

91217  
15 2ej.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Hospital "General Ignacio Zaragoza"  
I. S. S. S. T. E.

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO BAJO DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. GUSTAVO CALDERON BALDERRAMA



Profesor del Curso: Dr. Carlos Vargas García.  
Asesor de Tesis: Dr. Alberto Velarde Carrillo  
Coordinador: Dr. Francisco Ortiz G.

**TESIS CON  
CALA DE ORIGEN**

México, D. F.

1982-1985



## **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 está 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.

## PROLOGO

El presente estudio se realiza gracias a la orientación y colaboración de parte del DR. CARLOS VARGAS GARCIA Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia y del DR. ALBERTO VELARDE CARRILLO, Médico Adscrito del Servicio de Urología.

Al principio me pareció un tema de poca importancia, pero conforme avancé en el estudio de las pacientes a las que aqueja este padecimiento, fué haciéndose evidente la utilidad de este trabajo, tanto para la paciente como para los Médicos Residentes y Adscritos.

Tratando de crear una nueva modalidad de tratamiento y de obtener resultados más alagadores para la paciente con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, solicitamos la ayuda y colaboración de los Servicios de Ginecología y Urología y, aunando esfuerzos, logramos no solo tener éxito de tratamiento, sino que también disminuir complicaciones secundarias a éste.

Se observa con este esfuerzo un logro satisfactorio y halagador al cumplirse los propósitos ya mencionados.

## INDICE:

Introducción -----	Pag. 1
Definición -----	Pag. 2
Incidencia -----	Pag. 3
Historia -----	Pag. 4
Etiología -----	Pag. 6
Anatomía -----	Pag. 9
Fisiología del Aparato Vesico-Uretral -----	Pag. 12
Diagnóstico -----	Pag. 14
Valoración de la I.U.E. -----	Pag. 15
Diagnóstico Diferencial -----	Pag. 17
Tratamiento -----	Pag. 17
Tratamiento Quirúrgico -----	Pag. 19
Técnica de Kelly -----	Pag. 21
Técnica de Pereyra-Kelly -----	Pag. 22
Material y Métodos -----	Pag. 22
Técnica de Pereyra -----	Pag. 24
Técnica de Kelly-Kennedy -----	Pag. 26
Procedimiento Quirúrgico -----	Pag. 29
Técnica de Pereyra-Kelly -----	Pag. 31
Resultados -----	Pag. 40
Comentarios -----	Pag. 45
Conclusiones -----	Pag. 49
Bibliografía -----	Pag. 51

## INTRODUCCION.

En los últimos años la INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (I.U.E.) en la mujer, ha sido objeto de innumerables trabajos y tema oficial, desarrollado por los más destacados GINECOLOGOS y UROLOGOS del mundo y programa de muchos congresos recientes.

El gran interés deriva de la observación aún inconclusa de la encrucijada urogenital femenina.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.) que ocuparán nuestra atención es de gran interés tanto para Ginecólogos como para Urólogos. Este penoso síntoma real o aparente, aislado, tiene jerarquía por ser considerado por sí solo como una enfermedad y es un agravio a la pulcritud femenina íntima y que en muchos casos produce invalidéz, ya sea por la producción de lesiones vulvoperineales, así como profundas alteraciones del carácter y psiquis derivados de una afección a menudo ocultada por la mujer.

La INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, derivada de lesiones del aparato genital femenino que afectan su mecanismo de contención, pueden ser corregidos y mejorados transitoria o definitivamente por un tratamiento QUIRURGICO, sobre todo cuando se ha hecho un minucioso estudio clínico y paraclínico y se han seleccionado adecuadamente las pacientes bajo la asesoría de los Servicios de Ginecología y Urología: dado que la ubicación de la enfermedad está en la

frontera de las dos especialidades, con la analogía no solo desde el punto de vista anatómico y topográfico sino también de la patología, de la clínica y de la terapéutica.

Este trabajo es una continuación y complementación del estudio de tesis realizado por el Dr. ERNESTO JAMAICA VERDUZCO, del Servicio de Urología. "INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER, MANEJO DE 67 PACIENTES CON TECNICA QUIRURGICA DE PEREYRA MODIFICADA", - presentado en el año de 1984 en el Hospital "General Ignacio Zaragoza", I.S.S.S.T.E..

Las metas que se persiguen con este nuevo estudio es confirmar la hipótesis planteada: "QUE SI SE UTILIZARA UNA TECNICA QUIRURGICA COMBINADA DE PEREYRA-KELLY PARA LA CORRECCION DE LA I.U.E. Y CISTOCELE, SE PODRAN DISMINUIR LAS RECIDIVAS DE LA I.U.E. Y MEJORAR EL CISTOCELE EN FORMA MAS EFICIENTE QUE CON EL USO DE LA TECNICA QUIRURGICA DE PEREYRA O LA DE KELLY COMO TRATAMIENTO ELECTIVO AISLADO".

#### DEFINICION:

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la emisión o pérdida involuntaria, inconciente, incontrolable, inodora, pero perceptible de orina através de uretra intacta como resultado de un aumento súbito de la presión intraabdominal que se transmite directamente a la vejiga y uretra. (1-25).

Esta definición excluye:

- La incontinencia urinaria derivada de defectos congénitos como: -  
Epispadias, Hipospadias, Extrofia Vesical, etc.
- La incontinencia urinaria adquirida por fistulas génitourinarias  
derivadas de traumatismos obstétricos o quirúrgicos.
- La incontinencia urinaria derivada de enfermedades del sistema--  
nervioso central o periférico ya sea de origen médico, quirúrgi-  
co; que dan como resultado pacientes retenedoras y que orinan -  
por rebozamiento.
- Se sabe que algunas alteraciones sistémicas y urogenitales --  
son capaces de modificar el mecanismo normal de micción, en gra-  
dos variables: así, la hipereflexia del detrusor se traduce en -  
polaquiuria primero y posteriormente por micción imperiosa, debi  
do a estímulos exógenos originados en el tracto urinario genital  
(dispareunia, cistocele, etc.) (2).

#### INCIDENCIA:

La verdadera incidencia no es conocida porque existe muchos facto-  
res, como ser: Grado de educación de la paciente, grado de inconti  
nencia que la paciente puede tolerar como normal, etc.

En grandes series de estudios, la incidencia de la I.U.E. que se -  
reportan es similar. Existe el predominio en pacientes de 40 a 70  
años de edad; tan solo se observa en jóvenes nulíparas de un 15% a  
un 18%. (3).

Oconor's reporta asociación de incontinencia urinaria con urgencia en el 20% y asociada a bacteriuria en el 5% al 10% (4).

### HISTORIA:

Los intentos por corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo da tan desde los antiguos egipcios, tratando de ayudar a las mujeres-desafortunadas.

Numerosas técnicas operatorias han sido revisadas para el trata--- miento de la I.U.E. así como intentado nuevos procedimientos o modi ficaciones de viejos procedimientos publicándose de tiempo en tiem po en la literatura médica.

En los inicios del siglo XX la técnica quirúrgica para corregir la I.U.E. en la mujer se enfoca a tres principios importantes:

- 1.- Plegamiento vaginal del cuello de la vejiga y de la uretra.
- 2.- Cabestrillos uretrales musculofaciales o sintéticos.
- 3.- Procedimientos de vésicouretropexia.

En 1911, Kelly popularizó el plegamiento para corregir la I.U.E. - que consistía en la aplicación de puntos de colchonero para unir - los tejidos al rededor de la uretra o cuello vesical a través de - una incisión vaginal. Con éste procedimiento parecía que aunque - aliviara a ciertas mujeres, no curaba a todas y en muchas solo -- proporcionaba una solución temporal. Se han realizado muchas modi



ficaciones sobre esta técnica. (5-6-7).

Utilizando el segundo enfoque para este problema, los cirujanos empezaron a colocar cabestrillos músculofaciales e incluso sintéticos al rededor del cuello vesical y de la uretra, intentando estrechar y elevar esta última. Los resultados variaron y fué difícil comprobarlos por las diferentes poblaciones que incluyeron. (6-8-9-10 11).

El tercer método se enfocó a la suspensión suprapúbica del área -- ureterovesical. En 1923 Victor Bonney desarrolló una técnica para corregir la I.U.E. utilizando una incisión suprapúbica, para luego fijar la porción anterosuperior de la vejiga al músculo recto con puntos de seda. Aunque al parecer corregía los síntomas de la incontinencia en un principio, los efectos duraron poco tiempo. No fué sino hasta 1949 cuando Marshall Marshetti y Krantz publicaron sus éxitos con la suspensión vesiculouretral a través de una incisión suprapúbica.

Desde Marshall Marshetti y Krantz describieron sus métodos de elevación suprapúbica abierta del tejido ureterovesical se han desarrollado varios métodos alternativos para mejorar dicha técnica -- (6-12-13-14-16).

