

11217  
27  
2e



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**División de Estudios de Postgrado**

**CORRECCION ABDOMINAL DE LA INCONTINENCIA  
URINARIA DE ESFUERZO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
MEDICO ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DR. MIGUEL ANGEL CHAVEZ RODRIGUEZ**

Aseor: Dr. Tito A. Amador Durán

México, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Enero de 1985



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 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.

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCION. . . . .	1
CAPITULO I	
GENERALIDADES. . . . .	4
DEFINICION. . . . .	4
EPIDEMIOLOGIA. . . . .	4
ETIOLOGIA. . . . .	5
DIAGNOSTICO. . . . .	9
LABORATORIO. . . . .	13
RADIOLOGIA. . . . .	15
TRATAMIENTO. . . . .	16
CAPITULO II	
OBJETIVO. . . . .	19
CAPITULO III	
MATERIAL Y METODOS. . . . .	20
DESCRIPCION DE LA TECNICA. . . . .	25
MANEJO POSTOPERATORIO. . . . .	30
RESULTADOS. . . . .	32

PAG.

CONCLUSIONES. . . . . 34

BIBLIOGRAFIA. . . . . 36

## INTRODUCCION

El presente trabajo es producto de la motivación que se tiene durante la época de formación de especialista; además al llamado que se hace a todo médico moderno, al uso del método científico, para que por medio de la investigación, se trate de lograr un objetivo determinado, buscando siempre llegar a una conclusión.

La cirugía ginecológica va tomando cada día más interés, esto es debido a que en los últimos años se han hecho estudios cada vez más hondos sobre los resultados sus intervenciones, dando como fruto el perfeccionamiento de sus técnicas e indicaciones de las mismas, que desde luego repercuten en una mejor selección de pacientes y vía de abordaje para su operación.

El tema que actualmente ocupa a este trabajo ha sido objeto de estudio de varios autores, no es por lo tanto la publicación de un nuevo método operatorio para corregir la INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. Sin embargo, si se ha tratado de ubicar en forma específica su indicación.

Con el nombre de "CORRECCION ABDOMINAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO", se inicio el presente estudio, buscando en un principio el método de elección en la inconti-

nencia recidivante. Se lograron conclusiones tan importantes, que tal vez, el resto de los cirujanos ginecológicos, al final de leer el presente reporte, cambien de alguna forma, ó por completo, la manera de selección de los pacientes que ameriten corrección quirúrgica de incontinencia urinaria de esfuerzo, ya sea primaria ó recidivante, por vía vaginal o por vía abdominal.

La inteligencia de un niño consiste en que desconoce-  
la existencia de alternativas, no permitas que ese punto de -  
vista prevalezca en ti como cirujano, de tu creatividad depende  
de el éxito.

Dr. Miguel Angel Chávez R.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES

#### 1. DEFINICION.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de las vías urinarias bajas.

Es la salida involuntaria de la orina a través de una uretra y vejiga intactas, debida a un estímulo que aumenta la presión intrabdominal.

#### 2. EPIDEMIOLOGIA.

La frecuencia con que se presenta varía en mucho porcentaje, esto debido al núcleo de población que se estudie. Es de mayor incidencia en los niveles socioculturales bajos.

En nuestro medio se presenta de un 20 a 30% de la consulta general de un ginecólogo.

Constituye un 20% de problemas ginecológicos que requieren ser reparados quirúrgicamente.

Es muy raro que se encuentre en pacientes nulíparas, por lo que se verá con mayor frecuencia en pacientes de 25 años.



### 3. ETIOLOGIA.

Para poder entender la causa de la incontinencia de esfuerzo, es necesario que conozcamos, al menos de manera regular, la anatomía topográfica y hagamos un recordatorio de la fisiología de los órganos pélvicos.

Clásicamente, desde hace mucho tiempo, se acepta que la estática pélvica depende de que cada órgano permanezca en su posición anatómica normal, dependiendo esto de que se encuentren intactos sus ligamentos, músculos y fascias (fig. No 1), (fig. No. 2) y (fig. No. 3).

La presión en la uretra está determinada por su musculatura, su tejido cavernoso y por el tono de la musculatura circundante del suelo de la pelvis, además por la presión propagada de la cavidad abdominal.

En una paciente normal, la presión antes mencionada de la uretra, es siempre mayor a la presión de la vejiga.

En los casos en los que se observa la incontinencia, de esfuerzo es porque la uretra es incapaz de soportar la presión ejercida sobre ella, provocándose al aumentar la presión intrabdominal, (tos por ej.) un descenso rotatorio de la uretra mientras se expulsa orina en forma involuntaria.

Este descenso rotatorio de la uretra, la caída de la pared anterior de la vagina conjuntamente con la vejiga se deben a una insuficiencia del suelo pélvico, producido este por el paso de las partes fetales a través de la pelvis.

