminando en la cuña perineal constituyendo el elevador de la vaginá. El fascículo intermedio forma un asa alrededor de la unión anorectal insertandose en el rafé anococcigeo constituyendo propiamente el elevador del ano. Un fascículo externo en forma de Y cuyo pie se inserta en el rafé anococcigeo y en el borde del coxis. El elevador del ano está envuelto en su propia fascia continuación de la fascia transversalis. (25)

Diafragma urogenital. El grupo secundario de musculos estriados de la región pélvica comprende el diafragma urogenital incluyendo a los músculos: bulbocavernoso, isquiocavernoso y transverso del periné, los cuales participan en el cierre del orificio vaginal y no funcionan como estructura de sostén. (25)

Fascia endopélvica. Durante muchos años ha existido controversia sobre la existencia de la fascia endopelvica; sien

do el consenso positivo para la existencia de dicha fascia que se continúa con la fascia retroperitoneal por arriba y la fascia superior de los músculos elevadores del ano por debajo; como componentes tiene fibras elásticas y colágenas entremezcladas con fibras de músculo liso; en algunas zonas es condensada y compacta, en tanto que en otras contiene mucho tejido areolar laxo en el cual puede depositarse grasa en la mujer obesa. En términos generales el tejido areolar que rodea las vísceras pélvicas internas contiene pocos depósitos de grasa. (25)

Los ligamentos redondos están compuestos en gran parte por músculo liso, pero pueden tener tejido elástico que brinda poco apoyo al útero y se restirá notablemente durante el embarazo. Siendo por lo tanto inadecuados para sostén.

Lo mismo puede decirse de los ligamentos uterosacros que constan también de tejido fibroelástico y músculo liso. Son poco más densas que las fibras areolares de la excavación entre el recto y la vagina a nivel del orificio interno del cuello uterino. También pueden ser estirados y adelgazarse extraordinariamente. (25)

Los ligamentos infundibulopélvicos, constan de dos capas de peritoneo y la estructura de tejido laxo areolar que rodea los vasos ováricos estructura que es identificable en el estrecho pélvico superior y proviene de útero, mesoovario y mesosalpinx para unirse por sí mismo a la estructura del útero.

Ligamentos cardinales. A nivel del orificio interno -- del cuello uterino existen condensaciones de tejido fibroelástico de la fascia endocervical fusionándose por abajo con la fascia pubocervical: En sentido interno están penetrados por los vasos uterinos.

Fascia pubocervical. Nace en el punto de origen de los músculos elevadores del ano, su fascia proviene de la línea blanca de la pelvis y de la cara posterior del pubis; rodea a la vagina con una capa densa en sentido anterior y una capa más delgada y menos precisa en sentido posterior. Esta estructura brinda sostén firme a la vejiga y uretra cuando se le aplica adecuadamente. (25)

FISIOLOGIA.

Consideramos que lo más importante dentro de la fisiología a tratar se encuentra en el control nervioso de la función uretrovesical. Lo cual depende de una complicada acción recíproca entre circuitos neuronales del cerebro y medula espinal. ---- Creando un delicado equilibrio entre la excitación y relajación - del musculo vesical. Siendo el resultado la culminación satisfactoria de las dos funciones gemelas de la vejiga, es decir almacenamiento y evacuación de la misma. Dependiendo la primera como - condición previa de que la presión circulante sea más alta que - en el interior de la vejiga.

La estabilidad refleja requiere interacciones sinápticas en diversos niveles, los cuales están organizados en cuatro asas o arcos reflejo.

ASA I Conexiones entre los lóbulos frontales y tallo - encefálico.

ASA II. Conexiones entre tallo encefálico y vejiga urinaria.

ASA III. De la vejiga urinaria al núcleo pundendo.

ASA IV. Inervación supraespinal y segmentaria del musculo periuretral. Siendo rudimentaria en la mujer.

Asa I. Consiste en una vía que se extiende desde una porción de los lóbulos frontales al tallo encefálico específica-

mente localizada en la porción anterointerna de los lóbulos frontales. Proporciona el control volutivo de la contracción del músculo detrusor y en consecuencia, los componentes nerviosos pueden iniciar o suprimir la contracción de dicho músculo. Ello puede ser probado clínicamente por cistometría.

El tálamo en el punto nuclear final donde es elaborada la información sensitiva procedente del detrusor antes de transmitirla a la corteza cerebral.

Asa II. Consta de un componente espinal y otro periférico. La primera consiste de axonas sensitivos propioceptivos que desde el músculo detrusor ascienden al núcleo detrusor del tallo encefálico y de axonas motores que descienden por médula espinal hasta la porción sacra de la misma.

El componente periférico incluye axones propioceptivos que conducen impulsos desde el músculo detrusor y axones motores consistentes en inervación pre y posganglionar para el músculo detrusor.

El núcleo detrusor en el tallo encefálico es el término del Asa I y el comienzo del Asa II. Está localizado en la formación reticular.

El impulso de salida del núcleo detrusor del tallo es modulado por el cerebelo.

La médula espinal continúa el tallo y termina en el extremo caudal en forma de cono situado entre la primera y segunda vertebra lumbar.

De las porciones dorsal y ventral de la médula sale una serie ininterrumpida de raíces nerviosas las cuales se fusionan lateralmente para formar 31 pares de nervios raquídeos. La cola de caballo junto con los nervios periféricos integran el componente periférico del Asa II.

Componente espinal: pueden clasificarse los arco reflejo de la médula espinal en tres grupos:

1.- Neuronas aferentes del músculo detrusor y de la uretra que entran por vía de las raíces dorsales, terminando en la substancia gris de los núcleos pudendo y detrusor.

2.- Interneuronas situadas en la substancia gris de la médula sacra que establecen conexión con los grupos pudendo y detrusor.

3.- Neuronas del núcleo pudendo localizadas en el asta anterior de la substancia gris.

Las neuronas motoras son de dos tipos Alfa y Gamma. La primera es una célula mielínica con conducción rápida que termina en una placa motora del músculo estriado periuretral. La segunda eferente es apenas mielínica, de conducción más lenta que inerva fibras musculares en el huso receptor de la musculatura de la pelvis. La neurona del núcleo detrusor dan origen a axones preganglionares mielínicos.

Componentes periféricos. El componente del Asa II transmite impulsos a la vejiga y al componente espinal de dicha

asa y a la inversa. El núcleo motor detrusor de la médula se halla localizado en la columna intermedia lateral de células de los segmentos S2-S4. El núcleo del nervio pudendo que inerva el músculo estriado periuretral se encuentra situado en el asta anterior de la sustancia gris sacra que se extiende desde los segmentos S1-S3. Los potenciales de acción preganglionar son iniciados en las neuronas motoras del músculo detrusor y se desplazan en las raíces anteriores S2-S4 para terminar sobre las neuronas posganglionares en los ganglios pélvicos.

Los que están localizados en el tejido conectivo de la pelvis principalmente en los intersticios del detrusor. Los axones preganglionares terminan por sinapsis con las dendritas de las neuronas posganglionares. El transmisor liberado a este nivel es la acetilcolina que produce excitación mientras que el agente transmisor liberado a nivel de sinapsis preganglionares simpáticas o lumbares en los ganglios pélvicos es un agente adrenergico que produce inhibición. Su liberación queda condicionada por un proceso llamado exocitosis que depende a su vez del ingreso del ión calcio. Una vez liberado el agente transmisor puede excitar o inhibir el punto posganglionar.

Inervación del núcleo detrusor. Los impulsos generados por las neuronas posganglionares se desplazan por sus axones para inervar el músculo detrusor donde forman terminaciones neuromusculares de dos tipos:

1.- Azonas fusiformes con varicocidades repletas de vesículas que contienen agente transmisor, que posee carácter colinérgico en tanto otras vesículas sinápticas contienen un agente adrenérgico concluyendo en una contracción prolongada.

2.- Terminación neuromuscular caracterizada por yuxtaposición íntima de la varicosidad del axón a la célula del músculo liso. La liberación de agente de tipo colinérgico produce excitación y contracción. La excitación es conducida desde la célula inervada a otra cercana no inervada mediante una unión muy firme la cual representa la fusión de la membrana de la célula y constituye una vía de baja resistencia.

Inervación sensitiva. Los receptores se hallan localizados en la submucosa, mucosa y músculo detrusor y los correspondientes a este último son propioceptivos respondiendo a la contracción o distensión vesical. Los situados en la mucosa y submucosa son exteroceptivos y estimulados por contacto y dolor.

Organización refleja. Este tipo de organización incluye:

1.- Reflejos que inician la contracción del reflejo detrusor en especial en Asas I y II:

2.- Reflejos que sostienen la contracción sobre todo reflejos uretrovesicales.

3.- Reflejos que terminan la contracción, inhibición recurrente y Asas I-II.

De lo anterior se concluye que la función uretrovesical depende de una interacción compleja de reflejos del sistema nervioso central y estas proporcionan mecanismos para el control de la función neuromuscular periférica. (16)

GENERALIDADES.

Los disturbios de la micción no pueden ser convenientemente valorados sin conocimiento previo de las características habituales de la micción normal. (12) Al suceder la distensión de la pared vesical, la presión permanece constante (10 cc de agua) - hasta un límite que representa la capacidad vesical y que suele oscilar entre 200-400 cc. Al lograr a esta cifra de contenido, el detrusor se contrae elevándose la presión vesical en forma brusca hasta 25 cc de agua, que se traduce en sensación de plenitud, primera necesidad de micción. La cual se realiza en forma voluntaria. Esto es debido a dos acciones simultáneas:

a.- retorno de las paredes vesicales a la posición de partida por acortamiento del detrusor.

b.- la relajación del medio de contención voluntaria.

(10)

La presión intraabdominal solo suple o completa la acción del músculo vesical deficiente.

En la definición de incontinencia urinaria al esfuerzo ya enunciada en nuestra introducción debe considerarse evidentemente eliminadas las siguientes:

1.- la incontinencia de origen uretral.

2.- El abocamiento ectópico de un ureter supernumerario.

3.- malformaciones congénitas.

4.- fístulas vesicouretrovaginales.