En 1959 Pereyra usó una aguja larga colocada a través de una incisión suprapúbica superficial. Esta aguja dirigida hacia los tejidos periureterales y utiliza una sutura larga para elevar el área-

del cuello vesical. Una complicación de éste método por la introducción ciega de la aguja, era el paso inadvertido de la aguja y de las suturas al interior de la vejiga. (15).

Actualmente se ha modificado esta técnica usando diferentes tipos de sutura, tipos de incisión, cistoscopia, etc., con diferentes resultados de éxito.

La selección de la técnica quirúrgica está determinada por muchos factores, como: Grado de incontinencia, prolapso de la vejiga o del útero, movimientos del cuello vesical, etc. Con estos factores la cirugía ginecológica es colocada en el problema de la decisión de los cuales de los numerosos procedimientos abdominales, vaginales o combinados serían usados con mayor frecuencia y posibilidades de éxito. Usualmente la decisión es directamente tomada individualización, experiencia y familiaridad con algunos procedimientos quirúrgicos. (2).

#### ETIOLOGIA:

Solo existen teorías tratando de explicar el origen de la I.U.E., entre la que citaremos algunas:

La descrita por Hodgkinson de Sir Artur Keith. MARTILLO DE AGUA: -- "EL EFECTO DE LA PRESION INTRABDOMINAL ES SEMEJANTE AL DE UN LARGO-PISTON DIRIGIDO DESDE EL CENTRO DE LAS VICERAS ABDOMINALES". En -

efecto, debido a la consistencia plástica mixta del conducto abdominal, este tipo de fuerzas siguen más estrechamente las leyes de la gravedad que las de la hidrodinámica. (6).

Hodgkinson y Morgan muestran que la presión de la maniobra de Valsalva es transmitido en forma desigual a la vejiga y uretra, con la paciente en posición erecta.

El efecto del incremento de la presión intrabdominal sobre la vejiga y uretra depende de si contiene o no líquido, cuando está vacía se comporta como el resto de las vísceras abdominales, agregándose las fuerzas gravimétricas en proporción a su peso. Cuando está lleno de líquido la presión intravesical responde a las leyes hidrostáticas en proporción a su peso, y altura de la columna de líquido en la unión uretrovesical (el punto más vulnerable y frágil de la pared vesical).

Hutch introduce una nueva teoría sobre el mecanismo del esfínter urinario externo, quien indica que en el piso de la vejiga existe un músculo liso denominado "BASE PLATE" limitado posteriormente por el triángulo y por la parte anterior y lateral por un anillo profundo del músculo liso; y para meter la continencia urinaria dicha superficie debe permanecer aplanada. Por medio de una placa lateral de cistograma se ha observado que durante el escape de orina esta estructura se encuentra en un estado de tono constante, demostrándose contracciones tónicas intermitentes. La I.U.E. de acuer-

do con Hutch es, debido a que dicha estructura fué debilitada como resultado de la relajación del piso pélvico, lo cual permite la caída de la vejiga a un espacio reducido entre la sínfisis del púbis y la pared vesical anterior. (16-17)

De acuerdo a las últimas investigaciones se sabe que el mecanismo intrínseco esfinteriano de la mujer, está ubicado en la porción media de la uretra. Este mecanismo intrínseco depende indirectamente de la integridad del piso pélvico, los cuales proporcionan un soporte en la posición normal y permite un limitado rango de movilización al incremento de presión intra-abdominal.

La extensión fisiológica de los estudios demuestran que en los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo pura, el mecanismo esfinteriano intrínseco está absolutamente intacto, pero ésta eficiencia no es comparable por el daño de los soportes y la excesiva movilización.

Entre los factores predisponentes podemos citar:

- Incontinencia post-partum: Es el traumatismo obstétrico el que ocasiona laceraciones distorsión del orificio interno de la uretra y vejiga. (16-17)
- Incontinencia post-menopausia: El origen es la atrofia de los soportes de la vejiga y uretra, más la diferencia vascular, siendo la causa un déficit hormonal.
- Incontinencia post-operatoria: O iatrogénica; es el resultado del

desconocimiento por parte del cirujano en la anatomía de la uretra y estructuras asociadas. Esto se manifiesta posteriormente por una distorsión del orificio interno de la uretra a consecuencia de una técnica defectuosa.

La etiología de la I.U.E. puede resumirse en la falta de un soporte adecuado de las aponeurosis y estructuras musculofaciales perineales para mantener en posición normal a la vejiga y uretra. Así -- como también un deterioro de los músculos circulares estriados y lisos en el cuello de la uretra.

#### ANATOMIA:

La vejiga y la uretra son los elementos de estudio anatómico y fisiológico de la I.U.E. en la mujer, los cuales se encuentran contenidas en la cavidad pélvicoperineal. El estudio anátomo-fisiológico del conjunto vesico uretral comprende: Los esfínteres y su inervación, ya que de su integridad depende el buen funcionamiento -- vesico-uretral y la continencia en particular.

La vejiga, es un reservorio formado por tres capas que son:

- La capa externa que se confunde con la vaina conjuntiva perivesical subserosa.
- La capa media formada por tres tónicas musculares: Una capa externa de fibras longitudinales, una media de fibras circulares -

y otra interna o plexiforme donde predominan las fibras longitudinales.

- La capa interna o mucosa presenta tres orificios; un orificio uretral o fuera de la vejiga y dos orificios situados a dos centímetros y medio de la uretra, cada uno de estos orificios es el vértice de los ángulos del triángulo de Licutaud.

El límite convencional entre la vejiga y la uretra, está marcado por el estrechamiento que separa el reservorio vesical del canal uretral; este límite está formado por la condensación muscular sobre la cual la mucosa vesico-uretral dibuja el cuello de la vejiga.

La uretra, va del cuello de la vejiga a la vulva atravesando los planos musculares y aponéuróticos del periné. Su dirección casi vertical describe una curva ligeramente cóncava hacia adelante, su longitud aproximada es de 4 Cm., y su diámetro en estado normal es de 7 mm.. La parte superior de la uretra está situada arriba de la aponeurosis media del periné, constituyendo la porción pélvica, la parte inferior o perineal se une a la vagina mediante un tabique uretrovaginal constituyendo la porción perineal.

La circunstancia de no estar el eje de la uretra en la prolongación del gran diámetro del esferoide vesical determina la implantación oblicua de la uretra, lo que favorece la continencia y provoca la formación de dos ángulos uretro-vesicales anterior y posterior.

La vejiga es el reservorio urinario y la uretra es el conducto --

músculo membranoso que la continúa. La unión entre la vejiga y la uretra esta dada por una condensación de fibras musculares lisas -- que estrecha la base de la vejiga, esta condensación constituye el esfinter liso (interno, el cual está poco definido morfológicamente; la inervación que recibe este esfinter es de tipo simpático, el --- cual es involuntaria, automática e incostante.

El esfinter interno deriva de la musculatura lisa de la capa media-del detrusor dispuesta en forma de haces musculares. Este esfinter según los estudios realizados por Martiusy Roberts, no es un esfinter verdadero sino una condensación de fibras musculares lisas poco diferenciadas tanto morfológicamente como histológicamente. Sin embargo, clásicamente se halla constituido por dos haces de fibras-lisas bien delimitadas:

- Una anteposterior denominada también arco púbico, que continúa al cuello por su cara anterior; este haz lo constituye una condensación de fibras musculares del detrusor que nacen y terminan sobre la cara leteral y anterior de la vejiga.
- El otro haz es posteroanterior, se le denomina también arco sacro es trigonal en su nacimiento y preuretral en su terminación, contornea la cara posterior del cuello, la concentración de sus fibras determinan la oclusión del orificio ureteral interno.

Los dos arcos o haces contraídos hacen el cierre del meato uretral-superior, en el momento de vaciamiento estas fibras tienen cierto -

grado de relajamiento.

El esfínter estriado es una formación sólida anatómica e histológicamente bien diferenciada. Está constituido por una condensación-defibras musculares del pubocoxígeo , transverso profundo y bulbo-cavernoso, los cuales rodean la pared del conducto uretral en su mitad proximal vesical.

Este esfínter tiene una enervación motora voluntaria inconciente, pudiendo actuar en ciertas circunstancias de una manera semi-automática.

Gregoire y Scyes, lo describen como una formación anular que forma parte de la capa muscular perineal profunda. (13-27).

#### FISIOLOGIA DEL APARATO VESICO-URETRAL:

La función de la vejiga es almacenar, la orina y evacuarla en el momento necesario o deseado. La fisiología de la micción comprende de tres tiempos:

- 1.- Tiempo de repleción o llenado
- 2.- Tiempo de contención
- 3.- Tiempo de evacuación o micción.

Primer tiempo de repleción o llenado .- es el que se presenta entre micción y micción. La colección progresiva de orina dentro de



la vejiga es la que constituye este tiempo, el tono vesical es cons tante y sostenido a una presión de 10 cc. de agua hasta la cifra - de 250 cc. en el llenado vesical. La fase tónica se vuelve dinámi ca traduciendo en la necesidad de orinar.