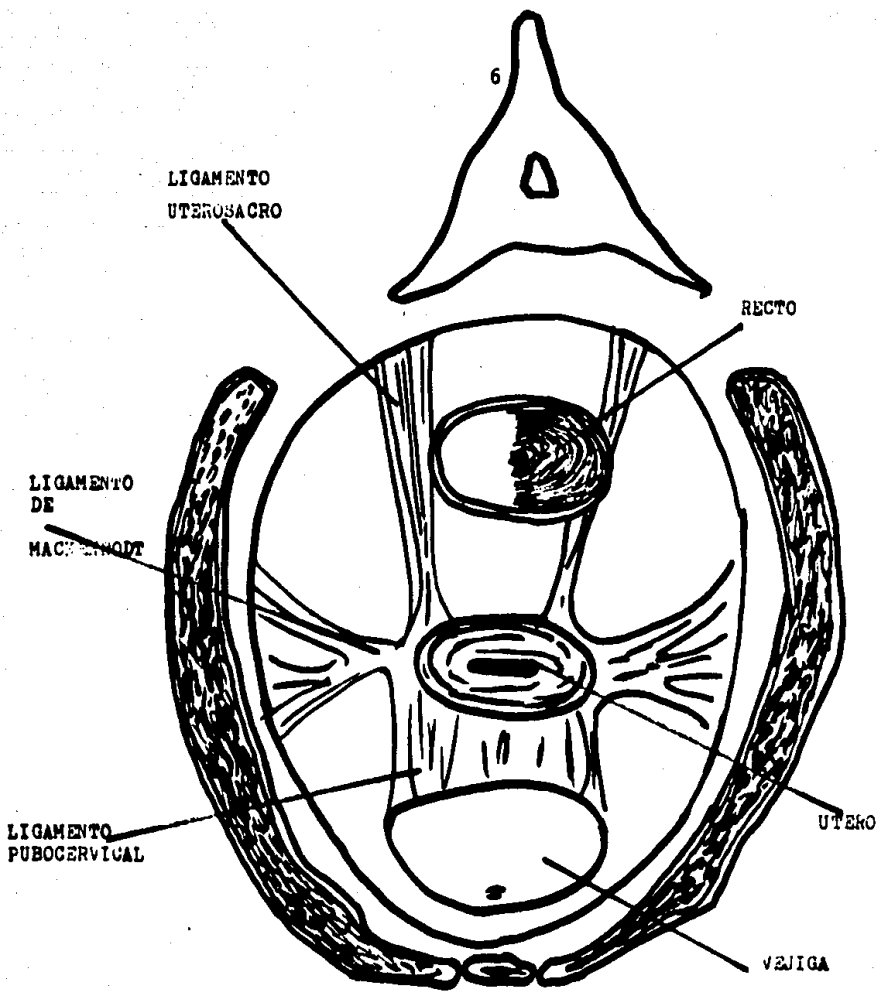


Fig. 1 Fascia endopélvica

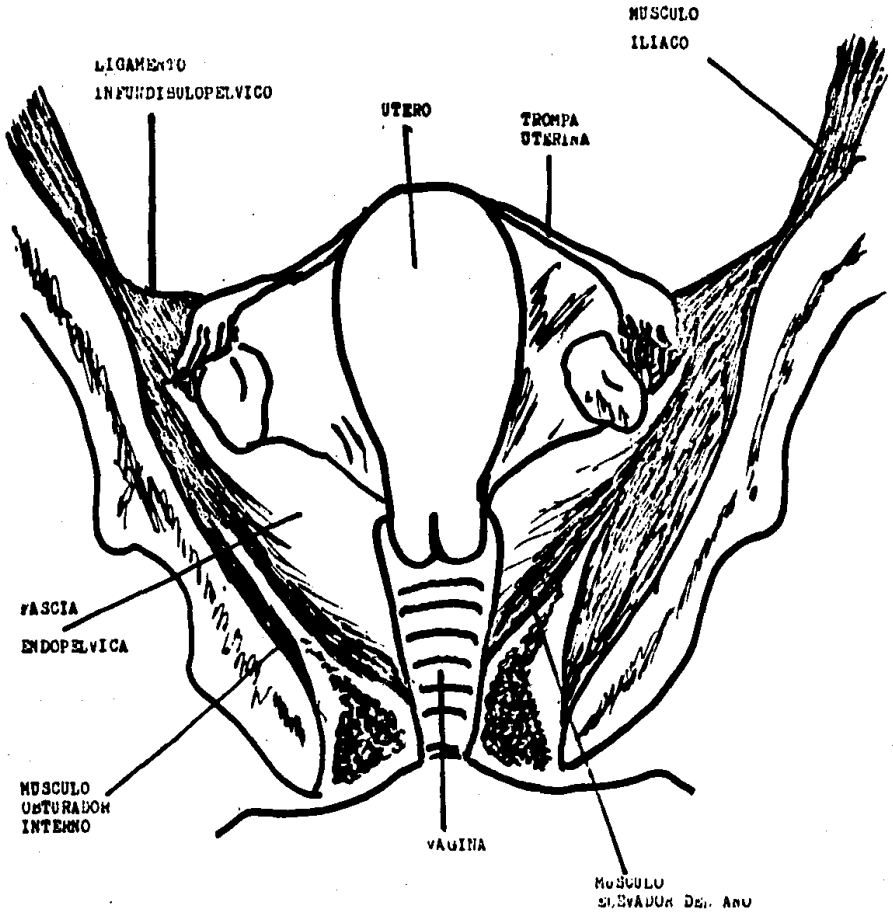


Fig. 2 Anatomia pelvica

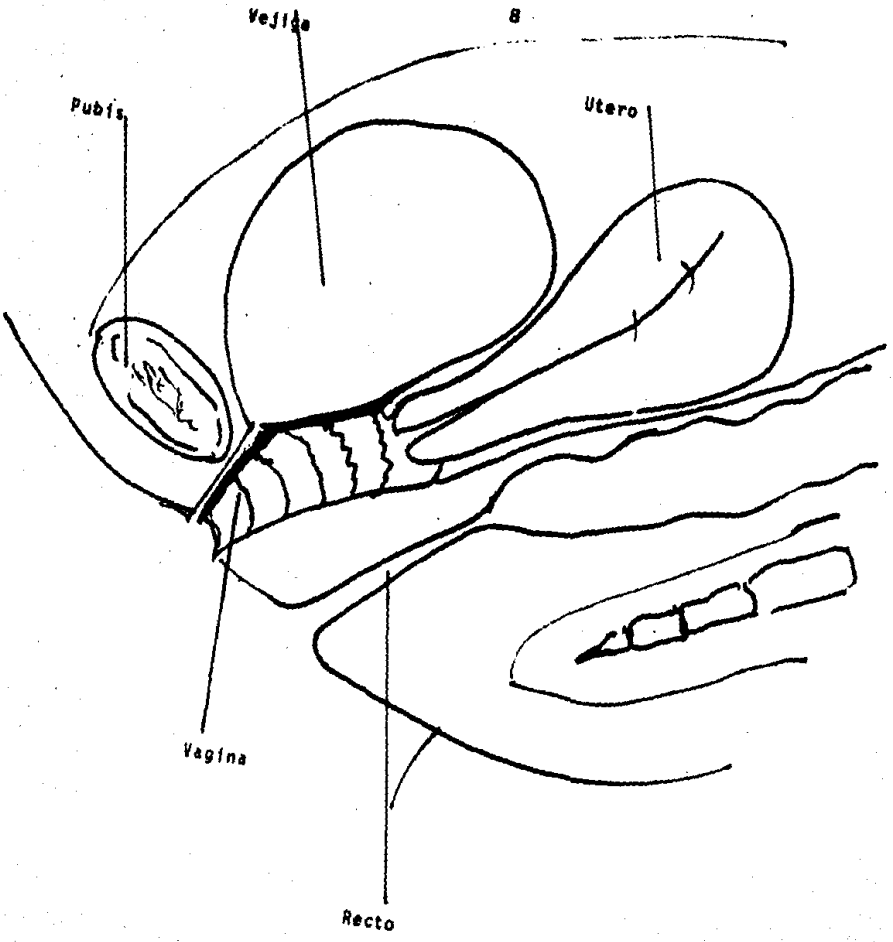


Fig. 3

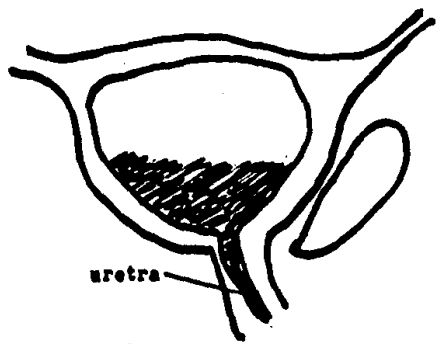
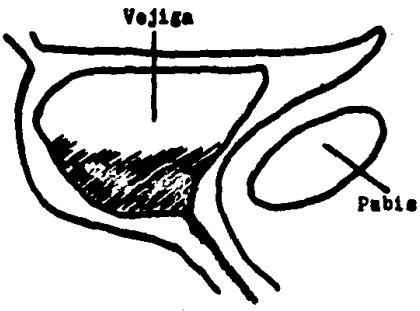
Al caer la pared anterior de la vagina y con ella la vejiga, desaparece el ángulo que forma la uretra con la vejiga en su parte posterior, que normalmente debe de ser  $100^{\circ}$  ó menor (fig. 4), condición que favorece la aparición de la incontinencia urinaria.