5.- cistitis e inflamaciones del cuello vesical. (26)

Nuevamente hacemos mención a las diferentes clasificaciones publicadas y los múltiples métodos de tratamiento lo que es testimonio suficiente de la confusa comprensión de sus causas.

Para algunos autores como García Hernández, es importante el clasificar por grados la incontinencia urinaria pero esto resulta tal vez un poco arbitrario:

1er. grado: intermitente, mínima, que no sobreviene -- salvo algunos esfuerzos.

2do. grado: más frecuente obligando a la paciente a -- protegerse pero que ocurre solamente al estar de pie o sentada.

3er. grado: la incontinencia es total independientemente de la posición adquirida por la paciente con a veces desaparición de toda micción normal. (12)

Los descensos y prolapsos son afecciones progresivas -- abandonados a su evolución natural se acentúan lenta pero paulatinamente (5).

En orden de distinguir las diferentes formas de I.U., -- una cuidadosa historia y un examen general incluyendo la investigación ginecológica y urológica podrán dar valiosos pero no siempre seguros datos. En algunos casos solamente una completa investigación urodinámica revelará las verdaderas causas de esta mo--

esta condición (19).

Es también conocido que la relación entre la relajación pélvica y la incompetencia uretral no es cerrada. Solamente la mitad de las pacientes de la Maternidad del Hospital Universitario de Basilea Suiza que presentaban cistocele se quejaban de incontinencia urinaria (19).

Las investigaciones de Enhorming han demostrado que las simples leyes hidráulicas rigen también para la incontinencia de orina funcional o la incontinencia esfinterica a través de la uretra (2).

Green preconiza al igual que Lund que es la desaparición del ángulo uretrovesical el factor que suele producir la incontinencia urinaria (22)

En estudios realizados en la Universidad de Liverpool se han realizado investigaciones respecto a la I.U. y la función sexual mencionandose en un reporte de la relación de estos desórdenes urinarios y sus efectos adversos en su vida sexual en aproximadamente 46% de los casos, comentandose como uno de dichos efectos la dispareunia, disminución de la libido, goteo urinario durante el coito y depresión o perturbación (28).

Aproximadamente existen en Bretaña dos millones de mujeres con I.U. particularmente debida a irritabilidad del músculo detrusor sin que hasta el momento haya sido aclarada en forma adecuada su origen sospechandose alteraciones neuro-

lógicas. (28)

Existen así mismo reportes acerca de factores mentales relacionados con la I.U pero ello fué considerado como secundario a irritabilidad del musculo detrusor. (23)

La aparición de la I.U. varía considerablemente dentro de los diversos grupos de población, siendo más frecuente en medio socioeconómico bajo, rara antes de los 25 años así como en mujeres que no han tenido partos. El trauma que implica el paso de la cabeza a través del piso de la pelvis posee al parecer gran importancia para la producción de este cuadro patológico.

Así mismo se menciona su predominio en mujeres blancas, menor en negras y como padecimiento raro en Asia (3)

El hallazgo de factores psicógenos importantes en algunas pacientes con IU. crónica es bien conocida. Cabría esperar que la valoración psiquiátrica pudiera contribuir a su mejor tratamiento y brindar recomendaciones para la terapéutica apropiada de problemas situacionales y emocionales.

Según Green se ha comprobado que la disinergia del detrusor es la segunda causa por su frecuencia de incontinencia urinaria en la mujer.

Considerando que cerca del 10% de las pacientes con IU. sufren dicha alteración (5).

El mismo autor comprobó que la actividad hiperirrita-

ble del musculo detrusor en esas pacientes cuyo mecanismo de sos tén es generalmente normal, suele ser manifestación de un estado de ansiedad subyacente fácilmente identificable y a menudo de larga duración estableciendo la cronicidad de la psicopatología subyacente en estas paciente. Lamentablemente la terapéutica en estas pacientes es difícil con resultados imprevisibles y con -- frecuencia no satisfactorios. Llegando con ello a la designación reciente de vejiga inestable.

Existe un reporte de Larson y cols. de 37 casos de retención urinaria que al ser sometidas a valoración psiquiatrica se reportó de 25 mujeres 17 neuróticas y 8 psicóticas. (23)

Asi mismo Gates y Weinberger han psotulados que los -- síntomas urinarios psicógenos pueden ser la expresión fisiológica de frustración e ira por sentimientos de inadaptación sexual. (26)

Cardozo menciona la importancia de diferenciar la IU. al esfuerzo genuina con la inestabilidad del músculo detrusor co mentando una edad promedio para la primera de 50 años con paridad de 2-4, con una variante de cirugias previas para IUE. de -- 0-6 en tanto que para la segunda, la edad promedio era de 50-5, paridad de 1-8 y cirugías previas de 0-5, encontrando en un es-- tudio de 200 pacientes 92% con I.U.E y un 72% con inestabilidad del músculo detrusor eran multíparas de dichas pacientes; 67 --- eran de origen idiopático y 23 con patología neurológica de fon-

do como esclerosis múltiple, AVC, lesiones medulares y hematomas subdurales. (7)

Farrar demostró en 1975 que si la IUE. era la queja principal, era obvio que la paciente presentara incontinencia orinaria al esfuerzo genuina mientras que la urgencia miccional e incontinencia de estress hacía el diagnóstico de inestabilidad del músculo detrusor. (8)

Se ha encontrado que la multiparidad y la menopausia son factores de tomar en cuenta en el grupo de mujeres con incontinencia orinaria genuina. Existen dos picos de aumento de frecuencia en el grupo con inestabilidad del detrusor: el primero existe antes de los 50 años y no parece relacionarse con multiparidad ni menopausia. El segundo pico ocurre luego de los 70 años y probablemente se relaciona con aterosclerosis senil.

Así mismo se aparecía falta de correlación entre prolapso de pared vaginal anterior con la incontinencia orinaria genuina y no existe tampoco entre los hallazgos de prolapso vaginal e inestabilidad del musculo detrusor. (14)

El diagnóstico de inestabilidad del detrusor fué hecha si la contracción del detrusor excedía de 15 mm de agua (11 mm Hg) en presión durante el llenado estando la paciente sentada, de pie, tosiendo con o sin goteo. Y el diagnóstico de incontinencia urinaria genuina si ocurría goteo involunta--

rio en ausencia de contracción del músculo detrusor. (26)

Farrar reporta que alrededor del 90% de mujeres que se quejan de incontinencia al esfuerzo solo tienen "goteo de esfínter"; 80% que se quejan de incontinencia al esfuerzo e incontinencia de urgencia tenían irritabilidad del detrusor. Sin que el síntoma de incontinencia genuína sea necesariamente indicativa del diagnóstico de genuína incontinencia al esfuerzo. -

(8)

METODO DE DIAGNOSTICO

Existen actualmente diversos métodos de investigación para el diagnóstico oportuno y adecuado de la incontinencia urinaria al esfuerzo; los cuales en su gran mayoría no se realizan en nuestra institución tanto por la satisfacción de los mismos, como su alto costo de adquisición. No es por lo tanto el propósito de este trabajo el demostrar las deficiencias a la que día con día se enfrenta el Residente de especialidad sino por el contrario es simplemente el intentar de la mejor manera posible enumerar los métodos de investigación que en otras partes del orbe se llevan a efecto en la actualidad y que aún contando con ellos no se ha logrado en forma adecuada la estandarización del manejo de dichas pacientes.

Cantor y Bates realizaron un estudio comparativo acerca de síntomas y descubrimientos urodinámicos en mujeres incontinentes que mencionaban como sus principales síntomas urinarios nicturia, enuresis nocturna e incontinencia de urgencia en pacientes con inestabilidad del detrusor. (6)

Se ha demostrado que la misma reduce la posibilidad de cura quirúrgica en la mujer incontinente.

La frecuencia de micción fué definida como el vaciamiento durante el día con un intervalo de tiempo de dos horas o menor. La nicturia fué definida como el vaciamiento urinario

fuera de la cama una vez por la noche como promedio. La enuresi si nocturna fué definida como incontinencia ocurrida en cama de noche sin respecto de la frecuencia. El término urgencia incluye ambos tipos motor y sensitivo.

Los pacientes fueron investigados con videocistoure--trografía, con medición de la presión vesical y rectal así como la presión del detrusor electrónicamente. Haciéndose el diagnós--tico de inestabilidad si la presión subía a 15 mm de agua o más, o si la presión del detrusor se elevaba con tos o sentada.

Nuevamente se aprecia en sus investigación la dificul--tad del clínico en saber diferenciar entre la IUE y la inestabi--lidad del detrusor ya que la frecuencia de la micción fué común en ambas. Pero la nocturia fué un mejor parámetro a ese respec--to con un 34% y 67% respectivamente. El 67% de pacientes que --presentaban inestabilidad del detrusor solo sencionaban síntoma--tología diurna. El 96% de la urgencia ocurre con inestabilidad del detrusor. pero en 75% de vejigas estables. Cuando 2 o 3 sín--tomas estaban presentes, la incidencia de inestabilidad del de--trusor estaba entre 76 y 81% (26)

Con relación a la videocistouretografía podemos consi--derarla como una combinación de cistometría supina y estudios --radiográficos selectivos de la vejiga y uretra durante la mic--ción que se registran en videotape junto con una interpretación al respecto. La dosis de Rx que reciben los ovarios es de 700 -

ml/min aproximadamente. Las siguientes, son característica que indican función vesical normal:

- 1.- volumen residual de orina menor de 50 mm.
- 2.- Registro de la primera sensación con 150-200 ml - de capacidad.
- 3.- Deseo imperioso de micción con 450-500 ml.
- 4.- aumento de la presión del detrusor en posición de pie o con tos hasta de 15 ml de agua.
- 5.- No pérdida de orina sino tan solo ligero descenso de la base de la vejiga durante la tos.
- 6.- Capacidad de contener la micción previa indicación en tal sentido.

Respecto a la cistoscopia como valor diagnóstico en la enferma uroginecológica menciona Flores Carreras (11) debe ser parámetro en la incontinencia urinaria, alteración importante en el patrón urinario y en paciente con antecedentes de infecciones de repetición o de hematuria.