Segundo tiempo de contención.- El tono de esfínter se opone de una manera constante al tono del detrusor, es el "EQUILIBRIO TONICO". - en la contención urinaria intervienen los esfínteres liso y estria do, y la angulación uretro-vesical. El esfínter liso contiene la orina cuando se verifica la oclusión del orificio uretral, gracias a la contracción de los arcos de detrusor.

El esfínter estriado tiene como función de contener la necesidad - imperiosa de orinar cuando existe un aumento de presión, esta acción es consiente y pone en juego tanto los músculos perineales -- profundos tanto como los superficiales. A medida que la vejiga se va llenando el ángulo que forma con la uretra se aproxima más al - ángulo recto de este modo los dos haces del esfínter liso se cru- zan y ocluyen el orificio uretral interno de un modo más amplio.

Tercer tiempo de evacuación.- Es el acto consciente pero el meca- nismo íntimo de la micción se desconoce. Se supone que el esfínter liso se abre por la contracción de labio posterior del orificio -- uretral, y la apertura del esfínter estriado se efectúa por inhibi ción voluntaria . (16).

DIAGNOSTICO:

La historia clínica es una guía muy importante para el tratamiento. Muchas pacientes pueden ser diagnosticadas y tratadas con éxito sin investigaciones urodinámicas; pero no es correcto efectuar una cirugía sin haber realizado las investigaciones urológicas básicas, ya que hay alteraciones de tipo inflamatorio producidas por infecciones, o bien que la vejiga presenta cierta inestabilidad y desencadena contracciones no controlables dadas por aumento de la presión intrabdominal; también se observa en alteraciones neurológicas que afectan a la vejiga y al esfínter pudiendo causar una incontinencia urinaria.

Ninguna prueba por sí sola, es capaz de proporcionar el diagnóstico completo, pero sí cada una de ellas proporciona datos de estimable valor para el diagnóstico complementario.

Dentro de la historia clínica es importante remarcar datos como: Fecha de inicio, evolución, grado de la incontinencia, tratamiento médico o quirúrgico previo, recurrencias, etc. etc.... Así también determinar el grado de descenso vesical, orina residual, capacidad vesical, etc. (5-18-23-24).

Entre los estudios complementarios podemos citar:

- Prueba de Boney-Marshall

- Urografía excretora
- Uretro cistografía
- Uretrosistometría
- Uretrocistoscopia
- Etc. Etc...

#### VALORACION DE LA I.U.E:

Los síntomas de la U.I.E. en la mujer únicamente se refieren a la pérdida involuntaria de orina, clasificándose en tres grupos logra dos de acuerdo a la clasificación de INGELMANN-SUNDBERG. (19)

GRADO I Pérdida de la orina al esfuerzo  
reír, toser, estornudar y al pujar.

GRADO II Pérdida de orina al caminar ,correr  
cambiar de posición durante las --  
relaciones sexuales.

GRADO III INCONTINENCIA TOTAL: Salida de ori-  
na en reposo.

Al elaborar la historia clínica es importante descubrir a las pa-  
cientes que relatan el escape de orina después de sensación de ur-  
gencia por orinar (incontinencia de urgencia) y a quienes presenta-  
dolor suprapúbico cuando se llena la vejiga. El primero de estos-  
síntomas puede relacionarse con una vejiga inestable, neuropatía y

el segundo, con una cistitis intersticial. Dos trastornos que pueden hacer confundir con la verdadera incontinencia, siendo innecesaria la intervención quirúrgica porque ninguno se alivia con este método.

La parte más importante de la valoración es la demostración real de la incontinencia inducida por esfuerzo y debe hacerse durante la exploración.

Cuando la paciente tiene la vejiga llena se le pide que orine, luego se introduce una sonda N;14 para determinar la orina residual de la vejiga. Un volumen superior de 10% de orina residual puede indicar una vejiga neuropática, no contráctil, que quizá no se vacíe espontáneamente después de la suspensión quirúrgica del cuello vesical. (2)

Se mide la capacidad vesical (250-350 cc). Una vez que la vejiga está completamente llena y en posición de litotomía, se le pide que tosa. Si hay un escape que coincide con la tos, se realiza la prueba de Bonney la cual es positiva.

Si no se observa escape alguno, se levanta la cabeza de la mesa hasta 45 grados y se observa nuevamente si hay incontinencia urinaria cuando la paciente tose. Por último, si tampoco hay escape de orina, se le pide que se ponga de pie y tosa con las piernas separadas. El escape con la tos debe coincidir casi con la tos para evitar confundir la contracción espontánea inducida por la tos con signo de incontinencia.

tinencia de esfuerzo. La contracción vesical por la tos se presenta 5 a 15 segundos después de toser.

Dentro del examen debe estar incluida una valoración ginecológica -- completa, así como estudio de Papanicolau.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- 1).- Neuropatías vesicales.
- 2).- Incontinencia de urgencia pura.
- 3).- Anomalías congénitas o adquiridas del tracto urinario.
- 4).- Incontinencia urinaria psicógena.
- 5).- Disinergia del detrusor. (6-23)

#### TRATAMIENTO:

- 1).- Estrógenos.- Se han prescrito estrógenos en pacientes con prolapso vaginal acompañado de I.U.E.- Muchas mujeres consiguen suficiente alivio como para evitar la intervención quirúrgica.

Se aconseja el empleo local de estrógeno en la vagina, en forma de óvulo o crema (premarin crema 0,625 a 1 mg./gramo, dienestrol crema 01 a 05 mgs/gr.) por 3 sem cada mes, en algunas ocasiones se asocian por vía oral (estilbestrol 0.25 mgrs. o premarin 1.25 mgs.)

Muchas mujeres experimentan una mejoría después de pocas semanas de tratamiento estrogénico. Si el tratamiento no da buenos resultados,-

la cirugía es la indicada. Entre las complicaciones que se observan son, el dolor de pecho y posibles hemorragias uterinas.

El mecanismo por el cual actúan los estrógenos se indica que restauran los tejidos a un tono y turgencia óptima. Jeffcoate pone en duda el valor de dicha terapéutica ya que, pacientes sometidas a largas dosis de dietilestilbestrol administradas para el tratamiento de CA de mama, pueden también presentar I. U. E. con signos radiográficos típicos. (12).

2).- Ejercicios Musculares.- Se ha reducido considerablemente la necesidad de intervención quirúrgica en mujeres con I. U. E. gracias a la práctica de los ejercicios de Keguel (1744).

Los músculos del diafragma pélvico, en especial los pubococci-geos, son responsables para la calidad de los tejidos en esa región y para la función satisfactoria de los esfínteres. Los ejercicios de cualquier grupo de músculos, fomentan el tono del tejido y facilitan la función de las estructuras adyacentes. (25-26). El soporte proporcionado por el diafragma pélvico es su característica principal. La flacidez de estos músculos pueden ocasionar consecuencias serias dentro de la relación anatómica y funcional de los órganos pélvicos.

3).- Simpaticomiméticos.- Stewart describe sus experiencias de 77 pacientes tratadas con simpaticomiméticos (fenilpropanolamina, clorfeniramina, isopropamida). Tanagho Meyers, Lapidés y otros

mejoran el control urinario empleando efedrina, observando una mejoría en 59 pacientes de un total de 77, observando además - un efecto favorable con el uso de estrógenos en pacientes con deficiencia estrogénica. (20)

4).- **Pesario Eléctrico.**- El concepto de uso de dispositivo eléctrico en el tratamiento de la incontinencia urinaria evolucionó - durante los últimos 10 años. Cadwel 1963, Alexander y Rowan -- 1966, mostraron que la estimulación de la musculatura estriada de la pelvis puede impedir la pérdida del tono muscular

5).- **Tratamiento Quirúrgico:**

Técnica de Pereyra modificada.- Los instrumentos utilizados -- son: una cánula de acero inoxidable, delgada, parcialmente perforada y angulada de 25 cms. de longitud, con orificios localizados a 2.5-5 cms. de su extremo distal. La cánula contiene un adelgazamiento en su extremo distal para facilitar la perforación de los diferentes tejidos por la que tiene que atravesar.

La técnica quirúrgica consiste: bajo los efectos de anestesia regional, con la paciente en posición de litotomía, se coloca sonda Foley 18 Fr., globo 5 cc. para evacuar la orina de la vejiga. Se hace luego una incisión en "U" invertida en pared anterior de vagina a nivel de la porción media de la uretra, se abre más el espacio fibroareolar avascular con tijeras de disección hasta localizar la unión uretro-vesical. Luego se pro-

cede a cortar los ligamentos parauretrales y se introduce el de  
do índice hasta la pared posterior del púbis muy pegado a la --  
misma; luego se tracciona la sonda y a nivel del ángulo vesico-  
uretral, se coloca cuatro puntos en el ligamento parauretral de  
ambos lados con dermalón N 00.