#### 4. DIAGNOSTICO.

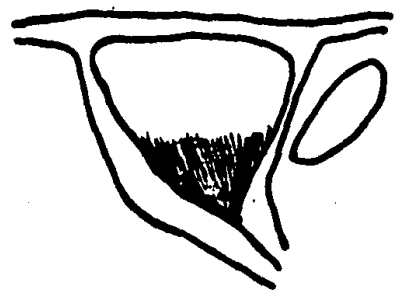
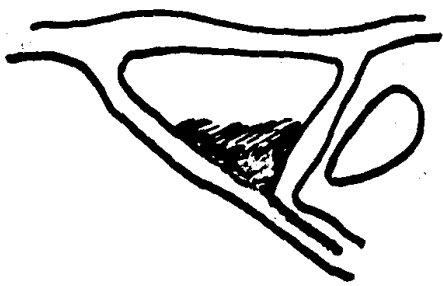
Debido a la importancia de establecer con certeza, -- desde el punto de vista etiologico, un diagnóstico, que debe de ser exacto, reviste suma importancia el estudio de la paciente a fondo.

Es la historia clínica completa, la que sin duda nos será de mayor utilidad en el diagnóstico, haciendo mayor énfasis sobre la manera de aparición y manifestación de la incontinencia. Se tratará de esclarecer cuando se inició, si esta en relación a esfuerzos (toser, estornudar, brincar, etc.), si se presenta en decúbito, si aparece sin causa aparente, si se presenta durante el sueño, si el problema es continuo. No debe de pasarse por alto en el capítulo de los antecedentes ginecoobstetricos, la fecha de último parto, condiciones de los partos (si es que fueron atendidos en medio hospitalario, peso de los productos, el posible uso de fórceps, etc.).

En la incontinencia urinaria de esfuerzo, el síntoma aparecera al realizar algún esfuerzo físico que aumente la -- presión intrabdominal, generalmente se encuentra el anteceden



Angulos uretrovesicales normales



Angulos uretrovesicales anormales

Fig. 4 Angulos uretrovesicales posteriores

te de trauma obstetrico, multiparidad o ambos. Puede aparecer después de cirugía vaginal tratando de corregir prolapso genital en el que no se corrige el ángulo posterior vesicouretral, también puede aparecer en pacientes seniles. En estas pacientes siempre se encontrara continencia en posición de de cubito a excepción de cuando tosen o estornudan.

Cuando la incontinencia es continua incluso durante el sueño, se tratara de descartar la presencia de fistulas vesicovaginales en el caso de antecedentes de trauma obstetrico

La incontinencia imperiosa con urgencia, se debe a -- cistitis, uretrotrigonitis o presencia de litiasis.

También se debe de tener en cuenta la posibilidad de causa neurógena, pero; primero se tratara de descartar toda posibilidad orgánica.

Una vez que se haya establecido que tipo de incontinencia es, se tratara de establecer el grado de la misma, desde luego cuando se trate de incontinencia de esfuerzo, de acuerdo a como se ve en el cuadro No. 1.

Los casos comprendidos en el Grado I y Grado II, generalmente se corregiran de primera intención con cirugía vaginal, mientras que los de tercer grado dificilmente se lograría el éxito por esta vía, es por eso que es de suma importancia el establecer el grado de la incontinencia y además de -- concretar si en verdad se trata de incontinencia por esfuerzo

Si se sostiene la pared anterior de la vagina conjuntamente con la vejiga sin comprimir la uretra, y se le mantie

Cuadro No. 1. Clasificación de la incontinencia urinaria.

GRUPO	ETIOLOGIA	FORMA DE MANIFESTARSE
A	Incontinencia de orina funcional. Relacionada con el esfuerzo.	Grado I: Emisión de orina solo al toser, estornudar, etc.
		Grado II: Salida involuntaria de orina al ejecutar movimientos rápidos, subir escaleras, levantar cosas pesadas. Etc.
		Grado III: Incontinencia a la bipedestación.
B	Psicógenas Neurógenas	Incontinencia independiente de los esfuerzos.
C	Fistulas y Malformaciones congénitas.	Incontinencia en forma permanente.



a posición anatómica normal, por detrás de la sínfisis del p<sup>u</sup>bis, y se le pide a la paciente puje, o tosa y la salida de orina no se produce durante los golpes de tos, entonces la incontinencia es debida a insuficiencia del piso de la pelvis o a la pérdida del angulo uretrovesical posterior. A esto se le llama prueba de Bonney (fig. No. 5).

Cuando la prueba de Bonney es negativa, la incontinencia urinaria no se corregira por la cirugía tendiente a formar el ángulo posterior vesfouretral, debido a que el problema no queda en el grupo "A" de la clasificación del cuadro I, sino en el grupo "B" ó "C", grupos en los que quedarían incluidos los problemas Psicogenos, fistulas o malformaciones.

La exploración física de la paciente será de gran apoyo diagnóstico, se pondra especial interés, como es lógico, en la región genital, se tratará de establecer la existencia de cistocèle, uretrocèle, prolapso uterino, rectocèle, ó alguna combinación de cualquiera de las anomalías mencionadas. En la misma exploración se investigará la positividad de la prueba de Bonney, se descartarán la presencia de fistulas ó malformaciones congénitas.