El mayor número de pacientes de 350, consultaba por incontinencia urinaria (85.7%) y los síntomas más comunmente hallados fueron: polaquiuria, nicturia, disuria, tenesmo vesical y urgencia. Los grupos de edad eran entre la 4a. y 5a. década de la vida, una paridad entre 3-6 partos. Siendo los hallazgos más importantes: uretrotrigonitis 46%, cistitis 42.2%, estenosis del meato 31.4% y uretritis 20.8%. (11)

La cistoscopia debe comprender una inspección adecuada de toda la vejiga, en especial la desembocadura de los ureteros, así como el aspecto del chorro de la orina. El vértice debe ser inspeccionado tratando de descartar la eventual presencia de -- una úlcera de Hunner. Así como también vigilar los síntomas neurológicos del segmento sacro ya que un tumor de la cola o las - rizopatías empiezan a veces con síntomas vesicales. (16)

Drutz y Mandel realizaron en 188 mujeres análisis crio dinámicos entre ellos la uretrocistometría. En un estudio de -- 144 mujeres 85.2% tenían evidencia urodinámica de inestabilidad vesical, en tanto que solo 71.3% tuvo evidencia de debilidad de esfínter. 20% tenía cirugía previa para tratamiento de la I.U. Mencionando estas pacientes deseo irreprimible de orinar, polaquiuria e incontinencia, pero cuyo problema radica cuando menos en parte en contracciones no inhibidas del detrusor, pero que -- no puede ser identificado si el facultativo se atiende solo a la historia clínica y al examen físico, requiriéndose cistometría para valorar la función vesical y comprobar la presencia o au-- sencia de control del musculo detrusor.

Siendo la cistometría el único medio disponible para la valoración del control detrusor, por lo que es esencial. Tie ne la capacidad de poder registrar de manera simultánea las pre siones, intravesical, intrauretral e intrarrectal en posición -

erecta o supina y durante el ejercicio. Más recientemente el estudio electromiográfico del esfínter uretral externo durante la repleción de la vejiga y la micción ha proporcionado un concepto más completo de la dinámica de la micción contribuyendo a resolver problemas que no eran resueltos tan solo por cistometría.

(9) En la actualidad, es indispensable para el diagnóstico y -- tratamiento de anomalías de las vías genitourinarias como -- incontinencia urinaria ya sea de alarma, urgente, o de tipo de rebosamiento; polaquiria y deseo imperioso de orinar en ausencia de infección de las vías urinarias, vaciamiento poco frecuente de la vejiga, disminución de la fuerza del chorro o signos de vaciamiento incompleto, retención urinaria, bacteriuria recurrente, obstrucción del orificio externo de la vejiga, reflujo vesicouretral. (16)

Con el registro electromiográfico del esfínter externo uretral mencionan Klugo y Cerny pueden registrarse patrones de actividad del detrusor y el esfínter. El primero responde a la repleción con aumento gradual de la presión intravesical; -- mientras que los receptores de tensión responden incrementando la frecuencia y amplitud de las contracciones del esfínter.

La contracción del detrusor es acompañada simultáneamente de supresión completa de la actividad del esfínter externo.

Pueden existir grados variables de incontinencia en --

pacientes con actividad normal del detrusor pero con déficit de la actividad del esfínter para mantener la resistencia uretral. La interpretación debe de fundarse en los siguientes parámetros: capacidad de la paciente para contraer y relajar la musculatura del esfínter según orden al respecto con vejiga en reposo y capacidad voluntaria para contraer y relajar el esfínter durante la contracción refleja del músculo detrusor. (7)

Jarvis y Milar y Johnson hicieron el diagnóstico de inestabilidad del detrusor si la contracción del detrusor excedía los 15 ml de agua durante el llenado, sentada erecta, tosiendo con o sin goteo. La incontinencia urinaria del esfuerzo genuina fué diagnosticada si ocurría goteo involuntario en ausencia de contracción del detrusor. La urgencia sensorial fué diagnosticada si la mujer refería deseo de micción antes de 50 cc de llenado, experimentando intenso dolor vesical teniendo estable el músculo detrusor. (26)

Gershon y Diokno, realizaron un estudio de 6 pacientes con IUE antes y después de visopexia anterior, incluyendo en su manejo medición del flujo urinario, cistometría, perfilometría de presión uretral, edición de longitud de uretra de pie y sentada y cistouretroscopia. Todos a excepción de este último fueron repetidos a una semana, 4 y 6 meses después de la cirugía. Todas las pacientes tenían previa a la cirugía brevedad de la uretra. El flujo urinario en porcentaje demostró un pico de

descenso; pero el cual se había recuperado por completo entre 4 y 6 meses después. Lo anterior reafirma la importancia de la longitud de la uretra en la fisiopatología de la IUE, y de la demostrada disminución de flujo en el período postoperatorio inmediato, llamando la atención la necesidad de observar cuidadosamente el vaciamiento luego de retirar la sonda evitando la descompesación vesical. (13)

Aún cuando se ha especulado mucho acerca de la etiología de la IUE, Lapidés ha demostrado en experimentos en animales y en humanos que la longitud de la uretra y el que se mantenga intacta es una determinante importante de la IUE. El rango de largo de la uretra en el preoperatorio en supino era de 2.5 a 4 cms. La longitud en el postoperatorio era de 3 a 5 cms. Con promedios de 1.5 y 2.95 respectivamente. Con una longitud de uretra funcional de .5 a 1.75 con promedio de 1.18 cms en el preoperatorio y de 2 a 3 cms con promedio de 2,5 cms en el postoperatorio. El rango preoperatorio de flujo urinario fué de 12 a 18 mm/seg, En el postoperatorio el rango fué de 6.5 a 18 mm/seg. con promedio de 10 mm/seg 4 a 6 semanas después habían retornado a su nivel de flujo preoperatorio con un promedio de 10 a 20 mm/seg.

Uretrocistografía con cadena de cuentas metálicas. Hodgkinson menciona que desde 1953 a la fecha se han realizado

más de 7000 estudios en pacientes con incontinencia urinaria al esfuerzo añadiéndose desde 1963 a dicho estudio vaginogramas con pasta de bario. Obteniéndose de esta manera información muy valiosa para la valoración pre y postoperatoria más exacta de las relaciones de la uretra con la vejiga, de la uretra y la vejiga con la sínfisis y de la uretra, vejiga y vagina entre sí. De manera que permite la elección del método operatorio más apropiado. Cabe concluir que la característica radiológica más llamativa desde el punto de vista topográfico es la depresión de la unión uretrovesical al nivel más inferior de la vejiga durante la ejecución del esfuerzo máximo. La relación espacial de la vejiga y la uretra con la sínfisis no implica diferencia alguna en cuanto a la frecuencia o gravedad de la incontinencia urinaria de alarma o al esfuerzo. (5).

El diagnóstico de trastornos de la micción se basa como acabamos de comentar en un adecuado conjunto de investigaciones urodinámicas; pero que deben tener como fuente esencial de diagnóstico y como parte integrante de una combinación indispensable: la historia clínica de la paciente así como del examen físico.

Historia clínica. Los datos proporcionados pueden en ocasiones desorientar al clínico. En efecto una queja preoperatoria de incontinencia o una negación de incontinencia luego luego de cirugía requiere de confirmación en el primer caso de

be conocer la causa y extensión de la incontinencia; y en el segundo debido a que necesita una información exacta respecto a los resultados de la cirugía. La historia debe de incluir información sobre problemas urológicos, neurológicos y psicoquiatricos, régimen farmacológico y estado general de la paciente incluyendo padecimientos médicos, Así como datos sobre cirugía pélvica, historia obstétrica, así como episodios pretéritos de enuresis, retención urinaria o infección de vías urinarias.

Historia urológica: se requiere información fidedigna de los mismos. Polaquiuria es decir la emisión de orina por lo menos cada 2 hrs., durante el día y dos o más veces por la noche. Deseo imperioso y súbito de emitir orina que puede culminar con incontinencia de urgencia si existe contracción concomitante del detrusor. Incontinencia de alarma o pérdida de orina durante el ejercicio o esfuerzo. Debe de ser considerado como un síntoma y no como diagnóstico. Es importante el momento de la aparición de la incontinencia esto es, si se observa en reposo o durante el cambio de posición.

La enuresis presente o pretérita suele hallarse asociada con inestabilidad primaria del detrusor. La incontinencia continúa sugiere una lesión congénita o una fístula urinaria. Debe investigarse acerca de obstrucción del flujo por ejemplo vaciamiento incompleto de la vejiga, esfuerzo para orinar, disminución de la fuerza del chorro y retención.

Historia ginecológica: su importancia es doble: descartar patología ginecológica importante y establecer una posible relación entre los síntomas ginecológicos y urológicos. Son importantes los síntomas de prolapso o sensación de arrastre, dispareunia, o agravación de síntomas neurológicos en algún momento del ciclo menstrual o por influjo de terapéutica a base de hormonas.

Histórica neurológica: puede ser descubierta la neuropatía por síntomas relacionados con vejiga, uretra y suelo de la pelvis por ejemplo incontinencia fecal, ausencia de plenitud de la vejiga o de pérdida de la orina o también por incapacidad para interrumpir el flujo urinario. Las lesiones de neurona motora superior e inferior pueden afectar la función vesical y la historia debe incluirlas, junto con los síntomas de anomalías autónomas, como sudación, hipertensión y cefalalgia.

Historia psiquiátrica. La posibilidad de que algunos padecimientos psiquiátricos adopten la forma de un trastorno vesical es ya actualmente bien conocida. Existe un buen número de pacientes con trastornos psiquiátricos que requieren tratamiento conjunto por parte del psiquiatra y ginecólogo o urólogo.

Historia medicamentosa: es indispensable una historia farmacológica ya que existen numerosas drogas que afectan las vías urinarias inferiores sobretodo si ya existen trastornos de control del esfínter o dificultades de micción (estimulantes)

lantes adrenérgicos alfa o beta, fenotiacinas, drogas anticolinérgicas).