Posteriormente se introduce la aguja de Pereyra a través de una  
incisión realizada en abdomen a nivel del borde superior del pú  
bis, el cual tiene que estar muy pegado a la pared posterior --  
del púbis y dirigido con el dedo índice a través de la perfora-  
ción realizada por la pared vaginal, al mismo tiempo se despla-  
za a un lado de la aguja de Pereyra. Una vez que el extremo dis  
tal de la aguja llega a vagina, son anclados con el dermalón, -  
el mismo que se utilizó para colocar los puntos en el ligamento  
parauretral. Se jala hacia arriba la aguja de tal manera que el  
hilo dermalón aparece por la incisión suprapúbica. Este procedi-  
miento se hace para ambos lados de la uretra (se toman los liga-  
mentos parauretrales derecho e izquierdo).

Posteriormente se anudan los cuatro cabos de dermalón ajustados  
de acuerdo a la valoración realizada por el cistoscopio introdu-  
cido a través de la uretra calibrando el cierre del lúmen del -  
orificio uretral, sin permitir que ésta esté completamente ce--  
rrada.

Posteriormente se sutura pared anterior de vagina con catgut --  
del N 00



Técnica de Kelly. - La paciente en litotomía bajo los efectos de anestesia peridural, sondeo vesical con globo de agua de 5 cc. se toma - labio anterior de cuello uterino con pinzas de Pozzy, se tracciona y se hace incisión en "T" invertida, circuncidando el cuello por abajo y hasta 1 cm. por debajo del meato urinario; luego se toma con pinzas de Allis los bordes de la incisión y se disecciona con bisturí la fascia vesíco vaginal hasta localizar el ángulo subpúbico de ambos lados de la uretra.

La capa fibromuscular de tejido se ha separado por completo de la pared vaginal anterior en sentido lateral a cada lado desde la incisión vaginal transversa hasta un nivel aproximadamente 1 cm. por encima del margen inferior del ramo púbico. La vejiga se libera adecuadamente del cervix avanzándola hacia arriba con un dedo cubierto de gasa.

Posteriormente se coloca un punto de Kennedy con catgut del N 1 a nivel del ángulo uretrovesical, tomando el periostio subpúbico de ambos lados de la uretra. Asimismo la capa fibromuscular ligada a la vejiga se une en la línea media con 2 a 3 puntos de Kelly; suturas discontinuas, imbricadas, colocadas transversalmente. Luego se corta el exceso de piel vaginal que recubre la vejiga recolocada y se coloca puntos se arados de Sarnof con catgut del N: 0, suturando de esta manera la pared vaginal anterior. 8-21-22

### Técnica de Pereyra-Kelly.

Es la combinación de ambas técnicas. Fundamentalmente consiste en los mismos pasos que la técnica de Pereyra, con la diferencia en la incisión vaginal, es la misma que se utiliza con la técnica de Kelly (en "T" invertida), no se coloca los puntos de Kennedy y se reseca el excedente de mucosa vaginal para reparar el cistocele.

Resumiendo, la técnica de Pereyra corrige la I. U. E. y la técnica de Kelly corrige el cistocele.

### MATERIAL Y METODOS.

Técnica de Kelly-Kennedy. - Se estudiaron 25 pacientes seleccionadas al azar del archivo del Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza", pacientes internadas por I.U.E. y cistocele de enero a diciembre de 1982.

De dichos pacientes se recopilan datos referentes a: edad, paridad, exámenes de laboratorio, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, complicaciones, etc., todo con la finalidad de hacer una comparación con los resultados obtenidos de la investigación realizada en este trabajo.

Técnica de Pereyra-Kelly. - Se toma a 23 pacientes, de junio a septiembre de 1984, quienes acuden al servicio de Ginecología y Urología por presentar I.U.E. asociado a cistocele, realizándoles un estudio completo:

- Historia Clínica

- Exploración física: Valoración del grado de cistocèle e I.U.E.--
- Estudios de laboratorio: E.G.O., urocultivo, exudado vaginal etc.
- Papanicolaou
- Capacidad vesical, longitud de la uretra, orina residual etc.

El grado de incontinencia urinaria de esfuerzo se hace en base a la clasificación de INGELMANN-SUNDBERG.

Como universo de trabajo de toma a toda paciente con I.U.E. y cistocèle sin infecciones urinarias, exudado vaginal y PAP negativo.

Se excluye del estudio a toda paciente con vejiga neurogénica, pacientes con padecimiento urológico más importantes que la I.U.E. - como litiasis, neoplasias, reflujos, malformaciones, etc., pacientes con PAP positivo, pacientes con alteraciones mentales.

Durante el acto quirúrgico se valora el tiempo de operación, tipo de anestesia, sangrado transoperatorio, complicaciones.

En el postoperatorio se toma en cuenta: días de hospitalización, complicaciones post-operatorias, días con sonda de Foley, tratamiento médico post-operatorio, etc. Así mismo se les realiza un control post-quirúrgico de urocultivo y exudado vaginal; y en casos positivos se realiza tratamiento específico.

Se hace control a las pacientes hasta en 15 de febrero de 1985, para luego realizar un estudio comparativo con los resultados obtenidos con la técnica de Pereyra y la técnica de Kelly-Kennedy.

TECNICA DE PEREYRA:

Como se expuso al inició de este trabajo el fundamento de este estudio, es el de realizar un análisis comparativo y evaluatorio entre las diferentes técnicas mencionadas.

Para esto se hace un resumen de los resultados obtenidos con la técnica de Pereyra en 67 pacientes estudiadas, la mayoría en la cuarta y quinta década de la vida, con promedio de paridad de 4 a 8 hijos.

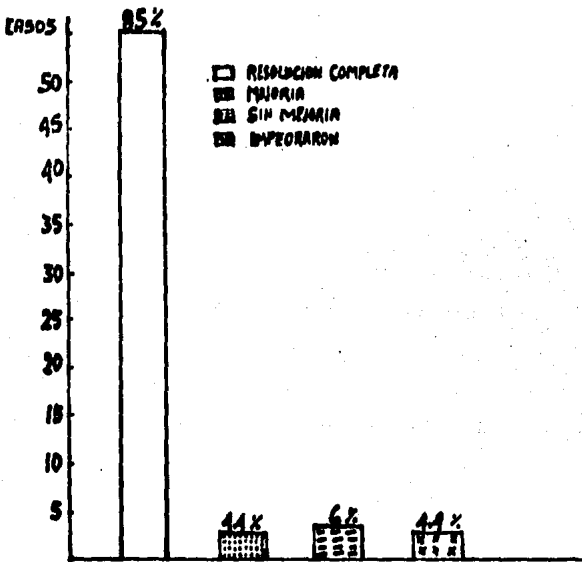


FIG. 1.- Resultados obtenidos con la técnica de Pereyra para la corrección de la I.U.E. Dr. E. Jamaica 1981-1983. Hosp. Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.F.

Antes de intervención quirúrgica el 70% de la I.U.E. correspondía al grado II, 20% de grado I y el 10% al grado III, todas con pruebas de Bonney positivas. El 70% presentaban cistocele grado II y el 20% rectocele.

Los resultados obtenidos como muestra la fig. 1 son los siguientes:

Resolución completa	55 pacientes	85 %
Mejoría	3 pacientes	4.4 %
Sin Mejoría	4 pacientes	6.2 %
Empeoraron	3 pacientes	4.4 %
TOTAL		100.0 %

TABLA 1.- Resultados obtenidos con la técnica quirúrgica de Pereyra. Dr. E. Jamaica 1981-1983.

Las complicaciones que se observaron fueron:

- Lesión de uretra y vejiga 6 casos (por disección digital)
- Hemorragia 2 casos
- Perforación de vejiga 2 casos

De acuerdo al análisis realizado por dicho autor se observa una mejoría del 89.4%. Este trabajo muestra un porcentaje de éxito comparable con los distintos trabajos publicados desde 1959 a 1982.

### TECNICA DE PEREYRA

AUTOR	AÑO	% EXITO
Pereyra	1959	90.0 %
Harver-Hunther	1965	83.3 %
Pereyra-Lebherz	1967	93.4 % a 2 años 91.9 % a 7 años
Crist-Shingleton	1969	54.0 %
Litvak	1974	91.0 % a 3 años
Pereyra-Lebherz	1982	94.5 %
Velarde-Jamaica	1984	89.4 %

Es importante remarcar que dentro de las pacientes estudiadas el 70% presentaron cistocele, no habiéndose realizado una evaluación adecuada del grado de mejoría.

### TECNICA DE KELLY-KENNEDY:

Se ha tomado del archivo del Hospital Ignacio Zaragoza 25 pacientes al azar los cuales presentaron I.U.E. con cistocele, del año 1982- a quienes se les realizó colpoplastia con la técnica de Kelly-Kennedy encontrando los siguientes datos:

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
25-29 AÑOS	1	4 %
30-34 AÑOS	3	12 %
35-39 AÑOS	5	20 %
40-44 AÑOS	9	36 %
45-MAS AÑOS	7	28 %

TABLA 2.- Edad de la pacientes a las que se les realizó técnica de Kelly-Kennedy para la corrección de I.U.E. Serv. de Ginecología del Hosp. Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E.