## 5. LABORATORIO.

En el capítulo de los exámenes de laboratorio el papel principal lo ocupa la infección, que como se ha señalado, puede producir incontinencia de urgencia, que de alguna forma

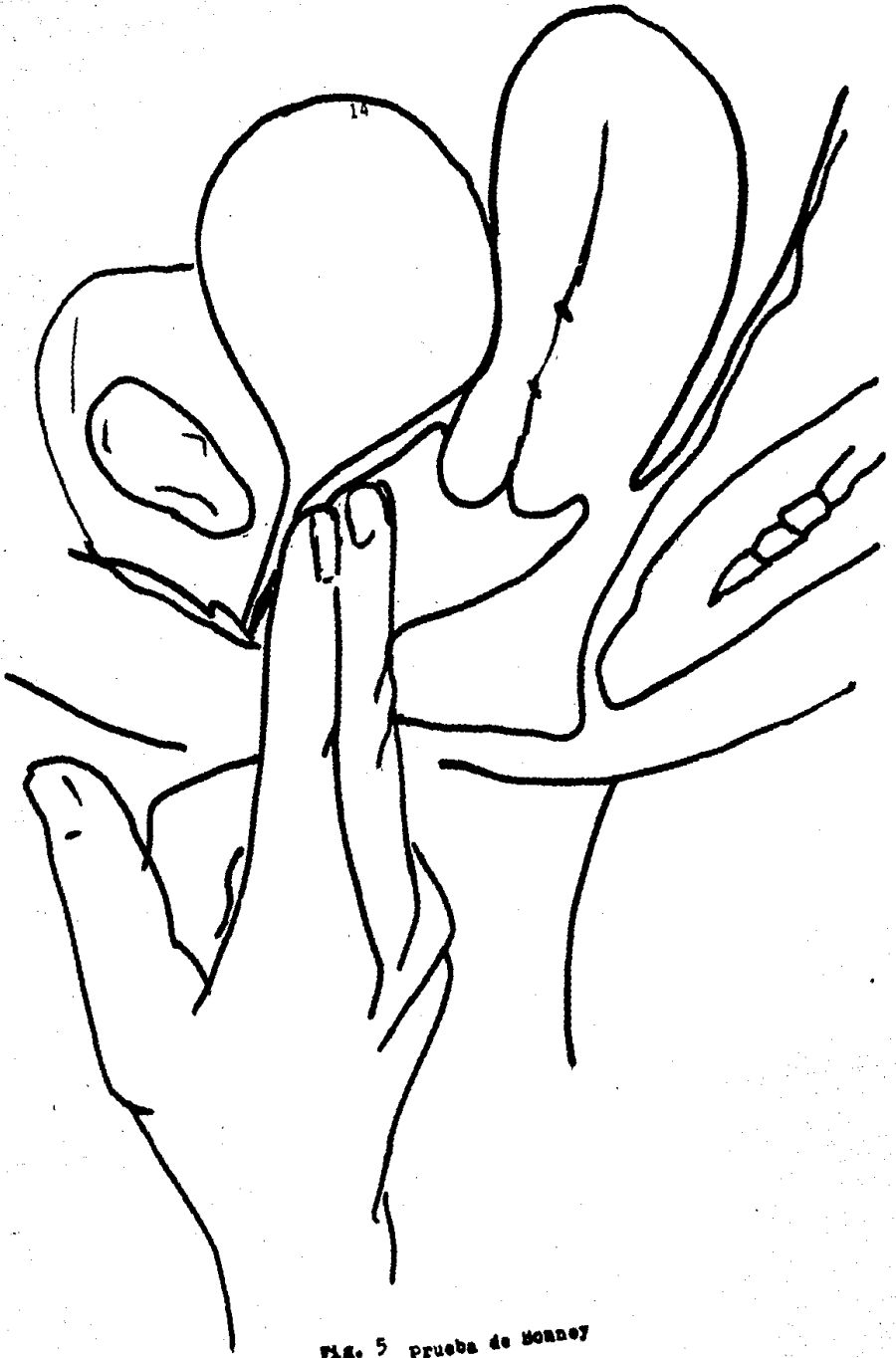


FIG. 5 Prueba de Bonney

podiera confundirse con incontinencia de esfuerzo, así pues, en caso de demostrarse la presencia de urosepsis, se tratará primero esta, y posteriormente se revalorará el caso. También es de interés el practicar una prueba de VDRL para descartar sífilis del sistema nervioso central, y con ello incontinencia neurogénica.

Por último también se practicarán exámenes generales y pruebas de coagulación, para establecer el estado general de la paciente, que eventualmente puede ser llevada a cirugía.

## 6. RADIOLOGIA.

En la mayor parte de las pacientes que se les toma estudio radiológico, se demostrará ausencia del ángulo uretrovesical posterior ó mayor abertura del mismo (fig. No. 4).

El cistouretrograma será tomado de preferencia introduciendo a través de la uretra una cadena con eslabones de perlas de acero, para demostrar mejor las dimensiones de los ángulos uretrovesicales, (fig. No. 6).

## 7. EXAMENES ESPECIALES.

De los exámenes especiales de gabinete que se pueden utilizar, tal vez sea el de mayor importancia la Uretrocistoscopia, método por el cual se logrará la visualización directa de la uretra y vejiga y con esto enterarnos si existe alguna malformación congénita o lesión por traumatismo.

Es también de especial interés el medir la orina residual a una misión que en condiciones normales debe de ser de aproximadamente 30cc. en ausencia de cistocele.

## 8. TRATAMIENTO.

El manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, - una vez confirmado el diagnóstico, consiste en mejorar el funcionamiento del esfinter vesical pudiendose lograr por dos - métodos diferentes: tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

El tratamiento conservador médico, se aplica en el caso de que la incontinencia sea del grupo I (cuadro No. 1) y - que la paciente sea cooperadora para poder obtener algún éxito. El tratamiento consiste en controlar si existe una enfermedad de base por ejem: obesidad exógena, asma bronquial, - - diabetes mellitus, etc., que pudieran agravar la incontinencia. En el caso de pacientes postmenopausicas se intentará - administrar estrógenos a dosis funcionales, además se instruirá a la paciente para que practique los ejercicios de Kegel tres veces al día (contracción energética de los músculos - pubococcigeos y los elevadores y effer del ano).

Para las pacientes en que no se obtiene resultado con el tratamiento médico, y en aquellas del grupo II y III (cuadro 1), se tendrá que instituir terapéutica quirúrgica.

Existen tres métodos quirúrgicos para la corrección -

de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Operaciones vaginales.- De estas la clásica es la - -  
plastia de Kelly, que consiste en una colporrhafia anterior, -  
utilizando sólo tejido conectivo, con este método se logrará  
el éxito en un 80% de los casos, se corregiran por esta plas-  
tia las pacientes del grupo I y II (cuadro 1).

Existen modificaciones a esta técnica que consisten -  
en diseccionar además de la fascia, los músculos pubicococigeos y  
seccionarlos en su parte media y suturarlos por abajo de la --  
uretra. Algunos suturan los pubicococigeos sin seccionarlos, -  
otros además fruncen el músculo bulboesponjoso.

Con esta técnica se logra el 80% de exitos según refe-  
riamos arriba, pero; las recidivas son en un 30% aproxima--  
mente a los 2 años, alargandose al 90% y menos recidivas a --  
los 3 años con las modificaciones.