Antecedentes personales: la cirugía pélvica previa es de sobremanera importante requiriendo mención especial los siguientes categorías: cirugía pelvica radical, fistulas ureterales, intervenciones pélvicas no efectuadas para tratamiento de la incontinencia. Algunas mujeres mencionan que sus síntomas urológicos se iniciaron inmediatamente después de una histerec-tomía ya por trauma psíquico.

Si la operación fracasa es necesario saber si la incontinencia sigue igual o a empeorado y si existen síntomas adicionales.

Examen clínico: puede dividirse por sistemas, debiendo valorar el estado general y mental de la paciente, su adaptabilidad a la cirugía así como medir talla y peso corporal.

Neurológico: debe valorarse reacción pupilar, tono, fuerza, reflejos y sensación, tono del esfínter anal y sensibilidad del perineo. Se investigará el signo de Romberg y examen del dorso en busca de estigma de lesiones del raquis.

Entre las pruebas especiales se deben realizar: reflejos sacros: reflejos bulbocavernoso el cual con contacto ligero con el clítoris produce contracción del esfínter externo del ano, contracción del esfínter externo al estímulo del periné.

Examen ginecológico y urológico: debe descartarse ple

nitid vesical, agrandamiento renal, revisión de uretra en busca de signos de secreción o inflamación, inspección de vagina en busca de prolapso, forma tamaño y consistencia del útero.

Es concluyente mencionar que deben ser sometidos todas la paciente a análisis de orina, sangre, urocultivo y urograma intravenoso además de todos los enumerados previamente. - (2, 3, 5, 8, 16).

- Efectos de la relajación pelvica sobre los problemas uroginecológicos. -

La proximidad de los órganos genitales al sistema urinario pélvico explica perfectamente que el desplazamiento de la vagina y el útero tal como ocurre el prolapso afecte a la vagina y uretra. El cambio de dichas relaciones puede ocurrir proximal o distalmente al punto de fijación del ligamento pubouretral posterior del diafragma urogenital. Por lo que, tanto con el prolapso progresivo como con inversión vaginal el prolapso de la vagina puede ejercer tracción sobre dicho diafragma con descenso rotacional subsiguientes del cuello de la vejiga y con tacto más laxo de la uretra con la cara posterior del pubis mejor conocido como cistocele anterior o uretrocele.

Este descenso rotacional puede ocurrir en combinación con cistocele por desplazamiento o distensión o como lesión independiente del aparato de sostén de la unión vesicouretral. Es esencial reconocer los tipos anatómicamente distintivos del ---

cistocele usual o posterior, puesto que no sólo reflejan circunstancias etiológicas diferentes sino que también requieren principios enteramente distintos de reconstrucción quirúrgica para reparar los daños. Se consideran fundamentalmente tres tipos de -- cistocele posterior:

a.- Por distensión.- Suele observarse después del parto por lesión de la vagina. Se caracteriza por disminución selectiva del tamaño de los pliegues rugosos de la pared vaginal. La vejiga sigue la herniación de la pared vaginal.

b.- Por desplazamiento. La vejiga es desplazada en dirección caudal después del descenso de la vagina debido a laxi--tud anormal de los medios laterales de sostén de la vagina y el cuello. Radicando la lesión en el tejido conectivo lateral de -- sostén. En contraste con el cistocele por distensión, el causado por desplazamiento las arrugas o pliegues vaginales no disminu--yen en forma progresiva sino que se aprecia su prominencia en la parte anterior y posterior así como en las laterales.

El cistocele por desplazamiento es raro en nulíparas y en ellas puede ser debido a un defecto congénito tisular o de -- aporte nervioso o depender del prolapso genital postmenopausico.

c.- El tercer tipo es una combinación de los dos ante--riormente mencionados suele observarse después del parto con pérdida progresiva de pliegues o arrugas anteriores, pudiendo acom--pañarse o no de descenso rotacional simultáneo del cuello de la-

vejiga y de la unión uretrovesical. (14)

Métodos de Aborde Quirurgico.

Objetivos genitourinarios: Los objetivos primarios de la cirugía genital, deben proporcionar no sólo restablecimiento de un ángulo uretrovesical posterior sino también la reubicación de la uretra proximal en un punto donde se halle de nuevo bajo la influencia de las fluctuaciones de la presión intrabdominal, con objeto de evitar las pérdidas de orina características de la incontinencia de alarma o el esfuerzo durante la risa, tos, estornudo o cambios de posición. La angulación de la uretra similar a la oclusión parcial del chorro de la orina por ensortijamiento de una manguera de riego no constituye en sí misma objetivo primario de la cirugía restauradora ya que tal oclusión mecánica podría muy bien precipitar vaciamiento incompleto de la vejiga con cistitis crónica, obstrucción uretral y trabeculación de la vejiga.

Un objetivo del tratamiento operatorio para el cistocele es sin duda el restablecimiento de la posición de la vejiga dentro de la pelvis y otro la restauración de la integridad más o menos comprometida de la pared vesical que por lo general requiere reconstitución.

Selección de método operatorio: Antes de la selección de un método operatorio para incontinencia urinaria de alarma, es necesario saber que puede lograrse con las multi-

ples y diversas técnicas que se han ideado así como de sus modificaciones frecuentes. La clave de una operación satisfactoria radica en la elevación retropublica de la unión uretrovesical -- por encima del nivel más inferior de la cara posterior de la base de la vejiga. (3.5.16)

El uretrocele y el cistocele son hernias de las pared vaginal anterior en tanto el rectocele es una de la pared posterior. Su reparación quirúrgica incluye la exposición y división de los planos hísticos que revisten las estructuras herniadas, -movilización y restauración de estas hasta su posición normal - y reaseguramiento de sus soportes y escisión de la pared vaginal redundante. En la cirugía plástica vaginal es importante -- la comprensión de la anatomía, de los planos musculares y fasciales que sostienen las visceras pélvicas. Si la alteración -- exige reparación, está indicado un procedimiento plástico vaginal en las mujeres que han traspasado la edad reproductiva, pero debe postergarse en las mujeres jóvenes, a no ser que exista una molestia suficiente para exigir un alivio de los síntomas. -- Si se produce embarazo después de la colpórrafia está indicada la cesárea para el nacimiento del niño. (16)

La operación original de Kelly viene practicandose -- con ligeras modificaciones durante los últimos 40 años y puede describirse brevemente como una colpórrafia anterior en las que colocan puntos de colchonero especiales en la fascia uretrove-

sical a nivel del cuello de la vejiga. Counsellor reporta una cura de 85% de estas pacientes con este método. Kennedy y Pacey describieron una modificación bastante similar y más elaborada de la operación de Kelly en la que una extensa disección lateral de la vejiga y de la uretra se combina con un recio -- contrafuerte musculofascial por debajo de aquellas. Otra capa de sostén se obtiene suturando las fibras anteriores del pubo-rectal entre sí, en la línea media, por debajo de la uretra -- y de la vejiga reforzadas. Ingelman-Sundberg, dividen estos -- músculos antes de suturarlos debajo de la uretra y esto es un procedimiento lógico por cuanto a menudo las suturas que se -- practican en ellos se hallan bajo una tensión considerable en la operación de Kennedy o de Pacey.

Estas operaciones practicadas cuidadosamente en manos expertas deben proporcionar un 85% de curaciones. (15)

Intervenciones con asas en el control urinario imperfecto: Stoeckel, fué el primero que popularizó el método de pasar tiras de fascia, derivadas de la pared abdominal anterior por detrás de la sínfisis del pubis a modo de asas para suturarlas entre sí por debajo de la uretra. Empleaba modificaciones de métodos anteriormente utilizados por Boebell y Frangenheim. Stoeckel usaba el músculo piramidal juntamente con tiras verticales obtenidas de la vaina anterior del recto. Este procedimiento no ha dado resultados satisfactorios en la mayoría-

de los casos. Hans empleó tiras de fascia obtenidas transversalmente de las vainas del recto y de los músculos oblicuos externos. El método de Hans fué elaborado por Aldrige y actualmente su empleo está muy extendido.

Operación de Aldrige. No es el propósito de este trabajo la descripción en detalle de las diversas técnicas de abordaje quirúrgico para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo sino que solamente se mencionan las técnicas más comunmente aceptadas en diversas partes del mundo y cuyas publicaciones están abaladas por revistas de conocido prestigio médico.

De todos las numerosas modificaciones de la operación de asa fascial para la incontinencia al esfuerzo ésta ha sido la que ha proporcionado resultados más notables en Gran Bretaña y Estados Unidos. La técnica se ha mantenido a lo largo de los años y es relativamente simple. La morbilidad y complicaciones se comparan favorablemente con otras variedades de este tipo de intervención (15,16).

Se han reportado algunas modificaciones a la técnica de Aldrige como su realización a doble vía simultánea preconizada por Trincado Dopereiro y Diez Gómez (32) en la que se enumeran las siguientes ventajas; tiempo quirúrgico reducido a menos de la mitad (60 min), la liberación del cuello vesical realizada conjuntamente por ambos cirujanos en el punto exacto ha

ce a esta maniobra más sencilla y menos hemorrágica, la perforación de la fascia endopélvica desde la vagina guiada por la mano del cirujano abdominal evita la perforación de la uretra y la vejiga, la tensión de las tiras de fascia comprimiendo conjuntamente con un taponamiento vaginal, evita hematomas en el espacio de Retzius. Ambos cirujanos permanecen independientes en sus campos y las infecciones son mínimas y la relativa inocuidad del acto quirúrgico hace que pueda asociarse a otras intervenciones necesarias por existir procesos contaminantes. El punto fundamental que debe conseguir cualquier intervención para que sea curativa es la elevación permanente de la unión uretrovesical por encima del nivel inferior de la vejiga.