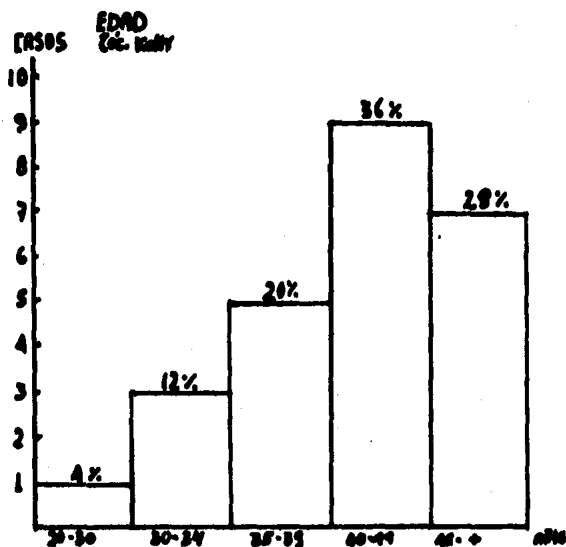


FIG. 2.- Edad de las pacientes, Técnica de Kelly-Kennedy. Servicio de Ginecología 1982. Hospital Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E.

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
0-3	2	8 %
4	9	36 %
5	7	28 %
6	5	20 %
7	2	8 %
TOTAL	25	100 %

TABLA 3.- Paridad de las pacientes a las que se les realizó técnica de Kelly-Kennedy para la corrección de la I.U.E. Serv. de Ginecología del Hospital Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E.

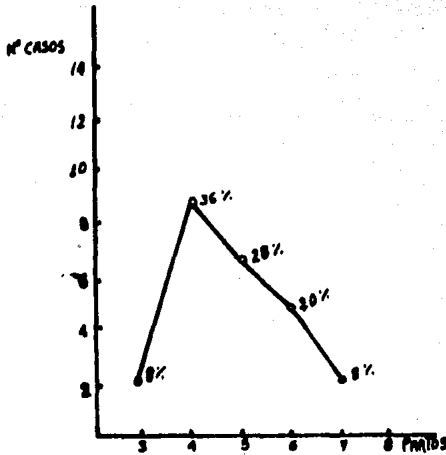


FIG. 3.- Paridad de las pacientes Técnica de Kelly-Kennedy Serv. de Ginecología Hospital Ignacio Zaragoza 1982.

No existe una valoración adecuada de la incontinencia urinaria de-esfuerzo , sin embargo, en base a algunos datos se podría clasificar:

GRADO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	20	80 %
II	4	16 %
III	1	4 %
TOTAL	25	100 %

TABLA 4.- Grado de I.U.E. Técnica de Kelly-Kennedy. Serv. de Ginecología. Hospital Ignacio Zaragoza 1982.



GRADO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	3	12 %
II	17	68 %
III	5	20 %
TOTAL	25	100 %

TABLA 5.- Grado de cistocele. Técnica de Kelly-Kennedy. Serv. de Ginecología. Hospital Ignacio Zaragoza 1982.

Ninguna de la pacientes tiene reporte de capacidad vesical, longitud de la uretra, orina residual, prueba de Bonney etc.

Cabe indicar que el 80% de la pacientes (20 pacientes) no tienen estudios de urocultivo y exudado vaginal. De las 5 pacientes restantes el 100 % de los estudios de exudado vaginal es positivo:

GERMEN	No. DE CASOS
E. Coli y Estreptococo	1
E. Coli y Cándida A.	1
Haemophilus V.	2
Trichomonas	1
TOTAL	5

TABLA 5.- Exudado vaginal preoperatorio Técnica de Kelly-Kennedy. Serv. de Ginecología Hospital Ignacio Zaragoza. 1982.

No existe un control pst-quirúrgico de los estudios de exudado vaginal y urocultivo.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

De las 25 pacientes 3 habían sido intervenidas previamente por el mismo problema (cistocele I.U.E.) con la Técnica de Kelly-Kennedy en este mismo Hospital.

Los resultados obtenidos con la técnica mencionada es la siguiente:

RESULTADOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Mejoría	15	60 %
Sin Mejoría	8	32 %
Empeoraron	2	8 %
TOTAL	25	100 %

TABLA 6.- Resultados obtenidos con la técnica de Kelly-Kennedy para la corrección de I.U.E. Serv. de Ginecología del Hospital Ignacio Zaragoza. 1982.

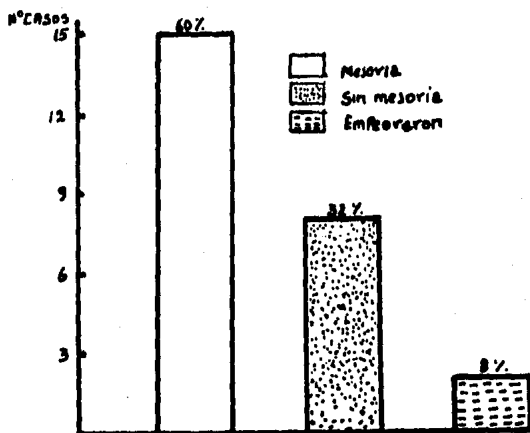


FIG. 4.- Resultados obtenidos para la corrección de I.U.E. Técnica de Kelly-Kennedy. Serv. de Ginecología. Hospital Ignacio Zaragoza 1982.

Al control post-quirúrgico se presentaron a la consulta externa de Ginecología de acuerdo a la siguiente relación:

No. DE CONSULTAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1	25	100 %
2 A 3	10	40 %
4 A 5	5	20 %
6 o MAS	4	16 %

TABLA 7.- Relación de consultas a control post-quirúrgico Técnica-Kelly-Kennedy Serv. de Ginecología Hospital Ignacio Zaza goza 1982.

El 100 % de las pacientes mejoraron del cistocele (control de 6 a 12 meses).

De acuerdo a la evaluación realizada de las 25 pacientes mejoraron de la I.U.E. en un 60% resultados comparables a los reportes de la literatura médica.

TECNICA	AUTOR	% DE EXITO
Kelly-Kennedy	Low	48.0 %
Kelly-Kennedy	Cantor	57.1 %
Kelly-Kennedy	Jeffcoate	60.0 %
Kelly-Kennedy	Mengert's	90.0 %
kelly-Kennedy	Gaver	60 A 85.0 %
Kelly-Kennedy	Lee	91.0 %

#### TECNICA DE PEREYRA-KELLY:

Dentro del estudio que nos ocupa, la técnica quirúrgica combinada-

de Pereyra-Kelly, se han tomado 23 pacientes, quienes fueron inter-  
venidad quirúrgicamente desde el mes de Junio a Septiembre de 1984.  
Encontrándose los siguientes parámetros:

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	2	8.5 %
30 A 39 AÑOS	8	35.0 %
40 A 49 AÑOS	9	39.5 %
50 A 59 AÑOS	2	8.5 %
60 o MAS	2	8.5 %
TOTAL	23	100.0 %

TABLA 8.- Edad de las pacientes a las que se les realizó técnica -  
combinada de Pereyra-Kelly para la corrección de la I.U.E.  
y cistocèle. Serv. de Ginecología-Urología. Hospital --  
Ignacio Zaragoza 1984.

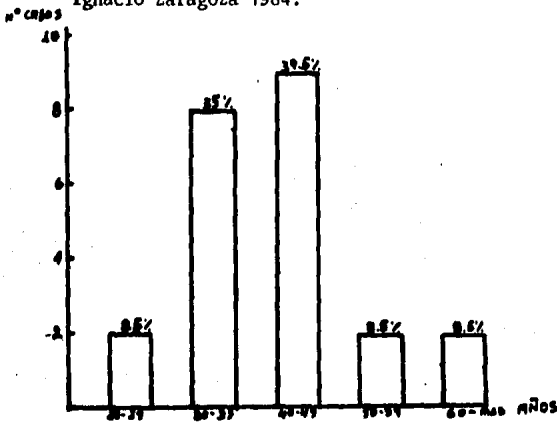


FIG. 5.- Edad de las pacientes. Técnica de Pereyra-Kelly. Serv. de  
Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza 1984.

PARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
2 A 3	6	26 %
4 A 5	6	26 %
6 A 7	3	13 %
8 o MAS	8	35 %
TOTAL	23	100 %

TABLA 9.- Paridad de las pacientes a las que se les realizó Técnica combinada de Pereyra-Kelly para la corrección de la -- I.U.E. y cistocele. Servicio de Ginecología-Urología. -- Hospital. Ignacio Zaragoza 1984.