Operaciones de Lazo.- Son métodos combinados de la --  
vía vaginal y la vía abdominal, son operaciones de sostén, se  
disecciona la uretra y se hace pasar por debajo de la misma una -  
banda de aponeurosis o de material sintético no absorbible --  
con el fin de elevarla y fijarla al pubis.

Operaciones Abdominales.- Es el método que ocupa al -  
actual trabajo, está indicado en el caso de pacientes del gru-  
po III, en incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante. -  
Los detalles serán revisados en el capítulo de "Material y Mé-  
todos".

La precisión de las indicaciones y ventajas de este método han sido consideradas, pero considero que es mejor que sean tratadas después de revisar el material del presente estudio.

## CAPITULO II

### OBJETIVOS

El objetivo principal del presente trabajo es el de demostrar que la Incontinencia de esfuerzo recidivante se corrige mejor por el método abdominal.

También se trata de ubicar con mayor precisión la indicación de este método quirúrgico para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La idea nació al descubrir el alto índice de pacientes que se tienen que reoperar para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestro medio.

Si bien es importante que la recidiva de la incontinencia puede deberse a un defecto técnico en la primera o segunda intervención, es de mayor importancia la selección del método por el que se corregirá el problema.

Como antes fue puntualizado, la selección del método para cada paciente debe de ser cuidadoso, pues de esto depende el mejor resultado.

CAPITULO III  
MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en el C.H. "DR. FERNANDO - QUIROZ GUTIERREZ" I.S.S.S.T.E., en un lapso de dos años, comprendido desde noviembre de 1982 hasta noviembre de 1984.

Fueron seleccionadas 25 pacientes con diagnóstico de Incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante en 20 de ellas en las 5 restantes el diagnóstico fue de incontinencia urinaria de esfuerzo primaria además de miomatosis. En este segundo grupo las pacientes fueron operadas de histerectomía total abdominal y en el mismo tiempo quirúrgico se les practicó operación de Marshall-Marchetti-Kranz.

En el primer grupo se incluyeron las pacientes que -- habfan tenido cfrugia correctiva previa, ya sea colpoperineoplastia de una ocasión, de dos ocasiones, ó histerctomía vaginal con colpoplastia como aparece en el cuadro No. 2.

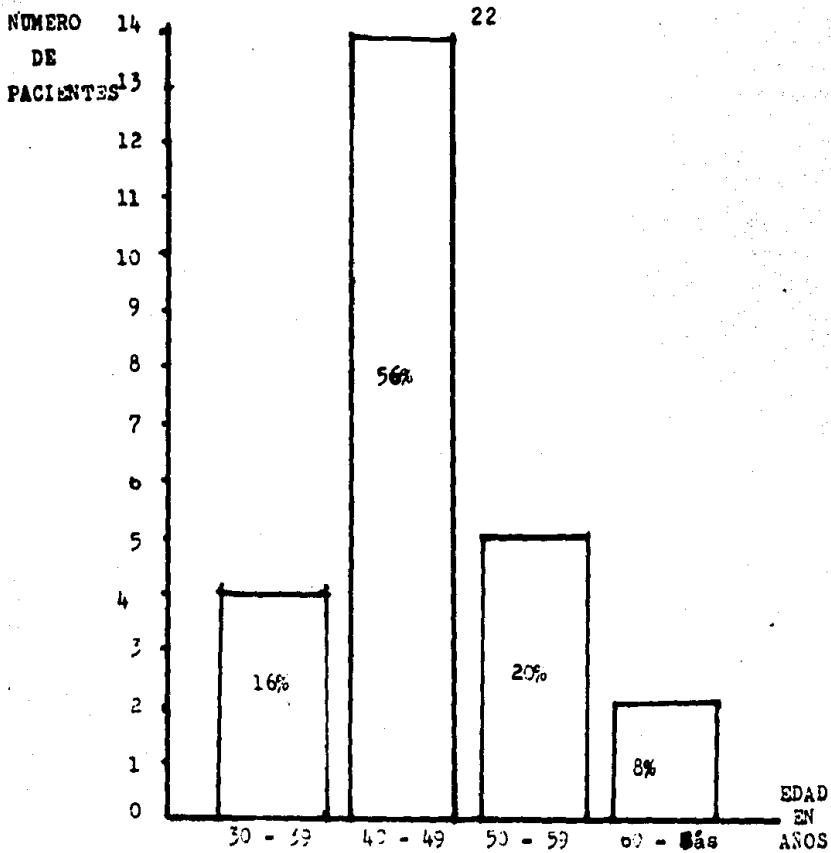
En el cuadro No. 3 podemos ver la edad de las pacientes, la cual varió desde los 35 años a los 71 años, observandose una mayor incidencia con un 60% en la cuarta década de la vida.

El número de partos por paciente se considera en el cuadro No. 4 donde se observó predomina el dato de la múltipa