Dichos autores reportan una casuística de 29 pacientes que fueron operadas con la técnica de Goebell-Stoekel-Franzenheim con un solo equipo y 28 pacientes con la técnica de Aldrige con 2 equipos que actuaban simultáneamente, siendo las incidencias operatorias y postoperatorias: menor tiempo quirúrgico, 3 pacientes con fiebre en relación a 16,2 pacientes con serohematomas en relación a 13 con respecto a la primera. (32)

Cuando existe incontinencia urinaria de tensión en ausencia de prolapso vaginal notable, o se produce dicha incontinencia recurrente después de una colporrafia anterior con defecto anatómico pequeño o no evidente de la pared vaginal anterior o existe incontinencia de tensión sin prolapso vaginal asociado-

con alguna alteración que requiera cirugía trans-abdominal pelvica como la histerectomía puede utilizarse la uretropexia retro-pública como la describen Marshall-Marchetti-Krantz. En los casos recurrentes o en ausencia de cualquier defecto grande en el cuello vesical, es de primordial importancia asegurar que la paciente no presenta en vez de la incontinencia de tensión, una incontinencia de urgencia por uretrotrigonitis, incontinencia de hiperflujo por vejiga hipotónica o una alteración neurológica que afecte el control urinario. (3)

La mayoría de los urólogos, cuando se les requiere para operar una incontinencia al esfuerzo, tienden a enfocar el problema desde un terreno con el que están familiarizados y en sus manos encuentra natural preferencia por la vía retro-pública. Tiene algunas propiedades para ser popular: Es de ejecución extremadamente fácil, sólo requiere de algunos minutos, su porcentaje de morbilidad y complicaciones se compara favorablemente con la operación de Aldrige. Los resultados dan un porcentaje de éxitos del 84% después de un período de diez años. El periodo de permanencia en el hospital es más corto que en cualquier otra operación por incontinencia urinaria al esfuerzo. (15)

Hirsch, ha publicado una nueva modificación en el procedimiento de la operación de Marshall-Marschetti-Krantz mencionando las siguientes ventajas: provee una fuerte y dura

dera fijación del cuello vesical detrás de la sínfisis del pubis, de fácil ejecución, mínimo de complicaciones y buenos resultados a largo plazo. Ello es basado en la evidencia de estas dos últimas décadas de que la incontinencia urinaria cura mejor con un procedimiento suprapúbico; esto es especialmente cierto para un soporte deficiente del cuello de la vejiga conocido como descenso rotacional. Esta técnica ancla la fascia perivaginal lateral del cuello vesical a la fascia del músculo obturador interno por dos suturas en cada lado. Se utiliza hilo dacron no absorbible del # 1. Se pasa a través de la pared vaginal a través de la fascia y el obturador interno en su límite mediocraneal.

Los resultados de un total de 260 pacientes sometidas a esta técnica fué un tiempo breve de cirugía, pérdida sanguínea mínima, sonda de foley insertada por espacio de 3-4 días con vaciamiento espontáneo posterior en 93% de los casos, solamente el 15% presentaron más de 100 ml de orina residual desapareciendo entre 2-5 días. (15).

Raymond, Lee y Symmonds así mismo también reportan complicaciones quirúrgicas y resultados de una modificación de la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz. (29) realizando un estudio en la Clínica Mayo de 673 pacientes sometidas a dicha cirugía. De ellas 96 se perdieron, 28 habían muerto y 549 se habían seguido por espacio de 2 a 16 años. 227 habían sufrido ci-

rugía primaria, 91% de ellas fueron curadas o mejoraron mucho en incapacidad social, 7% no tuvieron cambios y 2% empeoraron. 322 habían sufrido cirugía por incontinencia urinaria recurrente, 36 habían sufrido MMK por recurrencia de la incontinencia. Algunas pacientes tenían más de una indicación para la cirugía primaria. La más común indicación fue incontinencia urinaria severa (132 pacientes), asociada a mínima rotación o descenso del cuello vesical y uretra y 107 habían tenido enfermedad intraabdominal requiriendo cirugía abdominal, 29 pacientes con severa obesidad. La relativa simplicidad de esta modificación y la relativa falta de complicaciones habla a favor de la MMK.

De las 227 pacientes sometidas a MMK con una reparación primaria, 207 (91%), curaron o mejoraron mucho, 16 (7%) fueron consideradas sin cambios y 4 (2%) con empeoramiento de su sintomatología, 8 pacientes tuvieron recurrencia de la I.U. luego de un buen control urinario en 8 meses a 11 años. Afortunadamente con una segunda aplicación de la uretra el control urinario fue completo en 6 de las 8 pacientes.

De las 322 pacientes con secundaria MMK, 290 (90%) tuvieron franca mejoría. 17 pacientes (5.3%) no tuvieron cambios y 15 (4.7%) empeoraron y la urgencia se agravó, 9 fallas ocurrieron en pacientes con incontinencia iatrogena la pérdida de uretra y músculo vesical secundaria a sección transuteral de cuello vesical ocurrió en 3 pacientes, fulguración del cue-

llo vesical en 2 y distorsión por vaginotomía en 2 pacientes.-

(29)

Cobb y Tadge también han descrito una corrección simplificada de la incontinencia al esfuerzo usando un par de agujas de doble punta. Reportando un 90.4% de cura en 62 pacientes para un promedio de 11.2 meses. Los méritos de esta cirugía incluyen una intervención sencilla y breve con hospitalización corta y un elevado promedio de cura. En síntesis consisten en 2 incisiones por arriba del pubis, pasando dos agujas hacia abajo uniendola con la del otro lado con cistoscopia que excluye la penetración a vejiga de la aguja. Se usa nylon del #2. La mucosa vaginal se cierra con crómico. Realizandose 63 operaciones con un largo promedio de uretra preoperatoria de 2.4 cms y en el postoperatorio de 3.6 cms. De ellas 17 habian sufrido cirugía vaginal anterior por I.U.E., 4 tenían recurrencia de I.U. luego de cirugía de MMK. y dos tenían cirugía de agujas previa fallida. El promedio de días de hospitalización fué de 4 días. No se consideró la cirugía vaginal previa como contraindicación. La insición mayor de abdomen requerida por la uretropexia retropubica con las posibilidades de hernia insicional e infecciones queda eliminada. La reducción de tiempo así como el corto tiempo de hospitalización bajo riesgo y leve convalecencia es aceptable para mujeres viejas. (8).

Posteriormente también se ha reportado la suspensión

uretrovesical con fascia lata para la incontinencia urinaria - al esfuerzo recurrente. En 1979 Ridley-Parker-Beck describieron una técnica que incluía 3 partes: obtención de la fascia lata, colporrafia y suspensión de la unión uretrovesical con banda - de fascia. Todas las pacientes (50) de este reporte habían sido severamente incapacitadas por su incontinencia urinaria - usando en forma continua conjinetes perineales; muchas exhibían deterioro emocional e higiénico por constante humedad. El promedio de edad fué de 27 a 70 años. El promedio de partos fué - de 1-10. El total de duración de la incontinencia urinaria al esfuerzo persistente o recurrente fué de 1 a más de 25 años. 47 mujeres tenían de 1-8 cirugías previas para la I.U. incluyendo 60 colpoplastías y 60 superiores retropúbicas.

La ocurrencia de retención urinaria prolongada postoperatoria es un problema inevitable reconocido por todos - aquellos que realizan el procedimiento de cabestrillo. El promedio de tiempo para establecer adecuadamente el vaciamiento - fué de 12 días postoperatorios. Estos pacientes requiere internamiento temprano para dilatación uretral y otros esfuerzos de rehabilitación vesical. La operación de cabestrillo puede ser empleada efectivamente en pacientes en quienes la incontinen- - cia con una deficiencia atómica y un cierto grado de inestabi- lidad vesical. El principio básico es restablecer un soporte - debajo de la unión uretrovesical que eleve ligeramente la ure-

tra en esas áreas. En conclusión la colporrafia combinada con la suspensión uretrovesical ofrece la mejor oportunidad en pacientes que han tenido cirugía previa infructuosa. (24).

Por otra parte Stanton y Cardozo reportan los resultados de colposuspensión quirúrgica por incontinencia urinaria y prolapso. En 1979 presentaron un reporte de 108 pacientes que se quejaban de incontinencia urinaria al esfuerzo que fueron manejados con una colposuspensión modificada de Burch. Los resultados fueron evaluados a 6 meses en 140 pacientes, a un año en 88 y a 2 años en 43. El resultado de cura de la I.U.E. fué de 87% a 6 meses, 87.5% a un año y 86% a 2 años. Siendo el cisto uretrocele corregido por este procedimiento.

Esta es una variedad de operación suprapúbica para la cura de I.U.E. debida a incompetencia del esfínter uretral y tiene la ventaja de que solo requiere de insición abdominal única. La evaluación de cura fué indicada de acuerdo a signos, síntomas y método de cistoscopia y video cistouretrografia (VCU) Para las mujeres sin cirugía previa, para incontinencia al año y dos años fué de 96% y 87.5% respectivamente. Con cirugía previa, fué de 76.5% y 84.2% respectivamente. El tiempo promedio de vaciamiento espontaneo fué de 12.6 dias. Las mujeres que tenían recurrencia de la I.U. tuvieron un tiempo promedio de vaciamiento espontáneo a los 14.6 dias. El pico de flujo urinario fué reducido de 23 mm/segundo a 17 mm/ segundo. Solamente se reportaron como complicaciones 2 lesiones a vejiga, un embolismo pul

monar, una hemorragia venosa que requirió la larotomía exploradora, un AVC y un absceso retropúbico. (1,27).

Roberts, Angel, Thomas y Lewis de la universidad de Tulane presentaron un reporte en 1981 de un procedimiento de Pereyra modificado para la cura de incontinencia urinaria al esfuerzo presentando los resultados de dicha modificación a la cistouretropexia de Pereyra. La técnica previene que una sutura suprapubica entra en vejiga por un acercamiento de la vagina al espacio de Retzius. El dedo del cirujano guía la aguja suprapúbica en su paso a través del músculo recto. Puede ser usada una sutura no absorbible elevando el diafragma urogenital subiendo el piso de la pelvis. Los resultados fuer on 97% de continencia en 30 mujeres. Con edad entre 26 y 75 años. 26 eran posthisterctomizadas. Todas excepto una eran multíparas con un promedio de 4.7 embarazos con un rango de 2-9 embarazos. 3 pacientes (10%) habian sufrido cirugía previa para I.U.E. (2 colpografía y una MMK) Ninguna de las cuales fué considerada como contraindicación. Se realizaron cistour etrograma, Urografía excretora, vaciamiento cistouretrográfico, cistouretrograma y cistoscopia. Todas las pacientes mostraron I.U. moderada a grave con la maniobra de Valsalva en posición de pie.