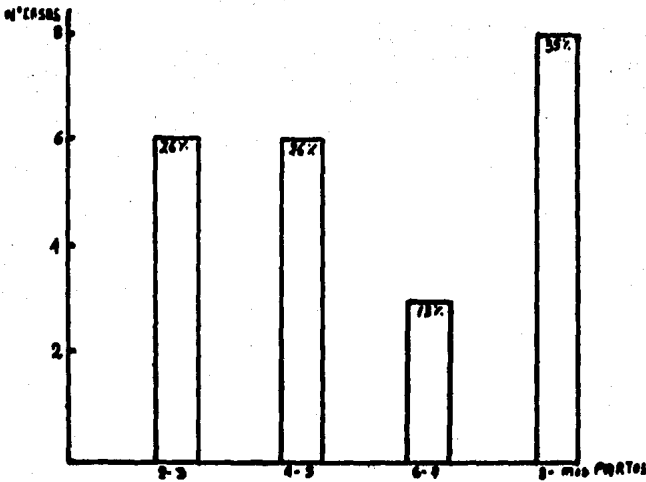


FIG. 6.- Paridad de las pacientes. Técnica de Pereyra-Kelly Serv.- de Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza 1984.

La valoración de el grado de I.U.E. es la siguiente:

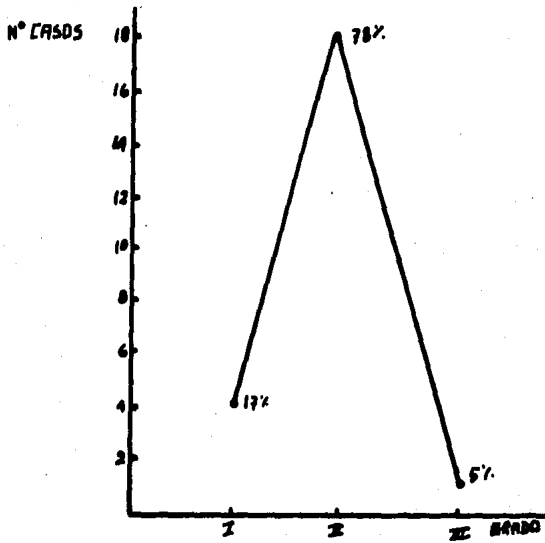


FIG. 7.- Distribución de pacientes por grado de I.U.E. pre-operatoria. Técnica de Preyra-Kelly. Serv. de Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza 1984.

La insuficiencia urinaria de esfuerzo estaba asociado al cistocele de acuerdo a la siguiente revelación:

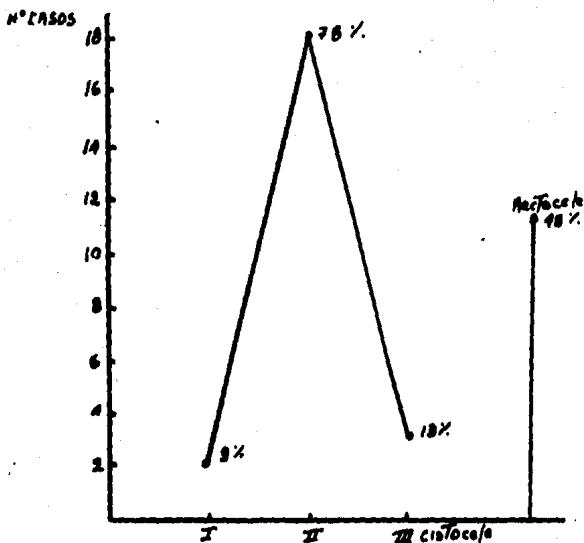


FIG. 8.- Asociación de cistocele y rectocele con la I.U.E. Técnica de Pereyra-Kelly. Serv. de Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza 1984.

La capacidad vesical encontrada varía de 250 cc. a 500 cc. con un promedio de 350 cc.

La prueba de Bonney, fué positiva en el 100% de los casos.

La longitud de la uretra encontrada es la siguiente:

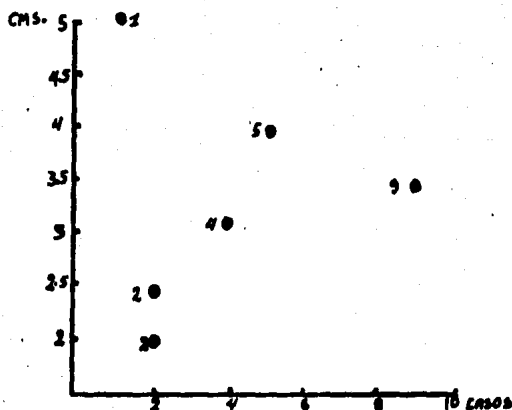


FIG. 9.- Distribución de los casos según longitud de la uretra. - Técnica de Pereyra-Kelly. Serv. de Ginecología-Urología.- Hospital Ignacio Zaragoza 1984.



En cuanto a la orina residual, la mayor parte de las pacientes presentó de 0 a 5 cc. como se muestra en la gráfica:

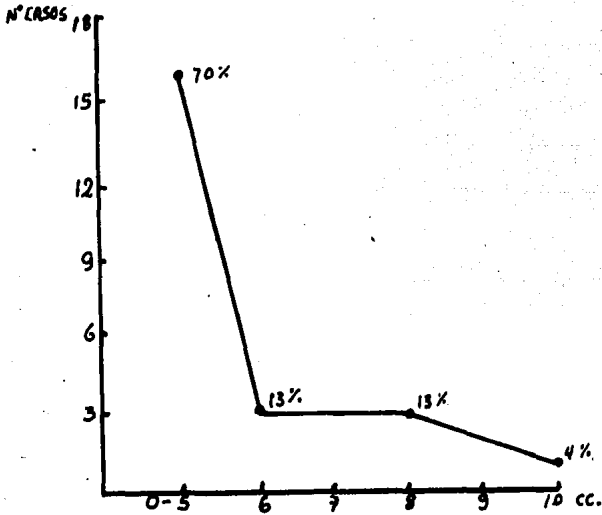


FIG. 10.- Orina residual pre-operatoria. Técnica de Pereyra-Kelly-  
Serv. de Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza  
1984.

Cuatro de las pacientes estudiadas ya tenían cirugía previa correctiva por I.U.E. y cistocele de acuerdo a la siguiente relación:

TECNICA QUIRURGICA	No. DE CASOS
Pereyra	1
Kelly-Kennedy	3
TOTAL	4

Dentro de los exámenes de laboratorio reportados antes de la intervención quirúrgica son:

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Normal	8 pacientes	35.0 %
Leucocituria (mayor a 8)	12 pacientes	52.0 %
Bacteriuria (Abundante)	15 pacientes	65.0 %
Eritrocituria	1 paciente	4.0 %

TABLA 10.- Examen general de orina pre-operatorio. Técnica de Pereyra-Kelly. Serv. de Ginecología-Urología. Hospital -- Ignacio Zaragoza 1984.

UROCULTIVO

POSITIVO (más de 100.000 col.)	7 pacientes	31 %
E. Coli	4 pacientes	17 %
Enterobacteria	2 pacientes	9 %
Proteus M.	1 paciente	5 %
NEGATIVO	16 pacientes	69 %

TABLA 11.- Urocultivo pre-operatorio. Técnica Pereyra-Kelly. Serv. Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza 1984.

**EXUDADO VAGINAL:**

<b>POSITIVO</b>	<b>11 casos</b>	<b>48.0 %</b>
E coli	2 casos	8.7 %
Haemophilus V.	2 casos	8.7 %
Klebsiella-Proteus	2 casos	8.7 %
Cándida A.	2 casos	8.7 %
Coli-Haemophilus V.	1 caso	4.4 %
Cándida E. Coli	1 caso	4.4 %
Enterobacteria	1 caso	4.4 %
<b>NEGATIVO</b>	<b>12 casos</b>	<b>52.0 %</b>

**TABLA 11.- Exudado vaginal preoperatorio. Técnica Pereyra-Kelly. -  
Serv. de Ginecología-Urología Hospital Ignacio Zaragoza  
1984.**

Todos los casos positivos fueron tratados con antibiótico específico, realizando urocultivo y exudado vaginal a repetición con tratamiento previo a antibiograma, hasta que los reportes sean negativos, para que la paciente pudiera ser programada para cirugía.

**PAPANICOLAOU:**

Negativo I	2 casos
Negativo II	21 casos

**TABLA 21.- Reporte de PAP preoperatorio. Técnica de Pereyra-Kelly.  
Serv. de Ginecología-Urología. Hospital Ignacio Zaragoza  
1984.**

El 50% de la cirugía se realizó en los meses de Junio y Julio y el otro 50% en los meses de Agosto y Septiembre.

De igual manera aproximadamente el mismo porcentaje fué realizado por el Médico Adscrito de Urología y el otro 50% por los Médicos-Residentes de III año del Servicio de Ginecología y Urología bajo la supervisión y dirección del Médico de base de Urología (Dr. Alberto Velarde C.).

TECNICA QUIRURGICA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Pereyra-Kelly	11	47.8 %
Pereyra-Kelly y Colpoplastia Posterior	11	47.8 %
Pereyra-Kelly y Salpingoclasia por colpotomía	1	4.4 %
TOTAL	23	100.0 %

#### RESULTADOS

La anestesia utilizada en todos los procedimientos quirúrgicos fué el bloqueo peridural en L2-L3 no observando ninguna complicación como consecuencia de dicho procedimiento.