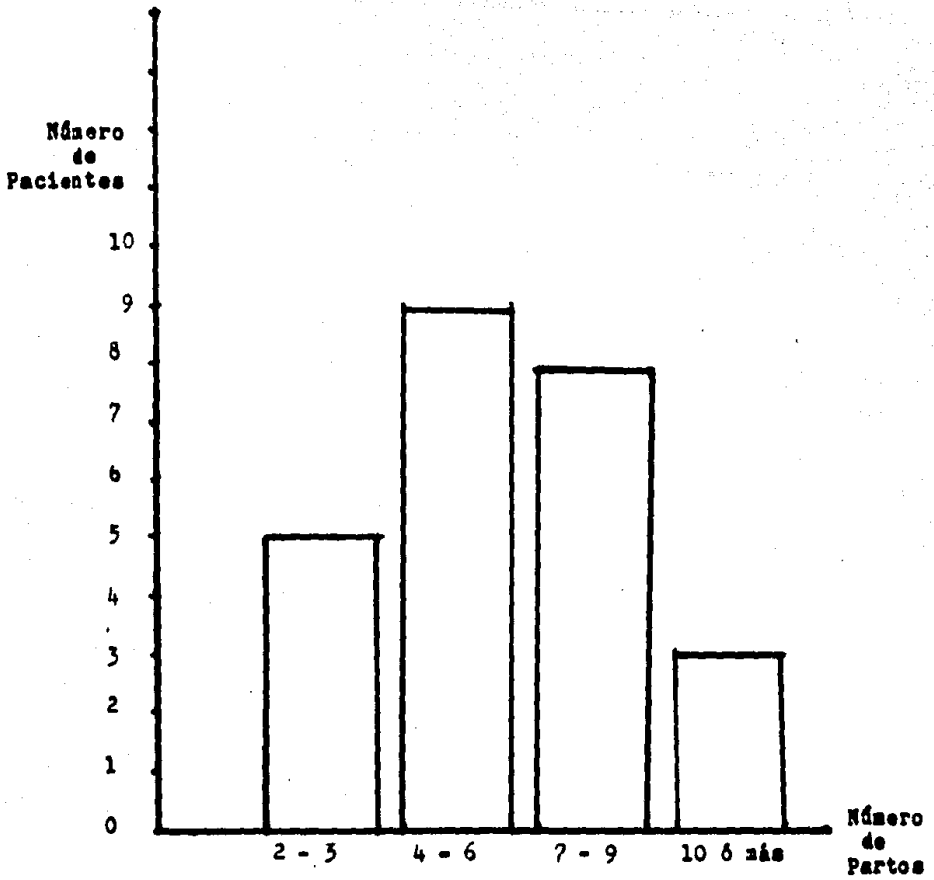


HISTERECTOMIA VAGINAL	.....	2 CASOS
COLPOPLASTIA UNA OCASION	.....	16 CASOS
COLPOPLASTIA DOS OCASIONES	.....	2 CASOS

Cuadro. 2 Procedimientos quirúrgicos previos.



Cuadro 3 Edad de las pacientes



Cuadro 4 Número de paros por paciente.

ridad, con oscilación de 3 hasta 13 paras por paciente, con un promedio mayor a 6 por caso, se trato de establecer con -- precisión las condiciones de atención del parto en todas las -- paras, encontrandose dificultad al recolectar la información; pero, en la gran mayoría se obtuvo el dato de que en más de -- un parto fueron atendidas intradomiciliariamente por empfri-- ca.

Antes de ser llevadas las pacientes a cirugía fueron -- valoradas integralmente, se les pidieron exámenes preoperato-- rios, en los casos de edad mayor a los 40 años se exigió valo-- ración preoperatoria por los departamentos de Cardiología y -- Neumología.

En un alto porcentaje de casos que no se preciso, las -- pacientes acudieron por primera vez a la consulta referidas -- por el servicio de Urología en las que se había obtenido uro-- cultivo positivo, en algunos casos la incontinencia desapare-- ció después de efectuar tratamiento antimicrobiano respecti-- vo, en aquellos casos en los que persistió la incontinencia -- se les incluyó en el estudio. Se les tomó además citología -- exfoliativa en todos los casos, exigiendose que el resultado -- para cada caso fuera de Neg II para poder ser llevadas a ciru-- gía.

El procedimiento quirúrgico efectuado fue el descrito -- por Marshall y Marchetti, con variaciones hechas al método -- original por Kranz, Pereira y por el Dr. Amador Durán. (Está -- última aún no publicada). El principio técnico de la inter--

vención consiste en fijar la pared anterior de la vagina al retropubis, así como la fijación del cuello vesical a la pared posterior del hipogastrio. La modificación propuesta por - - Kranz consiste en la fijación además del cuerpo vesical a la pared posterior del hipogastrio. La modificación hecha por - el jefe de servicio de nuestro Hospital, Dr. Amador, consiste en colocar puntos suprauretrales hasta el propio cuello vesical, asegurando así la corrección del ángulo posterior uretrovesical y eliminando así la rectificación del ángulo anterior (fig. 9).

A continuación describiremos el procedimiento quirúrgico clásico el Marshall-Marchetti, ya que en la mayoría de - los casos fue el efectuado.

#### DESCRIPCION DE LA TECNICA.

Con la paciente en decúbito dorsal es la posición más cómoda para la intervención, aunque algunos prefieren mantener a la paciente con las piernas semiflexionadas para que en el momento de colocar los puntos parauretrales un ayudante -- les localice, por vfa vaginal la uretra.

La anestesia será decisión de todo el grupo quirúrgico, tomando en consideración la opinión del Cardiólogo y el - Neumólogo, de ser posible se aplicará anestesia regional por medio de Bloqueo peridural por considerar a este el menos - - agresivo para la paciente, pero, en los casos de contraindicación de este se tendrá que recurrir a la anestesia general.

El tipo de incisión en piel dependerá del tipo de paciente, y de si ha habido cfrugia abdominal previa. Se podrá usar la incisión media infraumbilical y la suprapúbica transversal (Pfannenstiel).

Después de seleccionar la incisión de piel se disecciona por planos hasta separar los músculos rectos del abdomen, sin abrir el peritoneo se disecciona el espacio retropúbico con instrumento romo, de preferencia disección digital, se desprende la vejiga y se localiza la uretra tocando la sonda tipo Foley que debe de ser instalada inmediatamente antes del inicio de la intervención, después de identificar plenamente la uretra y el cuello vesical se colocan dos ó tres puntos parauretrales a 0.5 ó 1 cm. de la uretra en la pared anterior de la vagina que no deben de llegar a atravesar la mucosa, procurando queden en forma escalonada, y seguidamente se fijan al peristio del arco inferior del pubis (fig. No. 6). Posteriormente se colocan dos puntos más a cada lado del cuello vesical en la pared anterior de la vejiga y se fijan a la fascia de los músculos rectos del abdomen (fig. No. 7).

En algunos casos es preciso dejar canalización desde el espacio retropúbico pues pudiera quedar algún vaso inadvertidamente sangrante sin ligar, con más frecuencia en las pacientes obesas.

El material usado para los puntos parauretrales y paracervicales fue el catgut crómico calibre 0.