El promedio de drenaje del cateter fué de 4-7 dias con un rango de 2-14 dias. 4 pacientes requirieron recateterización de sonda. Una paciente requirió cateterización intermitente por un mes de postoperatorio. No se encontró ninguna otra -

complicación. (31)

COMPLICACIONES QUIRURGICAS.

Existen numerosos reportes en la literatura que evalúan la frecuencia de las lesiones urinarias durante las intervenciones quirúrgicas, sus secuelas y complicaciones, que en menor o mayor grado ponen en peligro la vida de las pacientes y modifican su estado psíquico condicionando su aislamiento social.

Por razones multifactoriales, el aparato femenino urinario, es más susceptible que el masculino a presentar patología y sufrir lesiones durante el acto quirúrgico como son: uretra corta, esfínter vesical relativamente incontinente, trauma obstétrico, prolapso urogenital, contiguidad con los aparatos genital y digestivo, neoplasias malignas, hipotonía durante la gestación, reflujo vesicouretral en el estado gravidopuerperal, compresión y dificultad del drenaje urinario en el embarazo, tumores del aparato genital que distorsionan al urinario, falta de trofismo tisular en el climaterio y presencia de leucorrea fisiológica o patológica.

Las lesiones más frecuentes de vejiga son: sección, desgarró, pinzamiento, perforación, desvitalización y resección parcial. La existencia de procesos sépticos urinarios previos al acto quirúrgico, el cateterismo vesical repetido o sin la asepsia adecuada aunados a la disfunción vesical, ocasionan factores que aumentan la morbilidad sobre todo cuando la disten-

urinaria apreciando una asombrosa, discrepancia entre los síntomas referidos y los signos encontrados por el médico. Al examinar la influencia de ciertos factores en la IU. recurrente las pacientes fueron sometidas a dos test de personalidad. La mujer con síntomas pero sin signos objetivos de IU. mostró un elevado grado de neurosis y depresión mayor que en las mujeres en perfecta salud. De manera que puede ser una cuestión de agravamiento de los síntomas los cuales, no pueden corregidos por una reintervención. En vez de ello estas mujeres pueden requerir ayuda psiquiátrica para superar dichos síntomas psicósomáticos. Como quiera que sea, grandes esfuerzos pueden provocar goteo urinario postoperatorio. Reportaron 2 grupos de mujeres de un total de 51 operadas por IU. con reparación pubococcigea por el método de Ingelman-Stunberg: uno porque presentaba síntomas de goteo sin otra sintomatología y el otro con ausencia de síntomas de I.U. Las pacientes fueron divididas para su test en cuatro grupos:

- a.- libres de signos y síntomas de incontinencia urinaria.
- b.- con síntomas pero sin signos.
- c.- con signos pero sin síntomas.
- d.- con signos y síntomas.

Pudiéndose establecer el grado de neurosis, introversión y extroversión. El test Eysenck, es una escala con disposición desde una personalidad aislada a una más o menos reacción-

neurótica en una frustración interna o externa. Es decir basada en la constitución de la personalidad, es decir es flexible y variable en diferentes situaciones. Sin embargo puede ser modificada por alteraciones de situación o tratamiento.

El test de depresión en escala, está basado en cuatro posibilidades de respuesta: nunca, siempre, frustante y rara vez.

Los resultados fueron los siguientes en un grupo de 51 pacientes:

a.- 21 mujeres se concentraron en medio de la escala para ambas: neurosis y depresión.

b.- 6 mujeres mostraron un elevado grado en relación a ambas: neurosis y depresión.

c.- 3 mujeres mostraron un grado bajo de ambas: neurosis y depresión.

d.- 3 mujeres concordaban como el grupo b.

Este test refleja no sólo la tendencia a aberraciones mentales en la personalidad básica sino también la respuesta a factores de alarma del medio ambiente. Por esto en respuesta de una personalidad perfectamente normal puede tener puntaje en la marca de incremento para neurosis y depresión en situaciones de stress mental como un goteo urinario. Algunas mujeres obviamente presentan IUE. Aunque las mismas nieguen síntomas lo cual implica un grado bajo de neurosis y

depresión. Las pacientes libres para signos de goteo urinario con síntomas iguales fueron encontradas con un grado elevado de neurosis y depresión.

Podemos concluir que si la recurrencia de la IUE. No puede ser verificada clínicamente y no hay signos de falla técnica de la cirugía es prudente no realizar una nueva intervención. Debiéndose enviar a estas pacientes al Psiquiatra para el tratamiento de su neurosis y depresión. (23).

Cabe por último comentar las complicaciones encontradas por Lee y Symmonds de la Clínica Mayo con el procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Mencionándose un mínimo de morbilidad pero sin mortalidad. Son poco frecuentes las complicaciones mencionadas por otros autores como osteitis púlica y formación de enterocele, retención urinaria prolongada, formación de absceso o hematoma retropúbico y tromboflebitis. En una serie de 549 pacientes 57 tenían infección urinaria aguda sin evidencia de recurrencia de infección. 40 pacientes tenían tromboflebitis superficial sin evidencia de embolismo pulmonar. 5 pacientes tenían hernia insicional; en una, la hernia contenía la pared vesical anterior requiriéndose dos intervenciones para su corrección.

La osteitis púlica de causa desconocida fué observada en 18 pacientes (32%) los síntomas ocurrían de 1 a 8 semanas de postoperatorio siendo tratadas con analgésicos y cortisona.

La correcta colocación de las suturas laterales a la uretra, evitar la colocación intrauretral de suturas y evitar la sobrecorrección así como la relativa simplicidad de este -- procedimiento cuando es comparado con otras operaciones retro-púbicas y la relativa falta de complicaciones hablan a favor del procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz. (29)

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron para la realización de este Trabajo 162 expedientes en forma retrospectiva del Archivo General de la - Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Gonzálo Castañeda" del ISSSTE.

De los cuales solamente se encontraron completos 146 por lo que sobre dicha cifra se investigaron las pacientes que ha bían sido etiquetadas con el Dx de Incontinencia Urinaria - al esfuerzo. Dicha revisión se basó en el período comprendido del 1o. de enero de 1982 al 31 de diciembre del mismo año.

Se integraron tres grupos de pacientes acorde a el - tipo de cirugía practicada siendo estos:

- A.- Pacientes con plastía vaginal.
- B.- Pacientes con uretropexia retropúbica.
- C.- Pacientes con plastía vaginal con histeratomía - vaginal.

Entre los parámetros a investigar fue ron: edad, pa- ridad, patología concomitante, tipo de anestesia, tipo de ciru

gía practicada, accidentes transoperatorios, tiempo de hospitalización, manejo de sonda de foley, uso y manejo de antibióticos, morbilidad así como antecedente de cirugía previa.

Edad. Pudimos constatar que la mayor incidencia de esta patología se encuentra entre la 4a. y 5a. década de la vida.- Teniendo la menor edad una paciente de 22 años y la de más edad 75 años. Considerando como edad promedio 44.2 años de edad. Obteniéndose 64.5% en la 5a. década y 38.7% en la 4a.

Paridad.- De los expedientes revisados encontramos -- como datos de interés que existían 18 nulíparas (9.52%), 28 primíparas (12.16%), nulíparas 117 multíparas (61.90%) y 31 grandes multíparas (16.40%) con variantes de 1 a 14 partos con evidente promedio de 7 partos.

Patología concomitante.- De las 146 pacientes estudiadas un total de 43 es decir el 22.75% presentaban patología concomitante con la I.U.E. y fue con: 28 pacientes con HTA (14.81%), 12 pacientes con Diabetes mellitus (6.34%) y 3 pacientes con cardiopatía (1.58%). Aunque consideramos prudente comentar que dicha patología no tiene relación directa.

Tipo de anestesia.- El común denominador fue el Bloqueo peridural con un total de 133 pacientes de los cuales 98 fueron manejados con sedación durante el acto quirúrgico. Hubo 2 pacientes con Bloqueo subaracnoideo pero fue de tipo accidental. Y en 11 pacientes fué utilizada la anestesia general orotraqueal.

Accidentes transoperatorios. Solamente encontramos -- en este parámetro dos lesiones vesicales ambas durante plastías vaginales.

Ambas lesiones fueron diagnosticadas y tratadas en el transoperatorio.

Técnica quirúrgica empleada.- La casuística de nuestra Unidad nos indica una marcada predilección por la vía vaginal ya que se encontraron 135 casos de plastia vaginal, 6 casos intervenidos con técnica de Marshall-Marchetti-Krantz y 5 pacientes intervenidos con plastía vaginal con histerectomía vaginal.

Tiempo de hospitalización.- El promedio general de -- días de hospitalización fué de 5.4 para las pacientes, sometidas a la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, de 4.8 días para las pacientes con plastía vaginal y de 6.4 días para las pacientes con plastía vaginal e histerectomía vaginal.

Siendo la mayor estancia hospitalaria de 19 días para una paciente con lesión vesical transoperatoria.

Manejo de la sonda de foley.- Este es el parámetro -- que más controversia ha suscitado entre el personal de médicos -- adscritos a la Unidad pero podemos dejar establecido que todas las pacientes fueron evidentemente manejadas con sonda de foley en el transoperatorio con pinzamiento progresivo a partir -- del segundo día de postoperatorio misma que se continuó hasta --

el 4o o 5o. día.

Uso y manejo de antibioticos.- Podemos entender que todas las pacientes fueron manejadas con antibióticos incluso podemos comentar que fueron en mucho casos como profilaxia. Entre los antibioticos de más uso fueron:

ampicilina en 68 casos (35.97%), trimetropin con sulfametoxazol 24 casos (12.97%), ácido nalidixico 24 casos (12.68%)

Entre los otros antibioticos usados tenemos: gentamicina 8 casos, clindamicina 6 casos, Kanamicina y eritromicina 4 casos.