El tiempo quirúrgico empleado fué de 55 minutos a una hora con 30 minutos, promedio de una hora.

Todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente pasaron a recuperación con sonda de Foley a permanencia, el cual se mantuvo de 2- a 5 días.

DIAS CON SONDA	No. DE CASOS
2 DIAS	18
3 DIAS	3
4 o MAS DIAS	2

TABLA 13.- Días de permanencia con sonda de Foley post-operatorio-  
Técnica de Pereyra-Kelly Serv. de Ginecología-Urología-  
Hospital Ignacio Zaragoza 1984.

El sangrado tras-operatorio varió de 100 a 400 cc. promedio 200 cc.\*

Se realizó cateterismo intermitente por retención urinaria post-ope-  
ratoria a 5 pacientes, 3 de ellas durante una semana y a las 2 res-  
tantes entre una y dos semanas.

En cuanto a los días de hospitalización, 18 pacientes se egresaron  
luego de 4 días de hospitalización, 3 pacientes se egresaron a los  
6 días y dos de ellas a los 9 días.

Durante el acto quirúrgico no se presentó ninguna complicación, -  
excepto un caso de hematuria por 24 Hrs., posiblemente por lesión-  
de la vejiga al rechazar la misma, cediendo con el tratamiento con  
servador.

Entre las manifestaciones clínicas post-operatorias se presentaron  
tres casos de urgencia miccional sin llegar a la incontinencia uri-  
naria de esfuerzo, los cuales cedieron con tratamiento a base de -  
propantelina y antisépticos.

En el estudio post-operatorio de urocultivo y exudado vaginal se encontraron los siguientes reportes:

UROCULTIVO:

Positivo (Más de 100.000 col.) - - - - -	5 casos	21.8%
E. Coli - - - - -	3 casos	13 %
Enterobacteria - - - - -	1 caso	4.4%
Proteus m. - - - - -	1 caso	4.4%
Negativo - - - - -	18 casos	78.2%

TABLA 14.- Control post-quirúrgico de urocultivo. Técnica de Pereyra Kelly. Servicio Ginecología-Urología. Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza.- 1984.

EXUDADO VAGINAL:

Positivo - - - - -	3 casos	13 %
E. Coli - - - - -	2 casos	8.7%
Haemophilus V. - - - - -	1 caso	4.4%
Negativo - - - - -	20 casos	86.9%

TABLA 15.- Control post-quirúrgico de exudado vaginal. Técnica de - Pereyra-Kelly. Servicio de Ginecología-Urología. Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza".- 1984.

En todas las pacientes con cultivo positivo se realizó tratamiento-específico por 10 días, con controles posteriores a tratamiento con nuevos cultivos.

A partir de la segunda quincena de enero a la primera de febrero, se realiza valoración en cuanto a orina residual, longitud de uretra y capacidad vesical, así como la valoración clínica de la I.U.E. y del cistocele.

En relación a la capacidad vesical, no se presentaron modificaciones importantes en comparación al control pre-operatorio, observando el mayor porcentaje de las pacientes con 350 cc de capacidad vesical.

La longitud de la uretra post-operatoria muestra los siguientes resultados

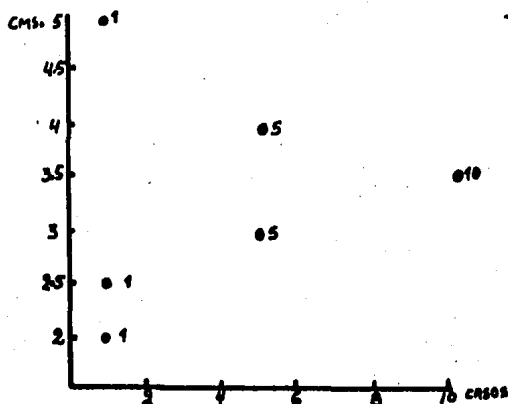


FIG. 11.- Longitud de uretra post-quirúrgica. Técnica de Pereyra-Kelly. Servicio de Ginecología-Urología. Hospital "Gral Ignacio Zaragoza".- 1984

El control post-quirúrgico de orina residual muestra los siguientes datos:

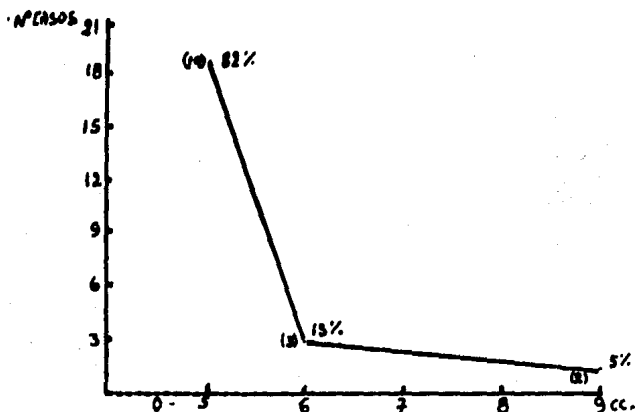


FIG. 12.- Orina residual post-operatorio. Técnica de Pereyra-Kelly Servicio de Ginecología-Urología. Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza".- 1984.

La valoración de la I.U.E. se realiza con la paciente recostada en decúbito dorsal, con vejiga llena, a quien se le indica que realice la maniobra de Valsalva. Posteriormente se pide a la paciente que trate de levantarse sin ayuda de las manos y, finalmente, se le pide a la paciente que se coloque de pie y puje. Con las diferentes maniobras realizadas no se observa salida de orina durante el esfuerzo en el 100%

En cuanto al cistocele se observa franca mejoría en el 100% de las pacientes, no observando descenso de pared anterior de vagina-



durante el reposo, así como con el esfuerzo.

La dispareunia en el 90% de las pacientes desapareció posiblemente por la corrección del cistocele.

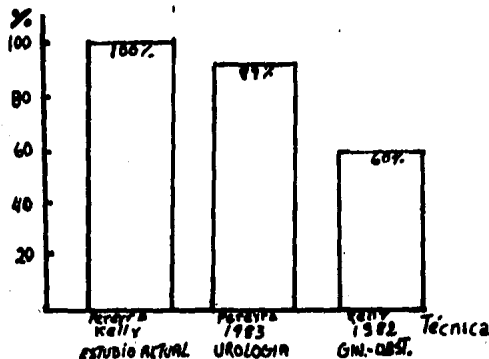


FIG. 13.- Comparación de resultados obtenidos con 3 técnicas diferentes. Servicio de Ginecología-Urología. Hospital "Gral Ignacio Zaragoza". 1984.

### COMENTARIOS

#### TECNICA DE KELLY-KENNEDY.

Luego de realizar la revisión de 25 pacientes quienes fueron intervenidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de este Hospital, se observa mejoría completa del 60%. Esta cifra está en concordancia a los datos estadísticos obtenidos en la literatura médica. Sin embargo, el bajo porcentaje de éxito es difícil de atribuir

buir a alguna causa específica.

Es importante hacer notar los siguientes hechos:

- No existe una evaluación clínica exacta en cuanto al grado de I.U.E.
- No se hace un estudio completo de los exámenes de laboratorio, fundamentalmente de urocultivo y exudado vaginal, datos muy importantes para obtener resultados positivos en cuanto al manejo de dichas pacientes. Es así que, de las 5 pacientes en las que se estudió exudado vaginal, el 100% fueron positivas.
- No existe un control adecuado post-quirúrgico de la paciente, hecho también trascendental.
- En cuanto a la técnica quirúrgica, la reparación de la pared anterior de la vagina creemos que no es suficiente para mejorar la I.U.E. por lo que, consideramos que los resultados mejorarían con la asociación de otras técnicas.

Tocante a la plicatura del ángulo uretro-vesical con catgut crómico (No. 1), tomando el perióstico subpúbico podría tener el inconveniente del corto tiempo de reabsorción del material de sutura, tiempo insuficiente para consolidar en forma satisfactoria el proceso quirúrgico, factor que podría contribuir al incremento de recidivas.

Todos estos factores mencionados podrían ser causa indirecta para el incremento de las recidivas. Sin embargo, esta técnica no la -

consideramos inadecuada, sino que tal vez tenga algunas deficiencias que habría que evaluar su importancia para obtener resultados más halagadores.

#### TECNICA DE PEREYRA-KELLY.

Al realizar el análisis de datos en las pacientes, hemos podido constatar que la mayor incidencia del padecimiento que nos ocupa está en los grupos de edad de 40 a 50 años, datos muy similares a los obtenidos en el trabajo realizado por el Dr. Jamaica, así como en la revisión hecha en el servicio de Ginecología y Obstetricia por lo que, podríamos sospechar que la acción hormonal es importante entre los factores predisponentes,

La paridad se considera como otro factor importante. Es así como la mayor incidencia encontrada fué en mujeres con más de 4 hijos, datos similares a los estudios ya mencionados.