En las pacientes del segundo grupo, en las que se les

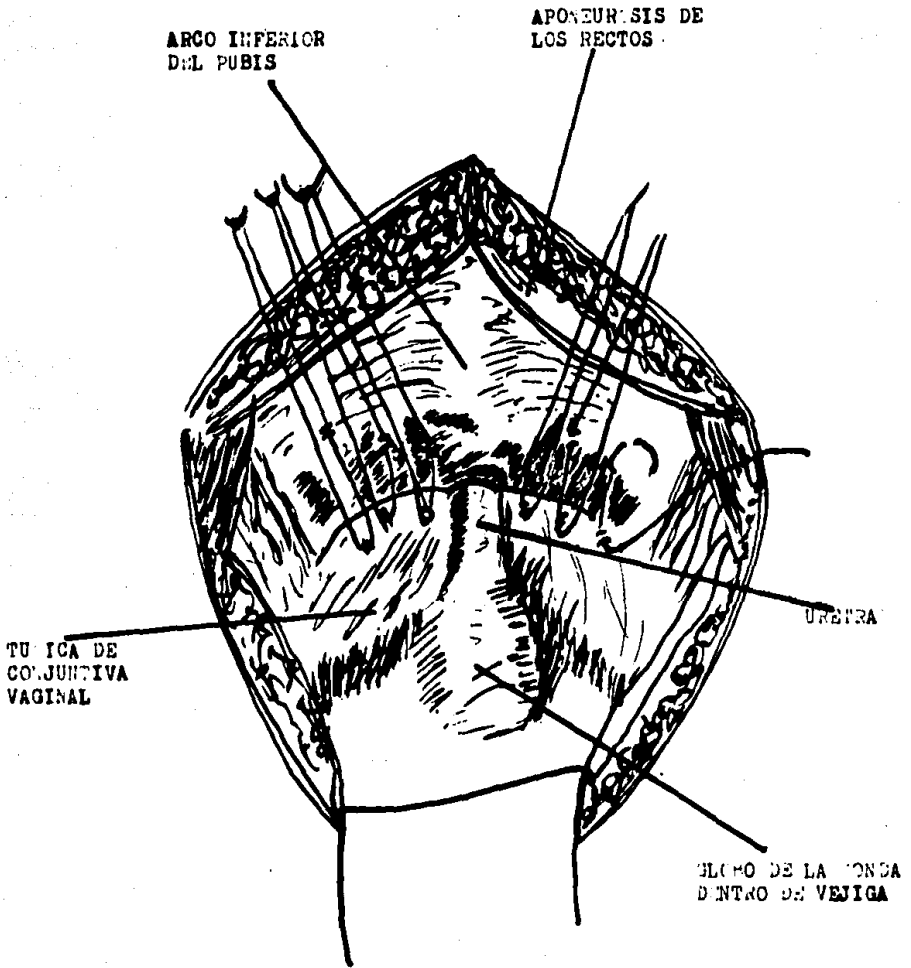


Fig. 6

Colocación de los puntos parauretrales

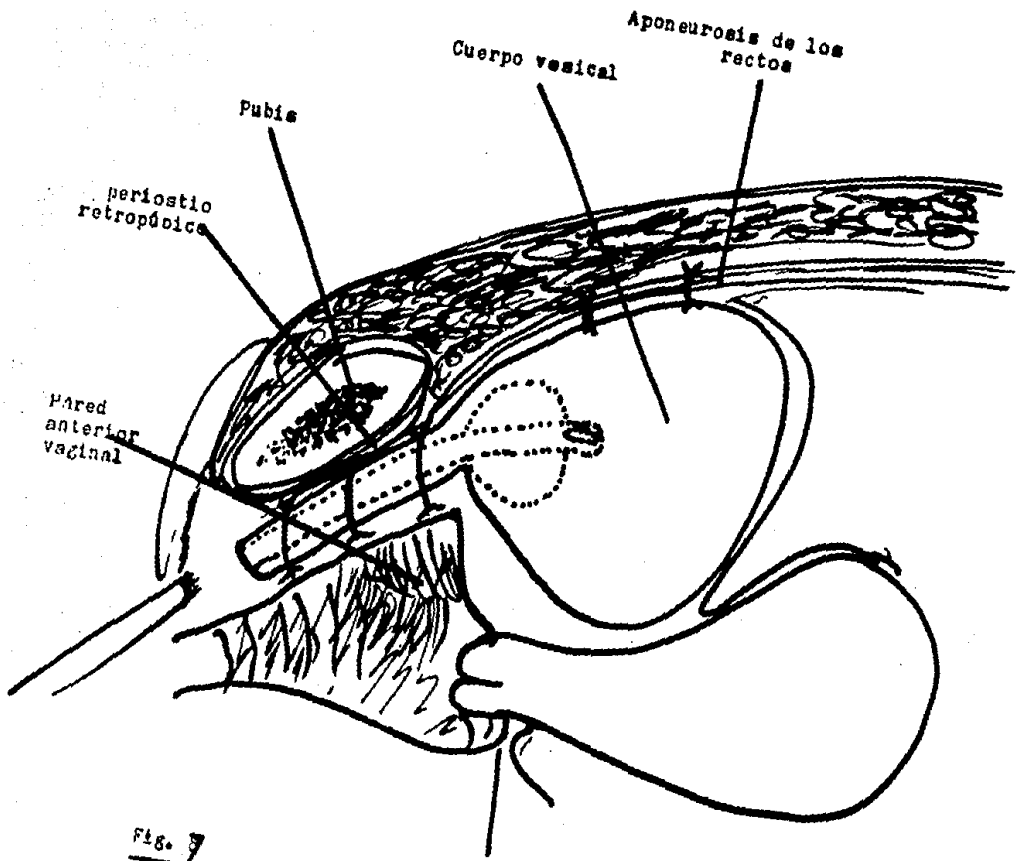


Fig. 7

Vista lateral de los puntos ya anudados.



ESTA TESTA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

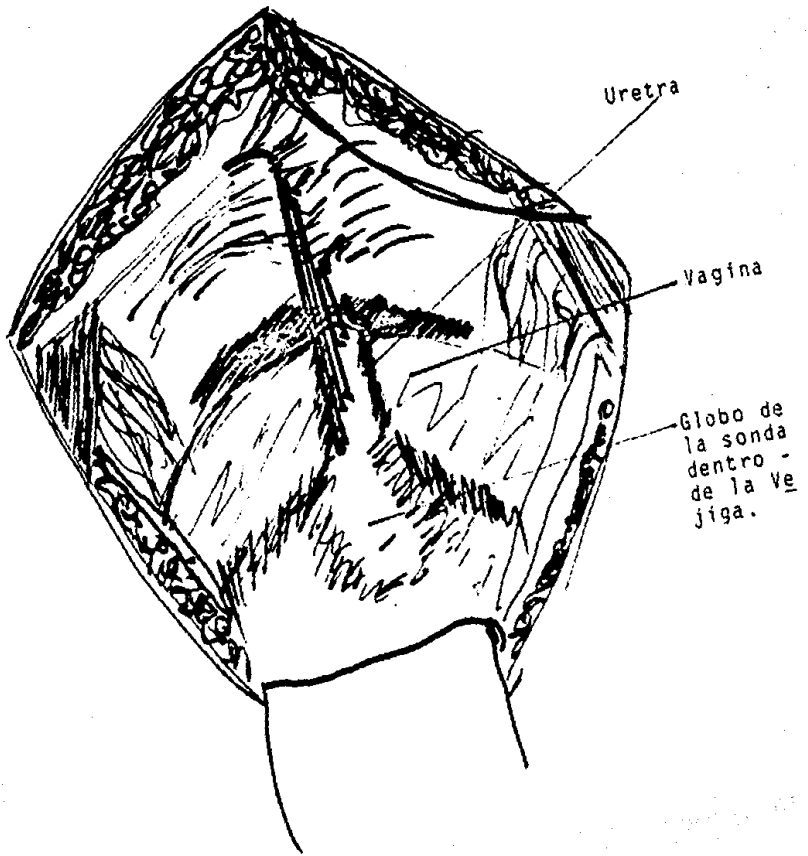


Fig. No. 9.

practicó la intervención en el mismo tiempo quirúrgico con --  
histerectomía abdominal, el proceso se llevo a cabo después --  
de cerrar peritoneo parietal al concluir la histerectomía.