Cirugía previa.- Nos llama poderosamente la atención el porcentaje tan elevado de pacientes sometidas a cirugía previa a la cirugía por I.U.E. Encontramos un total de 101 pacientes es decir el 53.43% sometidas a cirugía que se integro de la siguiente manera:

Cirugía abdominal 94 mujeres. Siendo en orden decreciente:

Cesárea- 29 casos-(14.28%), apendicectomía 24 casos (12.69%), colecistectomía 12 casos (6.34%), salpingoclasia 9 casos (4.76%), miomectomía 4 casos (2.11%), Laparotomía por embarazo ectópico 3 casos (1.58%), laparotomía exploradora en 3 casos ignorandose la causa (1.58%), cirugía por quiste torcido de ovario 2 casos (1.05%) y plastía de pared 1 caso (0.53%).

Cirugía vaginal previa:

Plastía vaginal 5 casos (.317%) y conización cervi--

cal 1 caso (0.53%) No se incluyó en este parametro el legrado instrumental.

Morbilidad.- La morbilidad febril está dada por acuerdo internacional considerando como tal la existencia de fiebre de más de 38.0 C. dur ante dos dias cualesquiera del postoperatorio descontando las primeras 24 horas. Y atendiendo a dicha definición hubo 16 casos (11.06%) con fiebre.

Se apreciaron así mismo 19 casos de infección urinaria, 2 casos de hematoma, 2 casos con abscesos.

Hubo 2 pacientes con lesión vesical transoperatoria diagnosticada durante el acto quirúrgico que permanecieron con sonda de Foley a libre drenaje durante 20 días con retiro posterior de la misma siendo su evolución satisfactoria.

Hubo 2 casos de pacientes con retención urinaria dejando sonda de Foley a permanencia en una de ellas por 25 días -- con tratamiento a base de indometacina, prostigmine e imipramina con resultados satisfactorios.

El segundo caso con 45 dias considerandosele con problema psiquiátrico ignorandose el resultado ya que desertó de nuestra unidad.

Laboratorio.- En este renglón solamente cabe comentar que todas las pacientes fueron sometidas a las pruebas comunes de rutina preoperatorio apreciandose como dato de mayor interes un 21% de pacientes con urocultivo positivo tratado antes de planear cirugía.

CONCLUSIONES

Podemos considerar por lo antes expuesto que a partir de la definición de incontinencia urinaria al esfuerzo, entendiéndose por tal la enunciada por la sociedad Internacional para la estandarización y Recomendaciones que a la letra dice: "Se considera la incontinencia urinaria al esfuerzo la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede la máxima presión uretral en ausencia de contracción del músculo destrusor" (26)

Así como también que el éxito en el tratamiento depende en gran extensión del correcto diagnóstico de la causa predisponente.

La incontinencia urinaria debe ser considerada como un síntoma y no considerarla como una enfermedad, que la única condición que lleva al tratamiento quirúrgico es la incontinencia urinaria al esfuerzo, que el fallo quirúrgico es más a menudo diagnóstico que técnico, no puede ser transformada quirúrgicamente una vejiga inestable en estable, que pueden existir factores psicógenos predisponentes.

Debemos de considerar al seleccionar a estas pacientes: la severidad o gravedad de la incontinencia urinaria clínica y urodinámica. La patología genital asociada. La condición de la fascia pélvica y la condición general de la paciente. (19)

Existen diversos factores psicógenos. Para Green la segunda causa de frecuencia de la IUE. en la mujer es la inestabilidad del músculo detrusor. Mencionandose en algunos reportes que dichas pacientes tienen ansiedad y depresión crónicas asociadas con problemas situacionales graves y por lo tanto no es probable que obtengan beneficio alguno con tratamiento de pocos días a base de tranquilizantes menores. Por otra parte los mismos tipos de personalidad que son vulnerables al alcoholismo, sobre todo sujetos muy dependientes son también susceptibles a la farmacodependencia a cualquiera de los tranquilizantes menores. Se aconseja por tanto su manejo por Psiquiatra calificado. Lamentablemente no hemos podido recabar en los últimos 5 años de Bibliografía datos satisfactorios desde el punto de vista -- psiquiatrico para poder reseñarlos en el presente trabajo. (23)

Podemos así mismo también concluir que los signos, -- síntomas y hallazgos urodinámicos en la I.U.E, han sido comparadas y contrastadas con la finalidad de diferenciar entre estas investigaciones la importancia de un diagnóstico adecuado entre la IUE y la inestabilidad del músculo detrusor. (9)

Consideramos prudente reseñar en forma breve las diferencias que el clínico debe observar para la diferenciación de la incontinencia genuina y la inestabilidad del detrusor: I.U.E.

1.- Presión uretral de abertura baja, primer deseo de orinar con 100 cc. de insuflación.

2.- No orina residual (menos de 50 cc), sensación vesical presente.

3.- sensibilidad normal del perinéo por exploración -- con alfiler.

4.- Reflejobulbocavernoso presenta.

5.- ausencia de trabeculaciones en vejiga, capacidad vesical normal.

6.- vejiga estable (inhibición de la micción).

7.- Casi nunca deseo imperioso de orinar ni polaquiu--
ria.

8.- Ausencia de sostén del cuello vesical, desciende y se abre maniobra de Valsalva.

9.- Cistometrograma normal.

VEJIGA INESTABLE.

1.- Presión uretral de abertura casi siempre alta, deseo inmediato de orinar.

2.- No orina residual (menos de 50 cc), sensación vesical presente.

3.- sensación normal del perineo por exploración con alfiler.

4.- reflejo bulbocavernoso presente.

5.- A veces trabeculaciones finas en vejiga.

6.- vejiga inestable (ausencia de inhibición de la mic

ción)

7.- A menudo deseo imperioso de orinar, polaquiuria - capacidad vesical disminuida.

8.- Sostén en el cuello vesical.

9.- Cistometrograma anormal, presión aumentada y desviación a la izquierda.

Una vez mencionamos que la proximidad anatómica de -- los órganos genitales al sistema urinario-pélvico explica fácilmente que el desplazamiento de la vagina y el útero como ocurre en el prolapso afecta a la vejiga y a la uretra.

Debemos considerar los tres tipos de cistocele:

a.- Cistocele por distensión: suele observarse después del parto, se debe a lesión de la pared vaginal por sobredistensión y se caracteriza por disminución selectiva del tamaño de los pliegues rugosos de la pared vaginal anterior. La vejiga sigue la herniación de la pared vaginal anterior.

b.- Cistocele por desplazamiento: la vejiga es desplazada en dirección caudal después del desenso de la vagina debido principalmente a latitud anormal de los medios laterales de sostén de la vagina y el cuello. La lesión radica en el tejido conectivo lateral de sostén en torno al conducto vaginal. Las arrugas o pliegues vaginales no disminuyen en forma progresiva sino que se aprecia su prominencia en la parte anterior y posterior así como en las laterales. Suele aparecer como resultado --

de circunstancias que surgen durante el parto que impulsan y desplazan al cuello y porción superior de la vagina por delante de la parte fetal que se presenta, lo cual distiende y desgarran los medios laterales de sostén.

c.- Es una combinación de los dos antes mencionados y suele observarse después del parto con pérdida progresiva de pliegues o arrugas anteriores pudiéndose acompañar o no de descenso rotacional simultáneo del cuello de la vejiga y de la unión uretrovesical.

Hemos comentado anteriormente la mayoría de los métodos de diagnóstico con que en la actualidad puede contar el clínico para llegar al diagnóstico correcto tanto de la incontinencia urinaria al esfuerzo como inestabilidad del músculo detrusor. Pero que lamentablemente se encuentran prácticamente fuera del alcance de la mayoría de las pacientes y de muchos hospitales institucionales por el costo tanto de cualesquiera de dichos estudios como el poder adquisitivo de dichos equipos; más aún en las actuales condiciones de austeridad que rige en cualquier Secretaría de Estado como en Instituciones de Salud. Trataremos pues solamente de concluir las ventajas de dichos estudios.

La videocistouretrografía requiere un Radiólogo, enfermera especializada, un registrador de 6 u 8 canales, cámara de televisión, registrador de videotape, dispositivo mezclador, cuatro transductores y un monitor de televisión. Huelga mencionar que

vamente sus propósitos. Pero podemos darnos una idea del alto costo que dicho estudio representaría.

En pacientes con urocultivo negativo, fué demostrable la presencia de lesiones de tipo inflamatorio en 88% de 226 pacientes. Una de las alteraciones más frecuentes fué la uretritis en el 20.8% y su asociación con trigonitis en 46% de los casos con una incidencia total de 66.8%. Siendo la Uretritis la causa más frecuentemente observada de incontinencia urinaria. La cistoscopia permitió llegar a dichas conclusiones y dicho estudio en medio institucional es factible, como lo demuestran reportes del Servicio de Urología ginecológica del I.M.S.S. (11)

Con objeto de mejorar los resultados de l tratamiento de la incontinencia de alarma debe someterse a la paciente a un estudio preliminar lo más completo y minucioso posible. A este respecto la colpocistouretrografía es sumamente valiosa ya que muestra gráficamente los cambios anatómicos inducidos por diversos métodos operatorios y su ejecución reiterada además del aprendizaje de tal técnica a los residentes es permitible por el bajo costo de estudio.

La uroflujometría hace posible la medición indirecta de la velocidad del flujo. En la actualidad se aceptan los siguientes términos: Velocidad de flujo que es el volumen de liquido expelido vía uretra en unidad de tiempo expresada en mililitros/segundo. Tiempo de flujo se refiere al lapso durante el

cual ocurre flujo mensurable. Tiempo de flujo máximo que es el que transcurre desde el comienzo de la micción a la expulsión - de flujo máximo. Velocidad máxima de flujo es el valor máximo - en cuanto al ritmo de flujo. Promedio de velocidad que es el vo lúmen expulsado dividido por el tiempo de flujo. Es una técnica no invasora útil para valorar los resultados del tratamiento y la progresión de la enfermedad.