Asimismo, dentro de la valoración clínica realizada a las pacientes en estudio, pudimos observar los siguientes datos:

- La I.U.E. en el 78% de los casos, correspondieron al grado II y tan sólo el 17% al grado I. Esto probablemente es dependiente del grado cultural así como del grado de I.U.E. que la paciente podría aceptar como normal.
- El 100% de las pacientes presentaron cistocele, siendo el 78% del grado II, 13% del grado III y 9% del grado I, siendo éste -

el segundo motivo por el cual la paciente acude al médico de la especialidad.

- La longitud de la uretra es un factor que debería estudiarse más a fondo, para ver la función que tiene esta en la etiología de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, en el trabajo realizado el 39% (9 casos) tienen una longitud de 3.5 cm y 21% (5 casos) tienen 4 cms.; tan sólo el 8.6% (2 casos), la longitud de la uretra fué de 2 cms.. Este hecho pone en duda la importancia decisiva que tiene este factor para el padecimiento.
- Se determinó la orina residual en todas las pacientes antes de la intervención quirúrgica y, el 70% de los casos presentaron orina residual de 0 cc. a 5 cc., 13% 8 cc. y tan sólo 4% con 10 cc., hecho importante para descartar la insuficiencia urinaria por rebozamiento.

Todos estos datos encontrados, como se indicó anteriormente, son casi similares a los encontrados en el trabajo de tesis realizada con la Técnica de Pereyra.

Dentro de los estudios de laboratorio cabe mencionar que en el exudado vaginal, los gérmenes más frecuentes encontrados son: el E. Coli, Gardnerella V., Cándida A. y Klebsiella-Proteus en tanto que, en el urocultivo predominan el E. Coli y la Entoroba Ténia.

En los controles post-operatorios de exudado vaginal y urocultivo sigue siendo el germen más frecuente el E. Coli; ésto probablemente por contaminación directa de la región anal, datos también similares a los obtenidos en el trabajo ya mencionado.

### CONCLUSIONES

- 1).- La edad y la paridad son factores relacionados en forma importante dentro de la etiología de la I.U.E.
- 2).- Se pone en duda que la longitud de la uretra repercuta de manera importante en la patología en estudio.
- 3).- El germen más frecuente dentro de las infecciones urinarias-bajas es el E. Coli.
- 4).- El tiempo quirúrgico empleado con la técnica de Pereyra-Kelly es 10 a 15 minutos mayor que la empleada con la técnica quirúrgica de Kelly, hecho que no repercute en el riesgo quirúrgico de la paciente de manera importante.
- 5).- El sangrado no es mayor a lo observado con dicha técnica.
- 6).- Los días de hospitalización son los mismos en ambas técnicas- por lo tanto, no habría mayor gasto-cama-día de cada paciente
- 7).- La necesidad de sonda de Foley fué, como término medio, dos días suficientes y necesarios para que la paciente no tenga repercusiones inmediatas. Datos similares a la Técnica de Pereyra.
- 8).- No se observaron modificaciones de importancia en cuanto a ca

pacidad vesical, longitud de la uretra y orina residual, da tos también satisfactorios.

- 9).- Gracias a la corrección del cistocele, el 90% de las pacientes que tuvieron relaciones sexuales, no refieren dispare--unia, porcentaje mayor a la observada con la técnica de Pe--reyra sola.
- 10).- Durante el tiempo de control de las pacientes se observó el 100% de mejoría de la I.U.E. y del cistocele.
- 11).- Este hecho podríamos atribuirlo a que: si dejamos el cisto--cele y fijamos el ángulo uretrovesical, aumentamos mucho -- más el ángulo uretrovesical incrementando con ésto la posi--bilidad de orina residual provocando una disfunción vésico--uretral mayor. En tanto, si corregimos el piso que sostiene la vejiga, asociado a la corrección del ángulo uretrovesi--cal, mejoramos lo anterior y las posibilidades de éxito se--rán mucho mayores.
- 12).- Cabe recordar que las pacientes en estudio fueron intervenidas en los meses de junio-julio (50%) y de agosto-octubre - (50%), las cuales han sido observadas hasta la primera quin--cena de febrero, plazo relativamente corto como para hacer--una evaluación con precisión y exactitud sobre los logros - de esta técnica, por lo que se considera necesario realizar un control a largo tiempo. Por lo tanto, consideramos a es--ta técnica mucho más completa y con mayores posibilidades - de éxito, tanto para la paciente como para el médico tratante.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- IUE. "Progresos en Gine-Obst". Vol. I Pág. 634-1971.
- 2).- Nuevos Métodos para Corregir la I.U.E. en la Mujer.  
Dr. M. Lauda Dairiki. Clínicas de Norteamérica-Cirugía. 1977  
Tomo No. 2: 1028-1026
- 3).- Low J. A. Clinical Characteristics of Patients with Demonstrable Urinary Incontinence.- Am. J. Obst. and Gynecobs. 322-34  
1964.
- 4).- O'Connor V. J. Jr. Female Urinary Incontinence and Vesicovaginal Fistula. Urology Surgry., 676-82.- 1975.
- 5).- Staton S. L. Es un problema yatrógeno? Siempre he tenido la vejiga débil: Incontinencia. Clínicas de Ginecología y Obstetricia., 1: 167-84.- 1981.
- 6).- Hodgkinson C. P. Stress Urinary Incontinence 1970. Am. J. --  
Obst. and Gynecol., 1141-68.- 1970.
- 7).- Cullen P. K. Jr. Ten Year Results of the Kelly and Kennedy -  
Types of Procedure in Urinary Stress Incontinence. Surg. Gynecol. and. Obst. 85-90.- 1960.
- 8).- Prolapso Genital e IUE. Gine-Obst. Pág. 69-129. 1970.
- 9).- Pereyra A. J. Simplified Surginal Procedure for the Correction of Stress Incontinence in Woman. West J. Surg. Obst. --  
Gynecol., 67: 223-26.- 1959.

- 10).- Roberts J. A. Modified Pereyra Procedure for Stress Incontinence. J. of Urology., 125: 787-89.- 1981.
- 11).- Green T. H. Jr. Urinary Stress Incontinence: Differential -- Diagnosis, Pathophysiology and Management. Am. J. Obst. and Gynecol., 122: 3,368-400.- 1975.
- 12).- Jeffcoate T.N.A. The Principles Governing the Treatment of - Stress Incontinence of Urine in the Female. Br. J. of Urology., 37: 633-44.- 1965.
- 13).- Krantz E. K. Anatomy, Phisiology and Embryological Develop-- ment of Urethrovesical Junction. Disorders of Female Urethra and Urinary Incontinence., 1-19. 1981.
- 14).- Parnell J. P. Primary Management of Urinary Stress Inconti-- nence by the Marshall-Marchetti-Kranz Vesicourethropexy. J.- of Urology. 127: 679-682.- 1982.
- 15).- Pereyra A. J. Pubourethral Supports in Perspective: Modified Pereyra Procedure for Urinary Incontinence. Obst. and Gine-- cology., 59:5, 643-48. 1982.
- 16).- Lapedes J. Physiopathology of Stress Incontinence. Surg. Gy-- necol. and Obst., 224-31.- 1960.
- 17).- Lapedes J. MA. Physiology of the Urinary Sphyncter and its - Relation Ship to Operations for Stress Incontinence. Disor-- der of Female Urethra and Urinary Incontinence., 21-41. 1960
- 18).- Transvaginal Retropubi Uretropexia "The Recused Pereyra Pro-- cedure" Report 50 Case. Gley, S. K. King. Surgery Obst. and-



- 19).- Rost. A. Comparative Analysis of the Results of Suspension Urethroplasty According to Marshall-Marchetti-K and Urethro-vesi Opexy with Adhesive. Urology. Int., 34: 167-75. 1979.
- 20).- Stewart B. H. Stress Incontinence: Conservative Therapy -- with Sympathomimetic Drugs. J. of Urology, 115: 558-59. -- 1976.
- 21).- Botella. III Pág. 810, 815-1981.
- 22).- Kasser. III Pág. 815-829-1979.
- 23).- Beisland H. O. Urodynamic Studies Before and After Retrubic Urethropexy for Stress Incontinence in Femeles. Surg.-Gynec. and Obst., 155: 333-36.- 1982.
- 24).- Drutz H. P. Do Static Cystourethrograms have a Role in the Investigation of Female Incontinence? AM. J. Obst. Gynec.- 130: 5,516-20.- 1978.
- 25).- Glen E. S. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: Cambios en su Concepto. Incontinencia Urinaria en la Mujer (Cantor).- 1-10. 1981.
- 26).- Greenhill J. P. Terapéutica no Quirúrgica de la I.U.E. Asociada con Relajación Vaginal. Incontinencia Urinaria en la Mujer. (Cantor) 180-90. 1981.
- 27).- Zacharin R.F. El Mecanismo de soporte de la Uretra Femenina y su Significación en el Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Recidivante. Incontinencia Urinaria en la Mujer (Cantor) 27-53. 1981