#### EL MANEJO POSTOPERATORIO.

Los cuidados postoperatorios de cada paciente son diferentes en cada caso dependiendo del estado general, pero; --  
de manera generica con respecto al manejo de la sonda vesical --  
que en este caso serfa lo especifico, mencionaremos que la --  
usada fue la sonda tipo Foley de globo de 5 mm, en las prime--  
ras 48 horas después de la operación se mantuvo abierta a per--  
manencia, durante las siguientes 48 hrs., se mantuvo con pin--  
zamientos intermitentes, esto es, cerrada por tres ó cuatro --  
horas y abierta por 15 minutos, al quinto día postoperatorio--  
se retiró la sonda, se pidió a la paciente que informará de --  
su primera micción posterior al retiro de la sonda, se les mi--  
dió la orina residual y en los casos en los que se registró --  
orina residual menor de 100 cc., se les dió de alta hospita--  
ria con cita a la consulta externa en dos semanas.

El calibre de la sonda vario en los diferentes casos, predominando en la mayoría de ellos la No. 16 fr.

En todos los casos se instalo en las indicaciones po--  
soperatorias un antibiótico selectivo a vfas urinarias además --  
de un analgésico de elección de las mismas, el antibiótico --  
usado en el mayor número de casos fue el ácido nalidixico y --

en menor número sulfametoxazol con trimetropin; el otro medicamento empleado fue la fenazopiridina.

## RESULTADOS

De las pacientes del primer grupo (las que se operaron sólo de Marshall-Marchetti), 18 fueron dadas de alta al cumplir el 5to. día postoperatorio en el que se les retiró la sonda y se les midió la orina residual siendo en todos esos casos menor de 100 cc.

En las otras dos no se pudo lograr de alta al 5to., día postoperatorio, en un caso, paciente de 46 años de edad y con dos intervenciones anteriores por colpoperineoplastia, se observó complicación con fistula vesicovaginal, descubriéndose por observación directa a las tres semanas de postoperada. En el otro caso, una paciente de 40 años de edad con antecedente de colpoperineoplastia, tuvo retención urinaria hasta el octavo día de postoperada al cabo del cual se logra la micción midiéndose de orina residual menos de 30 cc.

En las pacientes del segundo grupo no se observó complicación, lográndose su alta al 5to. día de postoperadas.

Ambos grupos fueron citadas a la consulta externa encontrándose a las dos semanas, al mes y a los dos meses, que la incontinencia urinaria había desaparecido, a excepción de la paciente que se complicó con fistula vesicovaginal.

En la primera cita más del 60% de las pacientes refe-

ria disuria, se les instaló tratamiento a base de fenazopiridina, con lo que se logró su mejoría.

Antes de ser dadas de alta definitivamente se les instruyó para que acudieran a su clínica de adscripción en caso de reaparecer la incontinencia y nos fueran remitidas, hasta el momento no se tiene ningún envío por este motivo.

## CONCLUSIONES

Es la obligación de toda persona que lleve a cabo un estudio bajo el método científico, el emitir al final del mismo sus conclusiones y reconocer el haber fracasado ó esperar a ser reconocido en caso de haber logrado la mayoría de sus objetivos lo que constituiría su triunfo. Es difícil poder decir si en realidad los resultados del presente trabajo son del todo concluyentes.

Se logró más del 95% de éxito en los casos operados, de lo que deducimos se demuestra el primer objetivo planteado, de que se corrige mejor la incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante por este método; pero, también tratamos de ubicar con mayor precisión la indicación del método abdominal, en honor a la verdad, considero que esto no está bien claro aún; si bien fueron operadas 5 pacientes en las que el diagnóstico no era la incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante, y en las otras veinte es común denominador la multiparidad, creo que falta una serie de pacientes por estudiar para poder decir que la operación por vía abdominal de incontinencia urinaria de esfuerzo debe de ser el método de elección en las pacientes grandes multiparas, en las que las condiciones de los partos han dejado tanta flacidez de los muscu

los perineales y de su fascia, que sería imposible se logre - la continencia por vfa vaginal durante un tiempo mayor a dos años.

Por otro lado es importante aclarar que las pacientes del segundo grupo, en las que fueron intervenidas de histerectomia, se incluyeron en el estudio porque además sufrían de - incontinencia urinaria de esfuerzo y se aprovechó el tiempo - quirúrgico y la vfa de la intervención principal (por su mioma-tosis) para corregir la incontinencia, y dados los buenos re-sultados que se han obtenido, creo que con esto hay una indi-cación más para la operación de Marshall-Marchetti con las va-riedades antes citadas.

Resumiendo, del resultado del presente estudio se pue-de proponer que la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las pacientes con las siguientes características:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante
- Gran Multipara con incontinencia de esfuerzo
- Paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo del - grupo III.
- Paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo que - tenga que ser intervenida por vfa abdominal por histe-rectomía u otra causa pélvica.

Se lleve a cabo por vfa suprapúbica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aldridge AH. Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence. Am J Obstetric Gynecology 1942;44
2. Amador D.T. Comunicación personal. México, 1983.
3. Benson R.C. Incontinencia urinaria por esruerzo. Current Obstetric & Gynecologic Treatment, 1976.
4. Green T.H. Development of a plan for the diagnosis and treatment of urinary stress incontinence. Am J Obstet. Gynec. 1962.
5. Hodgkinson C. Stress incontinence 1970. Am. J obstet Gynec. 1970.
6. Käser O., Friedberg y cols. Stress incontinence. Gynakologie und Geburtshilfe III, 756--792, 1979.
7. Kelly H.A. Incontinence of urine women. -- urol. cuta. Rev. 17 (1913).



8. Krantz K.E. The anatomy of urethra and anterior vaginal wall. Am J obstet gynecol. 62, 1951.
9. Marchetti, Marshall, Schult. Simple vesicourethral suspension; survey Am J Obstet Gynec. 1957.
10. Marshall V.F. The correction of stress incontinence by simple vesico urethral suspension. Surg Gynec - Obstet. 1949.
11. Novak E.R. Relajaciones, fistulas y posiciones anormales. Tratado de Ginecologia 289, Interamericana 1977.
12. Schwalm H. The structure of the musculature of the human uterus muscles and connective tissue. Am J -- obstet Gynec 1966.
13. Williams, Hellman, Pritchard, Wynn. Anatomia y fisiologia de la reproducción, Williams obstetricia, 1978.
14. Barros P. Operaciones urogenitales. - - Atlas de operaciones ginecologicas, 1983.