Como conclusión final podemos comentar que en nuestro hospital lamentablemente no contamos con los equipos modernos - arriba enunciados y solamente nos limitamos a solicitarle a las pacientes etiquetadas como Incontinencia urinaria al esfuerzo: exámenes de rutina preoperatoria, urocultivo, urografía excreto ra y acorde al médico tratante se solicita cistos copia, lo - cual es del todo reprobable ya que no existe un parámetro de ma nejo de estas pacientes de manera tal que se pueda brindar un - mejor diagnóstico y pronóstico a posterior.

Con relación a la selección del método operatorio más recomendable no cabe duda que la clave de una operación satis-- factoria radica en la elevación retropúbica de la unión uretrovesical por encima del nivel más inferior de la cara posterior de la base de la vejiga. De manera que en pacientes en quienes ya es alta la elevación retropubica uretrovesical sería un ---- error la selección de un método plástico vaginal. Por otra parte si las radiografías muestran que la unión uretrovascular des-

ciende 4 cms por debajo del nivel inferior de la sínfisis durante el esfuerzo debe ser elegido un procedimiento plástico vaginal. Sin embargo se estima que la operación más satisfactoria para incontinencia urinaria al esfuerzo es algún tipo de uretropexia retropúbica con insición abdominal baja.

Un objetivo del tratamiento operatorio es sin duda el restablecimiento de la posición de la vejiga dentro de la pelvis y otro la restauración de la integridad más o menos comprometida de la pared vesical lo que generalmente requiere reconstrucción por excisión y re aproximación apropiada del espesor completo de la pared subyacente.

Podemos concluir que en la técnica de doble vía simultánea de la Operación de Aldrige se disminuye el tiempo operatorio, el índice de hemorragia es menor, así como las heridas vesicales y uretrales; los hematomas del espacio de Hetzius en prácticamente nulo como las eventraciones y abscesos en dicho espacio. Pero que no tiene gran aceptación dentro de los hospitales Americanos e Ingleses.

Con relación a la operación de Marshall-Marchetti-Krantz concluimos que provee de un amplio soporte suburetral (efecto de cabestrillo o hamaca) con una efectiva elevación de una mayor porción de la uretra y una elevada posición retropúbica del cuello vesical. Para la recurrencia de la I.U.E. varias técnicas de cabestrillo usando fascia, mersillene o ligamento -

redondo provee igual elevación satisfactoria de la uretra y cuello vesical. Como quiera que sea, el uso de material no absorbible aumenta el peligro de infección erosión eventual intravesical o uretral.

También debe ser considerada la reparación vaginal Kelly-Kennedy combinada con histeretomía vaginal para pacientes con mínima o moderada I.U.E. asociada a relajación pélvica. El tejido sustancial aprovechable en esta reparación provee un mejor soporte uretral permanente.

Para la realización de este trabajo fué obtenida la Bibliografía de los últimos cinco años llamandonos poderosamente la atención lo escaso de dicho material como por ejemplo no se encontraron más que dos artículos referentes al manejo del cateter de Foley para el manejo postoperatorio y en el que hemos tenido la oportunidad de apreciar grandes divergencias en cuanto a la plicatura progresiva, su retiro y la medición de orina residual. Así como también el escasísimo material (dos) acerca de los factores psicógenos relacionados con la incontinencia urinaria y la recurrencia de la misma.

Con relación a los datos obtenidos en el capítulo de material y método podemos concluir:

- El promedio de edad de las pacientes con I.U.E está acorde con la mayor parte de nuestra bibliografía.

- La patología concomitante con la I.U.E con mínima o ninguna influencia sobre la I.U.E Siendo las más frecuentes: HTA, diabetes mellitus y cardiopatías.

- Una elevada cifra que alcanza el 53.43% de pacientes que fueron sometidas a cirugía previa a la de IUE. Siendo de ellas la más frecuentemente observada la cesárea en un 49.73%

- Una marcada predilección por la cirugía vaginal.

- Un manejo de sonda de foley que aún cuando se limitó a 4-5 días de aplicada su pinzamiento progresivo y retiro -- con o sin medición de orina residual, fué practicamente a criterio del médico adscrito responsable del acto quirúrgico.

- En el presente estudio no tenemos datos de residuancia hasta la fecha de la I.U.E por la que estas pacientes -- (146) fueron sometidas a cirugía.

- No contamos en nuestra Unidad con los métodos de -- diagnóstico satisfechos que se mencionaron en el capítulo correspondiente pero todas las pacientes fueron sometidas a las -- pruebas de laboratorio de rutina.

- Se aprecia una clara tendencia de esta Patología -- por mujeres en la 4a. década de la vida y (64.5%) y en multiparas (61.90%).

- Podemos concluir de todo lo antes enunciado que --- nuestras pacientes aún cuando son tratadas y manejadas de la mejor manera que nos es posible, no podemos permitir que en un ni

vel Hospitalario como es el que nos ocupa no se cuente con una metodología diagnóstica que nos permita no solo el correcto --- diagnóstico de la incontinencia urinaria al esfuerzo y su diferenciación con la inestabilidad del músculo destrusor, sino que podamos brindarle a esas pacientes un mejor pronóstico y diagnóstico basandonos para ello de todas aquellas pruebas y estudios que en la actualidad se pueden llevar a cabo. Creo digno - de concluir este trabajo manifestandole a todas y cada una de - esas pacientes anónimas que se sometieron a nuestros cuidados y enseñanza las Gracias.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Bhatia N.; Urodynamic effects of retropubic urethrope xy in genuine stress incontinence. Am J Obstet Gynecol. 139:936-941. 1981.
- 2.- Benson R. Incontinencia urinaria al esfuerzo. Tratado de ginecología y obstetricia. 1:593 - 599. 1979.
- 3.- Bermis G.; Reparación del uretrocele, cistocele, rectocele y perinorrafia. Cir Ginecol, 1: 223 - 239. --- 1981.
- 4.- Bruskewitz M.; Treatment of urinary incontinence with artificial sphincter. J Urol. 126: 469 - 472. 1981.
- 5.- Calatroni C. Tratamiento de las distopias genitales. Terapéutica ginecológica. 1: 398 - 426. 1981.
- 6.- Cantor. A comparative study of symptoms and objective urodynamic findings in 214 incontinence women. Br J - Obstet Gynecol. 87: 190. 1980.
- 7.- Cardozo, Satnton.: Genuine stress incontinence adn -- detrusor inestability. A review of 200 patients. Br - J Obstet Gynecol. 86: 693 - 696. 1979.
- 8.- Coob O.: Simplified correction of female stress incontinence. J Urol. 120: 418 - 420°, 1978.
- 9.- Corlett B.: Urinary incontinence. Cur Ther Obstet Gynecol. 1: 101 - 107. 1961.
- 10.- Drutz H.: Urodinamic annals of urinary incontinence - symptom in wonen. Am J Obstet Gynecol. 134: 789 - 794. 1979.

- 11.- Fantl A.: Detrusor instability syndrome. The use of bladder retraining exills with and without anticholinergics. Am J Obstet Gynecol. 139: 885 - 889. 1981.
- 12.- Flores C.: Valor de la cistoscopia en el estudio de la paciente uroginecológica. Ginecología y Obstetricia de México, 44: 459 - 462. 1978.
- 13.- García H.: Estado actual de la etiología de la incontinencia urinaria. Rev Spa Obstet Gynecol. 39: 430 - 437. 1980.
- 14.- Gershon C.: Urodynamic evaluation of female stress urinary incontinence. J Urol. 119:787 - 790. 1980.
- 15.- Green T.: Disorders of pelvic support. Cur Ther Obstet Gynecol. 1: 101 - 104. 1981.
- 16.- Howkins J.: Operaciones por control imperfecto de la micción. Ginecología operatoria. 1: 251 - 261. 1970.
- 17.- Ingelman A.: Urología Ginecológica. Tratado de ginecología y obstetricia. 2: 755 - 806. 1974.
- 18.- Jarvis G.: Detrusor muscle instability. A complication of surgery? Am J Obstet Gynecol. 139: 219 - 220. 1981.
- 19.- Kaufman J: Operative management of stress urinary incontinence. J Urol. 126: 465 - 467. 1981.
- 20.- Kaeser O.: Nuestra experiencia en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Rev Spa Obstet Gynecol. 39: 571 - 574. 1980.

- 21.- Mc Guire E.: Pubovaginal saling procedure for stress urinary incontinence. 119: 82 - 85. 1977.
- 22.- Nava y Sánchez.: Lesiones del árbol ujrinario en cirugía ginecologica y obstétrica. Ginecología y obstetricia de México. 46: 433 - 449. 1979.
- 23.- Novak E.: Relajaciones, Fístulas y posiciones anormales. Tratado de ginecología. 1: 289 - 298. 1971.
- 24.- Obrink A.: Mental factors influencing recurrence of -- stress incontinence. Ac Scand Obstet Gynecol. 58: --- 91-94. 1979.
- 25.- Parker R.: Fascia lata urethrovesical suspension for recurrent stress urinary incontinence. Am J Obstet -- Gynecol. 135: 843 - 848. 1979.
- 26.- Quiroz G.: Aparato genital de la mujer. Tratado de -- anatomía humana. 2: 307 - 338. 1971.
- 27.- Stamp J.: An assesment of urodynamic examination in -- incontinence women. B J Obstet Gynecol. 87: 693 - 696. 1979.
- 28.- Staton y Cardozo.: Results of the colposuspension ope -- ration for incontinence Br J Obstet Gynecol. 86: --- 387 - 388. 1979.
- 29.- Sutherst.: Sexual dysfunction and urinary incontinen -- ce. Br J Obst t Gynecol. 86: 387 - 388. 1979.
- 30.- Symmonds G.: Surgical complications and results of mo -- dified Marshall - Marchetti - Krantz procedure for -- urinary incontinence. J Obstet Gynecol. 53: 447 - 450 1989.

- 31.- Symmonds A.: Posthysterectomy enterocele and vaginal-vault prolapse.
Am J Obstet Gynecol. 140: 852 - 859. 1981.
- 32.- Thomas A.: Modified Pereyra procedure for stress incontinence.
J Urol. 125: 787 - 789. 1981.